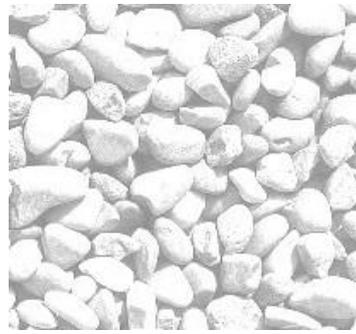
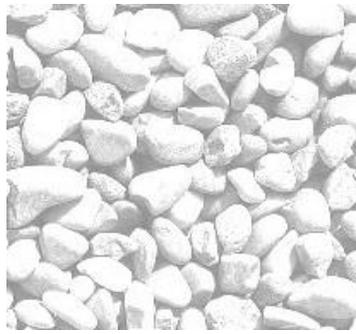




ISSN 2280-9120

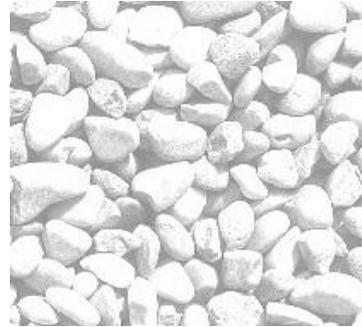


Rivista di

Psicologia dell'Emergenza e dell'Assistenza Umanitaria

SEMESTRALE DELLA FEDERAZIONE PSICOLOGI PER I POPOLI

Numero 31, 2025



Direttore responsabile
Giuseppe Maiolo

Direttore
Donatella Galliano

Vicedirettore
Luigi Ranzato
Catia Civettini

Direzione scientifica
Antonella Postorino
Elisabeth Weger
Claudia Vella
Raffaella Paladini
Marianna Rudino
Daniela Trapassi

Comitato professionale
Presidenti delle Associazioni
Regionali/Provinciali
di Psicologi per i Popoli

Redazione
Anna Tava
E-mail: rivista.pxp@gmail.com

Psicologia dell'emergenza e dell'assistenza umanitaria è edita da
Psicologi per i Popoli – Trentino ODV
Via Galileo Galilei 18, Lavis (TN)
CF: 95015460223
Direttore: pxpfederazione.presid@gmail.com
Vicedirettore: ranzato.luigi@gmail.com

AVVERTENZA: qualora nei testi e nelle bibliografie internazionali riportate dalla nostra rivista sia indicata la possibilità per “operatori non psicologi” di svolgere attività psicologiche, si rammenta che in Italia tali attività (art. 1 e 3 della legge 18.02.1989 n. 56, “Ordinamento della Professione di Psicologo”) sono riservate agli iscritti nell’Albo dell’Ordine degli Psicologi. Si ricorda altresì che l’abusivismo professionale nel nostro Paese è condannato ai sensi dell’art. 348 del Codice Penale.

Psicologia dell’Emergenza e dell’Assistenza Umanitaria

Numero 31 - 2025

Indice

- Luigi Ranzato
Introduzione/*Introduction* p. 4
- Psicologi per i Popoli Federazione, Società Italiana
di Psicologia Pediatrica* p. 5
“Il mondo femminile” tra primo e secondo livello
nel Servizio di ascolto psicologico del Ministero della Salute
- Maria Rita Colucci - Psicologi per i Popoli – Trentino ODV* p. 24
Condivisioni - Le condivisioni strutturate tra psicologi
dell’emergenza dopo l’intervento in micro-emergenze
o “emergenze quotidiane”
- Redazione* p. 33
Scrivere articoli per la rivista – Indicazioni per la stesura
di un articolo per la rivista “Psicologia dell’Emergenza
e dell’Assistenza Umanitaria” – Semestrale della Federazione
Psicologi per i Popoli

Introduzione

Con questo primo numero del 2025 della Rivista di Psicologia dell'Emergenza e dell'Assistenza Umanitaria avvia la sua collaborazione come redattrice la dott.ssa Anna Tava, che prende in carico l'impegno di ricevimento, editing e impaginazione, nonché di coordinamento per la composizione della rivista, in sinergia con i responsabili, che la ringraziano per questa impegnativa disponibilità. Ringraziamo il dott. Gabriele Loiacono che dal 2006 ha collaborato alla nascita e al lancio della rivista con professionalità, creatività e passione, svolgendo un attento lavoro di editing e di redazione

In questo numero presentiamo due articoli: un'analisi sul disagio psicologico provocato nelle donne dalla pandemia Covid-19 e un testo che sottolinea l'importanza degli incontri di condivisione organizzati per dopo alcuni interventi.

Nelle ultime pagine compare l'invito a scrivere articoli per questa rivista, un'azione importante che chiediamo caldamente i colleghi psicologi di considerare per poter diffondere i principi e le attività di chi si occupa di Psicologia dell'Emergenza che li vedono coinvolti.

Luigi Ranzato

Psicologi per i Popoli Federazione¹, Società Italiana di Psicologia Pediatrica²

“Il mondo femminile” tra primo e secondo livello nel Servizio di ascolto psicologico del Ministero della Salute

Il lavoro di collaborazione tra l'Organizzazione Psicologi per i Popoli Federazione e la Società Italiana di Psicologia Pediatrica nasce a seguito dell'attivazione del Numero Verde Nazionale del Ministero della Salute per contenere il disagio psicologico provocato dalla pandemia, con riferimento al mondo femminile. Il modello organizzativo del Servizio permette di confrontare l'andamento dei dati raccolti nei due livelli di intervento documentando i bisogni più rilevanti della popolazione femminile e la provenienza socio-culturale. Il campione rappresentativo riguarda la popolazione femminile di età compresa tra 35 e 49 anni. L'elaborazione quantitativa e qualitativa dei dati evidenzia uno spaccato di realtà al femminile, pre-Covid e durante il Covid, e le possibili risposte psico-sociali; inoltre uno studio più articolato consente di passare, sul piano metodologico, dall'indagine ad un vero e proprio progetto di ricerca.

Riassunto

Parole chiave: femminile, genere, fragilità, risorse, Covid-1

The collaborative working between the Organization of Psychologists for People Federation and the Italian Society of Pediatric Psychology was born following the activation of the National Toll-Free Number of the Ministry of Health to contain the psychological distress caused by the pandemic, in reference to the female world. The organizational model of the Service makes it possible to compare the trend of the data collected in the two levels of intervention, documenting the most relevant needs of the female population and their socio-cultural origin. The representative sample concerns the female population aged between 35 and 49 years. The quantitative and qualitative processing of the data highlights a cross-section of the female reality, pre-Covid and during the Covid, and possible psychosocial responses; moreover, a more articulated study allows us to pass, on a methodological level, from the investigation to a real research project.

Abstract

Key words: Female, gender, fragility, resources, Covid-19

¹ Galliano D., Postorino A., Giannone G., Di Tommaso A., Cameli L.D.

² Perricone G., Rotolo I., Beninati V., Billeci N., Polizzi C.

Premessa

Il contributo di seguito presentato costituisce un interessante confronto tra alcuni dati di tendenza, relativi all'utenza femminile presa in carico da Psicologi per i Popoli Federazione e dalla Società Italiana di Psicologia pediatrica, all'interno del Servizio di Supporto psicologico in remoto, organizzato dal Ministero della Salute. La Federazione è stata impegnata, come referente dell'emergenza, per il primo livello di supporto psicologico previsto dal Servizio, mentre la Società Italiana di Psicologia Pediatrica, come componente della Consulta, istituita dal Consiglio Nazionale dell'Ordine degli Psicologi (2019) ha preso in carico i soggetti del Materno-Infantile, all'interno del secondo livello previsto dal servizio telefonico. La collaborazione tra queste due Organizzazioni, avviata a conclusione dell'iniziativa ministeriale, è stata orientata verso l'esplorazione del "mondo femminile" presente nelle diverse utenze che hanno fruito singolarmente delle prestazioni offerte, per potere dare vita a un'analisi, funzionale a definire la dinamica della richiesta di aiuto di quel "mondo".

La collaborazione tra queste due Organizzazioni trova, come motivazione di sfondo, una letteratura nazionale e internazionale (Muro, Feliu Soler, Castellà, 2021; Zito, 2020; López Steinmetzet al., 2020; Talevi et al., 2020) che ha sottolineato l'effetto della pandemia sulla Salute Mentale delle donne, rilevando correlazioni, anche sul piano statistico, tra l'isolamento e i cambiamenti relativi alle responsabilità, alle routine quotidiane che le donne hanno dovuto assumere e alle condizioni di stress di ansia e depressione, spesso indotte proprie da questi cambiamenti, che si sono caratterizzati in modo disfunzionale. In tal senso è stata rilevata una particolare vulnerabilità delle donne, che si sono ritrovate "esposte" su molteplici fronti (economico, familiare e sanitario).

Secondo i dati pubblicati dalle Nazioni Unite nel report *The Impact of COVID-19 on Women*(2021), la pandemia ha amplificato, infatti, le disparità esistenti, spesso annullando, o comunque mettendo in crisi, i progressi realizzati negli ultimi anni. Per quanto riguarda l'ambito lavorativo, in cui il genere femminile è fortemente penalizzato, le statistiche mostrano che nonostante vigesse il blocco dei licenziamenti, nel 2020 le donne hanno raggiunto l'apice della perdita di lavoro con 99.000 posti persi su 101.000 totali solo nel dicembre 2020 (Sanità24 - Il Sole 24 ore, 2021).

Dalle note diaristiche dei professionisti del primo livello, emerge, infatti, che le donne, si sono trovate a gestire stressors provenienti da più fronti:

- sfera domestica (convivenza conflittuale, gestione dei figli senza aiuto di altri familiari, della scuola e dei caregiver abituali, spazi inadeguati);
- sfera lavorativa (smart-working, incertezza e rischio di perdita del lavoro);
- sfera “catartica” (nessuna possibilità di svago);
- sfera della sicurezza di base (garantire a sé stessi, ai bambini e agli anziani margini sufficienti di tutela verso la possibilità di contaminazione).

La collaborazione tra Psicologi per i Popoli Federazione e la Società Italiana di Psicologia Pediatrica si è sviluppata anche rispetto all’incidenza della popolazione femminile nell’utenza presa in carico, sia per quanto attiene all’intervento di emergenza e di primo soccorso psicologico del primo livello (Galliano, Farah, Arduini., 2020) che, per quanto concerne la presa in carico, che la S.I.P.Ped. ha promosso attraverso il Servizio Prossimale di Comunità Lègami/Legàmi (Perricone et al., 2021); nella misura in cui, per entrambe (Psicologi per i Popoli Federazione e S.I.P.Ped.) l’utenza femminile è pari a circa il 50% del campione fruitore del servizio. Va precisato ancora che il Materno-Infantile (madri, donne in gravidanza, adolescenti), costituisce la precipua area di riferimento di intervento della S.I.P.Ped. e l’attenzione elettiva verso le aree vulnerabili della popolazione rappresenta una delle finalità di Psicologi per i Popoli Federazione.

Non ultimo, tra le motivazioni, va indicato l’orientamento delle due Organizzazioni verso il sostegno dato alle donne che attraversano le criticità del loro percorso di vita; in tal senso per es. la Federazione è presente in diverse reti anti violenza del territorio nazionale, così come la S.I.P.Ped. prende in carico le gravidanze a rischio, i percorsi di procreazione medicalmente assistita. Entrambe le Organizzazioni assumono una visione del sostegno alle donne che non si riduce solo alla psicoterapia, ma risultano orientate ai modelli di intervento prossimale, di Comunità e comunque alla promozione di competenze, alla valorizzazione delle risorse, all’interno dei sistemi, dei contesti di riferimento. Si può affermare, quindi, che si tratta di due Organizzazioni che vanno oltre la cura, il prendersi cura verso il “prendere in carico”, come approccio psicologico trasversale a soggetti, fasi e condizioni del ciclo di vita (Barzan et a., 2017; Berrini, Sorrentino, 2011; Lorenzi, Coluccia, Ferretti, 2022; Boursier et al., 2018).

Background: Uno sguardo alla “letteratura”

La pandemia ha certamente creato fattori determinanti di difficoltà, in tutte le fasi del ciclo di vita, così come in tutte le fasce socioculturali della popolazione; difficoltà che spesso hanno posto “compiti” sociali e anche evolutivi, in termini di ridefinizione di relazioni. Tra queste, quelle relative alla dinamica del sistema familiare forse sono state le più rischiose per la Salute Mentale delle donne. Queste, sono state chiamate a trasformare tempi e spazi della convivenza, dell’esercizio dei compiti quotidiani, delle forme di dialogo più intimo, anche se non sempre funzionali. Alcuni contributi di ricerca sulla popolazione femminile mettono in evidenza che la maggior parte dei lavori domestici e di assistenza all’infanzia, aggiuntivi durante il Covid-19, cade sulle donne, mentre le attività di assistenza all’infanzia di solito risultano equamente condivise all’interno della coppia (Del Boca et al., op. cit.).

Una particolarità che sembra emergere a proposito delle donne consente di sottolineare come queste, nell’occuparsi di bambini di età compresa fra 0 ai 5 anni abbiano trovato più difficoltà a conciliare lavoro e famiglia durante il Covid-19. Infatti, sembra, che l’equilibrio tra lavoro e vita privata sia stato particolarmente difficile da raggiungere per quelle donne, che hanno un partner e che hanno continuato a lavorare durante l’emergenza (ibidem). Nella dinamica familiare, le donne sono state chiamate per un verso a circoscrivere e, in alcuni casi, annullare, quegli spazi spesso “riparativi” della propria autonomia, anche all’interno di quelle famiglie in cui tutti i componenti apparentemente si ritrovavano in condizione di benessere.

Peraltro, è stato richiesto un atteggiamento di responsabilità, richiamando le donne anche implicitamente a costituire *scaffolding* per la famiglia, sempre; per non parlare poi di quelle situazioni in cui tali responsabilità si sono definite come forme di una “disparità di genere”. In tal senso, va tenuta presente, la responsabilità che le donne hanno assunto nel gestire lo stress dei bambini durante i periodi di difficoltà, come nel caso della pandemia (Tchimtcoua, Tamo, 2020). È bene ricordare anche alcuni significativi risultati che sembrano testimoniare uno specifico investimento sulle donne, nella condizione di vita familiare e dei relativi contesti specifici, così come va sottolineata la negatività della salute auto-percepita e l’incremento del disagio psicologico che hanno caratterizzato la quotidianità di un numero significativamente maggiore di donne, in senso statistico, che risiedevano all’interno di siti con un’alta prevalenza di casi Covid-19 (López Steinmetz et al., op. cit.).

Il pressing relativo all'assunzione di ruoli e funzioni genitoriali, indotto dal senso di responsabilità, ha sviluppato una condizione di stress nelle donne che sembra mettere in relazione il disagio individuale delle madri e la depressione dei bambini (Baboret al., 2020). Si tratta di una condizione di stress specifico che risulta destrutturante e sembra dare vita a forme di disregolazione (Canzi, Ferrari, Ranieri, 2021); va sottolineato, quindi, come la Salute Mentale sia stata gravemente compromessa durante la pandemia di Covid-19 (Patel, Bahadur, 2021). Sembra infatti che, rispetto agli uomini, le donne riportino per esempio maggiormente una disregolazione del ritmo sonno-veglia, una qualità del sonno precaria con sintomi di insonnia, ansia, depressione e traumi (Guadagni et al., 2020). Se è vero che tali compromissioni vadano correlate al disagio psicologico è pur vero che esiste un nesso con le variabili sociodemografiche (Horesh, Lev-Ari, Ohayon, 2020).

Se è vero che tali compromissioni vadano correlate al disagio psicologico è pur vero che esiste un nesso con le variabili sociodemografiche (Horesh, Lev-Ari, Ohayon, 2020). Le differenze di sesso e genere sembrano, quindi, avere svolto un ruolo di differenziazione nelle risposte psicologiche e comportamentali alla pandemia da Covid-19, facendo pensare ad una più rilevante condizione di fragilità delle donne (ibidem); in tal senso, la letteratura presenta alcuni studi che fanno quindi pensare ad un impatto critico per la salute della donna (Zito, op. cit.), sottolineando, per esempio, la presenza di un incremento di disturbi di ansia e di depressione durante la pandemia, sottolineando fra l'altro come la rilevanza delle differenze di genere risulta più evidente nei giovani adulti (Zhang, Walkover, Wu, op. cit.). In tal senso le donne del campione tra i 18 e i 24 anni presentavano indici di ansia e depressione più elevati rispetto agli uomini. Tra queste donne, sorprendentemente, per il 65,5% non era stata precedentemente diagnosticata alcuna malattia mentale (ibidem).

Interessanti contributi mettono in evidenza, secondo un approccio di genere (Franconi, 2010), l'impatto del lockdown sul piano sociale e della Salute Mentale di donne di popolazione spagnola, riferendo che il 31,2% delle donne e solo il 17,7% degli uomini dichiarava di avere vissuto uno stato d'ansia e uno stato depressivo. Contestualmente veniva rilevata una percentuale più alta di tali disturbi d'ansia e dei livelli di depressione, nella popolazione più giovane (18-35 anni) (Jacques-Aviñóet al., 2020). Questi dati orientano all'esigenza di pensare ad interventi psicologici mirati che prendano in considerazione le differenze di genere.

Tra gli studi di tale orientamento (Muro, Feliu-Soler, Castellà, op.cit.) risultano di particolare interesse alcuni contributi che mettono in evidenza, per esempio, i disturbi di alterazione dell'umore, individuando, come variabili, il ruolo predittivo della personalità, l'esigenza di istituire nuove routine, di svolgere specifiche attività durante il *lockdown*. Le analisi di regressione logistica, hanno mostrato che un maggiore nevroticismo e livelli depressivi al livello base, un minore impegno nella routine e una minore attività fisica nel lockdown, predicevano la presenza di depressione, mentre, la presenza di ansia era meglio predetta da un livello maggiore di nevroticismo, più giorni di *enpasse* e maggiori sintomi di ansia di stato. Lo studio sottolinea infine che la durata del lockdown, l'aumento di nevroticismo e i livelli di ansia di stato e depressione siano fattori di rischio per la Salute Mentale delle donne mentre la routine e l'attività fisica emergono come fattori protettivi per la gestione del Benessere psicologico durante il lockdown della pandemia (ibidem).

Un ulteriore studio che ha voluto tracciare l'andamento di stati depressivi e di ansia in relazione alla variabile età, ha messo in evidenza che il punteggio medio di depressione e di ansia risulta significativamente più elevato nelle donne tra i 18 e i 30, rispetto alle donne di età superiore ai 50 anni; livelli di gravità della depressione vengono inoltre rilevati per il 21,9 % delle donne del campione, previsto dallo studio. Alla gravità dell'ansia va contestualmente aggiunto la presenza di pensieri auto-distruttivi nel 37,7% del campione (Asim et al., 2021). Va anche aggiunto che si è data molta rilevanza alla correlazione tra Covid-19 e forme patologiche, ma che altresì vada data la stessa attenzione ad alcune condizioni di sofferenza che sono implose durante la pandemia, come per esempio nei casi di violenze di genere. In tal senso, appare interessante sottolineare lo studio (Sediri et al., 2019) che coinvolge donne africane, tunisine e della penisola araba, orientata a valutare l'effetto del *lockdown* sulla salute delle donne, in termini di stress; lo studio condotto attraverso l'uso della Depression Anxiety and Stress Scales (DASS-21) e della Facebook Bergen Addiction Scale (FBAS), ha messo in evidenza, come più della metà delle partecipanti (57,3%) abbia riportato gravi sintomi di stress secondo la classificazione del Dass-21.

Lo stesso contributo rivela che per coloro che avevano subito abusi precedentemente il *lockdown*, questo ha prodotto sintomi più gravi di depressione, ansia e stress. Secondo quanto riferito, anche la violenza contro le donne è aumentata in modo significativo durante il *lockdown* (dal 4,4 al 14,8% $p < 0,001$); si evidenzia, inoltre, che l'abuso psicologico è stato il tipo di violenza più frequente (96%).

Donne che avevano subito abusi prima del *lockdown* presentavano un rischio maggiore di violenza durante il periodo di chiusura (ibidem). Soprattutto, però, va sottolineato che la pandemia da Covid-19 e il distanziamento sociale per prevenire la diffusione del virus, hanno avuto un impatto significativo sull'aumento della violenza domestica, ha anche potenziato la richiesta di fruizione di Servizi sanitari, giudiziari e di polizia essenziali per quelle donne che hanno subito o sono a rischio di violenza. La rete nazionale antiviolenza D.I.R.E ha riportato dal 2 marzo al 5 aprile 2020 un incremento del 74,5 % nelle richieste di aiuto. Il numero verde istituito dal Dipartimento delle Pari Opportunità della Presidenza del Consiglio (attivo 24 ore su 24), tra marzo e ottobre 2020 ha registrato un incremento pari al 71,7% sia di telefonate che di messaggi ricevuti tramite chat, rispetto allo stesso periodo del 2019. Sono quindi esponenzialmente aumentate le domande di aiuto da parte delle vittime e le segnalazioni per casi di violenza.

La maggioranza delle donne che ha contattato i Servizi, ha dichiarato però che le violenze subite non erano ascrivibili alle condizioni contestuali generate dal Covid, ma piuttosto rappresentavano il perpetrarsi di comportamenti violenti subiti, da diversi anni. Il periodo storico presente ha tuttavia generato nelle donne forti preoccupazioni per la propria incolumità (e quella dei/delle figli/e se presenti) e paura di morire. In tal senso, va sottolineato, che le istanze di fruizione dei Servizi sanitari giudiziari, per quelle donne che hanno subito e forse sono ancora a rischio di violenze, si sono fondate su una trasformazione della domanda, nella misura in cui l'aiuto richiesto fa riferimento sempre all'eccezionalità negativa e spregevole della violenza, ma durante la pandemia, questa domanda ha integrato anche la richiesta di aiuto per la gestione del quotidiano.

Si tratta evidentemente di un quotidiano diventato atipico e che non ha offerto quegli spazi "riparativi" di autonomia e di consapevolezza che caratterizzavano la vita familiare prima del *lockdown* e prima della pandemia. La complessità della richiesta di aiuto tra eccezionalità e quotidianità ha costituito una condizione di emergenza pluridimensionale: sanitaria, sociale e individuale. La fruizione dei Servizi, le misure inerenti il *lockdown* che hanno creato un nuovo assetto organizzativo e familiare all'interno del contesto abitativo, la crescita dei contagi, il divieto di accesso alle scuole, agli spazi pubblici, ai luoghi di lavoro e il conseguente stravolgimento della quotidianità a cui si era abituati, così come la rinuncia ai possibili spazi di autonomia con un particolare riferimento a quelli "riparativi", la messa in crisi della

stessa competenza genitoriale non sempre ritenuta dalle donne adeguata alla gestione del momento storico e degli eventi epocali, le eventuali crisi del legame di attaccamento (Bretherton, 2013), hanno portato le donne ad una moltiplicazione delle complessità già ampiamente affrontate con conseguenze rilevanti tracciabili quanto meno in una disregolazione dei domini con i relativi processi, riconducibili alle strutture cerebrali interconnesse preposte, alle funzioni esecutive (Fodor, 1983; Macchi Cassia, Valenza, Simion 2012; Bear, Connors Paradiso, 2016).

Non meno rilevanti in tal senso appaiono la trasformazione dei modelli operativi interni (Albasi, 2008) con cui le donne rappresentano la propria specificità nelle rappresentazioni con i figli. Una riflessione va fatta su una particolare condizione che può riguardare quelle donne che di fronte questa complessità, che ha implicato una ridefinizione di condotte, rappresentazioni, emozioni, ha potuto indurre proprio in quelle donne che sono apparse più “forti” nel senso di attraversare il rischio di un depotenziamento della salute mentale, ha potuto indurre una risposta tossica allo stress (Lucien, Mc Ewen, Etteim, 2009) molto pericolosa rispetto all’equilibrio psicofisico.

Questo rappresentativo excursus tra studi che la letteratura ci fornisce, ha orientato gli autori del contributo Psicologi per i Popoli Federazione e Società Italiana Psicologica di Psicologia Pediatrica a confrontare dati qualitativi e quantitativi relativi alle fragilità, sintomatologie, problematiche che si sono evidenziate nell’ampio gruppo costituito dalle donne che sono state prese in carico dal supporto del primo livello, proprio dalla Psicologi per i Popoli Federazione, e nel campione rappresentativo preso in carico dalla Società Italiana di Psicologia Pediatrica.

Alcuni cenni alla metodologia d’indagine

La collaborazione tra la Psicologi per i Popoli Federazione e S.I.P.Ped., definendo a posteriori un piano di indagine esplorativa, ha assunto, nell’analisi dei dati, una prospettiva di rappresentatività, in tal senso, tenendo presente che “l’universo donne” del range di età tra 35 e 49 anni è pari a 1.171 soggetti e che 556 di queste donne (pari al 47,48% dell’universo) sono state inviate al secondo livello, il campione della SIPPED costituito da 97 donne prese in carico, risulta rappresentativo dell’universo donne indicato dalla Federazione in quanto sovrapponibile secondo le variabili status socio culturale (medio e medio alto), età (36-47), motivazioni della chiamata riconducibili al sistema familiare, alla sfera personale e alla sfera lavorativa.

Va sottolineato quindi, che tale campione rappresentativo relativamente al numero delle donne che lo costituiscono (97) rappresentano numericamente il 18% degli utenti inviati dalla Federazione al secondo livello. Va rilevato inoltre, che nel campione rappresentativo non si rilevano differenze significative, tra queste tipologie di motivazione della chiamata ($X^2=5.19$, $p<.075$). Per quanto attiene quest'ultimo, le analisi descrittive mostrano che hanno fatto accesso al servizio soprattutto donne coniugate o conviventi (55%), ma anche donne in una condizione di separazione o divorzio (29%) e nubili (14%).

Un dato molto interessante risiede nel fatto che ben l'82% del campione di donne in questione aveva un lavoro (58% impiegate; 13% libere professioniste; 8% collaboratrici occasionali; 3% dirigenti) e solo il 18% si trovava in una condizione professionale di inoccupazione/disoccupazione. Tale dato risulta, peraltro, associato al fatto che la quasi totalità del campione possedeva titoli di studio di livello elevato (50% diploma, 41% laurea).

Tale quadro rivela che le donne che hanno sentito l'esigenza di chiamare il Numero Verde e che, secondo la valutazione degli operatori del primo livello, avevano necessità di un intervento più prolungato rispetto al singolo colloquio, erano donne caratterizzate da una serie di variabili socioculturali apparentemente "favorevoli", come la presenza del supporto di un partner o il possesso di un impiego e, comunque, un livello di istruzione elevato, tutti elementi capaci di garantire, in linea di principio, una situazione di benessere. Eppure, proprio le donne lavoratrici sono state quelle che hanno sperimentato maggiormente un disagio, che le ha poste nell'esigenza di richiedere un supporto psicologico. Tale dato risulta in linea con un ulteriore studio condotto in Italia (Del Boca et al., 2021), che ha osservato come le donne lavoratrici (in particolare, quelle con bambini di età compresa tra 0 e 5 anni) abbiano trovato più difficile conciliare lavoro e famiglia durante il lockdown da COVID-19.

L'indagine, quindi, è stata orientata alla ricerca della sovrapposibilità di "traiettorie di tendenza" dei dati, tra universo femminile campionato per Psicologi per i Popoli Federazione e campione rappresentativo (Albano, Testa, 2002; Di Franco, 2010) S.I.P.Ped. L'ipotesi dell'indagine va rintracciata nella verifica di una tendenza trasversale dell'andamento dei dati relativi al "mondo femminile" tra primo e secondo livello, e, quindi, di una sovrapposibilità che confermi quella teorica, attesa.

La rilevazione delle “tendenze di traiettoria” ha previsto l’uso di alcuni strumenti e nello specifico, per i dati relativi alla popolazione femminile utente di Psicologi per i Popoli Federazione, è stata utilizzata la scheda prevista dal Ministero, con un’integrazione di “Note diaristiche”, pervenendo a una tecnica di osservazione diretta/indiretta (Perricone, Polizzi, Burgio, Rotolo, 2022), integrata tra indicatori e una tecnica narrativa utilizzata in modo retrospettivo a chiusura del colloquio.

Per quanto attiene alla rilevazione dei dati del campione rappresentativo S.I.P.Ped. sono stati utilizzati una “Scheda di presa in carico e intervento” (Perricone et al., 2021), uno strumento che è stato compilato dagli psicologi, nel corso dell’intervento, e che è stato suddiviso in tre aree di riferimento dei relativi fattori:

- area di descrizione del funzionamento dell’utente, che comprende dati anagrafici, motivo della chiamata, domanda di aiuto, sviluppo della domanda, risorse e criticità;
- area delle scelte del professionista, con fattori come il modello d’intervento e il possibile invio interno o esterno al Servizio;
- infine, l’area delle ricadute dell’intervento, con le considerazioni del professionista, rispetto all’eventuale rilevazione di cambiamenti nell’utente al termine del percorso.

I dati relativi agli indicatori di risposta sono stati sottoposti, oltre che ad analisi descrittiva, anche alla statistica non parametrica per analisi delle differenze, avvalendosi dello Statistical Package for the Social Sciences SPSS (version 20 for Windows). In particolare, per verificare la presenza di differenze significative tra gli indicatori di uno stesso fattore, è stato utilizzato il test di Friedman per l’analisi della varianza per ranghi per $k > 2$ campioni dipendenti/correlati; per indagare specifiche correlazioni tra le variabili considerate, è stato utilizzato il coefficiente di correlazione non parametrico *rho* di Spearman.

“Traiettorie di tendenza” dei dati

La sovrapposibilità tra popolazione femminile utente della Federazione (primo livello) e quella del campione rappresentativo/S.I.P.Ped. (secondo livello) viene evidenziata al di là delle variabili della rappresentatività, anche per quanto attiene alle criticità, spesso riportate come forme sintomatologiche delle stesse

utenti. In tal senso, la Federazione mette in evidenza che i sintomi maggiormente ricorrenti, durante il colloquio della loro presa in carico, sono stati ansia, paura, irrequietezza (56,19%) seguiti da tristezza, apatia, astenia, abulia, solitudine (32,36%), disturbi del ciclo veglia sonno (20,83%), alterazioni delle dinamiche relazionali (18,44%), isolamento sociale, evitamento (13,74%), disturbi psichiatrici (12,98%), attacchi di panico (10,93%), impulsività, rabbia (10,84%), disturbi psicosomatici (8,11%), pensieri suicidari (2,22%), disturbi alimentari (1,62%), autolesionismo (1,02%).

Seppure tali indicazioni non intendono rispondere a classificazioni diagnostiche cliniche ma ad un inquadramento del bisogno all'interno di uno spettro nosografico che va da disagi relativi a sintomatologia ansiosa, all'inflessione dell'umore fino ad arrivare ad effettivi *acting-out* e minaccia di tentativi anticonservativi. Da altra parte, per quanto attiene al campione rappresentativo S.I.P.PED. sono state rilevate: fragilità nelle dinamiche relazionali, scarsa autoregolazione, emozionalità negativa, red flags di psicopatologie. Criticità, anche queste, che vanno ricondotte ad un inquadramento neuropsicologico (Bear, Connors, Paradiso, op. cit.)

Il prevalere dell'emozionalità negativa a cui possono essere ricondotte in modo speculare sintomatologie e criticità neuropsicologiche, presente nell'utenza del primo e del secondo livello, con una percentuale oltre il 50% si caratterizza nel campione rappresentativo con una differenza significativa $X^2 = 38$, $p < 0.000$, in linea, come già indicato, con la "letteratura" che sottolinea tale predominanza in termini di ansia nelle donne (Zhang, Walkover, Wu, op. cit.; Patel, Bahadur S., op. cit.; Jacques-Aviño et al., op. cit.)

È possibile ipotizzare che l'allarme emotivo sperimentato dalle suddette utenti, la conseguente attivazione neurofisiologica alla base dei fenomeni ansiosi, abbia generato fenomeni di disregolazione emotiva, al di là dei confini della abituale "finestra di tolleranza" e di quel range all'interno del quale le diverse intensità di attivazione emotiva e fisiologica possono essere integrate senza interrompere la funzionalità del nostro sistema organico (Siegel, 1999). Chiamare il servizio messo a punto dal Ministero potrebbe essere stata la giusta strategia di regolazione emotiva che ha consentito, anche solo nel corso di un colloquio, di ripristinare l'equilibrio psichico, il funzionamento precritico per una opportuna riattivazione delle proprie risorse, sostenuta spesso durante i colloqui del secondo livello.

L'analisi del contenuto, sottolinea in entrambi i gruppi di utenti, però, che le “criticità/sintomatologie” evidenziate, spesso vengono riportate dalle stesse utenti come pregresse al Covid. Tale dato è di notevole interesse per gli operatori della Salute. Il servizio attivato dal Ministero ha rilevato un bisogno di cura psichica che preesisteva alle condizioni sanitarie dell'*hic et nunc*, plurime forme di sofferenza, sottaciute nel tempo e che sono state accolte da personale sanitario competente.

La pandemia, secondo questo vertice di riflessione, può essere pensata con una duplice polarità, tra *krísis* e *kairós* (Calì,2021). Infatti, il tempo della pandemia, critico e dirompente, ha stravolto drammaticamente le barriere del quotidiano, determinato nette rotture, disagi psichici plurimi, ma ha al contempo assunto il valore di tempo kairologico (secondo la concezione degli antichi greci), denso di opportunità, propizio per ripensare la nostra storia globale e personale.

Si tratta di un dato che evidentemente fa riferimento ad una consapevolezza maturata nelle utenti durante i colloqui, consapevolezza che sembra essere estesa alla richiesta di aiuto, per le criticità/sintomatologie personali, anche laddove la domanda posta agli operatori, all'avvio dei colloqui, risultava orientata da problematiche relative al rapporto di queste donne con il sistema familiare. In tal senso, nel campione rappresentativo/S.I.P.Ped., le analisi delle correlazioni fra le variabili hanno rivelato, innanzitutto, che la presenza di red flags di psicopatologia correla, da una parte, con la richiesta di aiuto orientata per lo più da motivi personali ($rho = .31, p = <.005$) e, dall'altra, con la presenza di risorse cognitive ($rho = .25, p = <.026$).

Tali correlazioni sembrano indicare che le donne che hanno mostrato maggiori livelli di disagio psicologico, riconoscessero il bisogno di ricevere un supporto personale, tanto da chiedere aiuto per se stesse piuttosto che per i propri sistemi di riferimento, e che tale consapevolezza potesse essere contestualmente associata alla presenza di un buon livello di risorse cognitive. Sembrerebbe, inoltre, che la presenza di risorse cognitive sia associata anche alla presenza di emozionalità negativa, senso di lutto/perdita e difese disfunzionali ($rho = .26, p = <.018$): tale dato sembra suggerire che la prevalenza di risorse cognitive sulle risorse emozionali abbia giocato a sfavore della capacità di gestire le emozioni negative connesse all'isolamento, allo stress e al senso di inadeguatezza, associandosi all'attivazione di difese che risultavano disfunzionali al contesto e al momento che queste donne stavano attraversando.

Tale dato sembra essere confermato dalla correlazione negativa che si osserva tra le risorse emozionali/motivazionali/spirituali e le fragilità sperimentate dalle donne nel rapporto con se stesse e con gli altri ($\rho = -.31$, $p < .005$): è come se in assenza/carenza di risorse emozionali, tali donne non abbiano avuto la possibilità di attivare quel coping emotivo, che pure sarebbe stato utile per vivere con maggiore serenità il rapporto con se stesse e con chi stava loro intorno durante l'isolamento. Il servizio messo a disposizione dal Ministero ha accolto il momento critico, emergenziale degli utenti, ma è al contempo stata occasione di contenimento e trasformazione di antiche fragilità degli stessi.

Gli spazi mentali significativi creati online si sono rilevati opportunità di fruizione di servizi psicologici che non sufficientemente valorizzati in epoca pre-pandemica, oggi hanno dimostrato di essere essenziali. In tal senso, un ulteriore dato, che torna a conferma di quanto appena affermato, va rintracciato nella correlazione rilevata tra le richieste di aiuto, che donne del campione rappresentativo hanno posto, cercando sostegno per sé stesse, e gli esiti di slatentizzazione delle emozioni ($\rho = .27$, $p < .016$) e di esigenza di continuità del supporto ($\rho = .23$, $p < .042$) che i professionisti hanno rilevato nel portare a termine i relativi percorsi di accompagnamento. Infine, un ulteriore elemento da considerare risiede nel fatto che la presenza di risorse cognitive risulta associata all'esito di ridefinizione del rapporto con sé stesse e con gli altri ($\rho = .23$, $p < .041$).

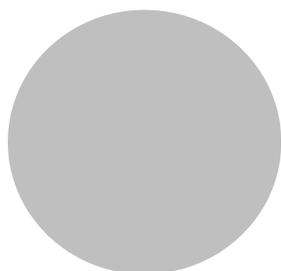
Tale dato sembra suggerire che, proprio la presenza di risorse cognitive, che spesso è risultata associata a un'incapacità della donna di fronteggiare il momento difficile, espressa attraverso un'emozionalità negativa, in realtà abbia costituito, al tempo stesso, un elemento che il percorso di accompagnamento del secondo livello ha potuto valorizzare per condurre tali donne a ridefinire gradualmente il rapporto con se stesse e con i propri sistemi di riferimento, per i quali erano giunte a chiedere un'assistenza psicologica.

Questi dati relativi alle risorse del campione rappresentativo/S.I.P.Ped. (secondo livello) si rispecchiano in quelli della popolazione femminile della Psicologia per i Popoli Federazione (Primo livello) che attengono a risorse utili a contrastare l'evento stressante: risorse fisiche, ambientali e psicologiche. Tra le risorse psicologiche, tre in particolare sono state prese in esame: risorse di tipo caratteriale (resilienza, capacità comunicativa, capacità di ascolto, etc.), risorse di tipo pratico (arte, pittura, cucina, sport, etc.) e risorse di tipo relazionale (chiacchierata con le amiche, famiglia, figli, ecc.).

I dati indicano che le risorse delle donne di età compresa tra i 35 e 47 anni durante la pandemia sono state in misura lievemente maggiore di tipo caratteriale (56%), seguite poi dalle risorse relazionali (46%) e infine dalle risorse pratiche (40%); un dato particolarmente interessante sembra essere quello che sottolinea la costante presenza delle risorse di coping.

Le strategie di regolazione emotiva adottate dalle donne per rientrare all'interno della "finestra di tolleranza" in questi momenti di profondo dolore psicologico, sono state di diverso tipo (Siegel, 2013), riconducibili ai tre diversi livelli di strategie di *masterye*. quindi strategie relative all'effetto regolativo sulle emozioni veementi attraverso l'utilizzo del corpo. Ad esempio, le pratiche sportive usate in senso regolativo e, ancora, sia strategie, che possono essere attivate attraverso l'interazione sociale, sia di natura dialettica implicando la ricerca dell'altro. Attraverso questa strategia di regolazione emotiva il tono di attivazione neuro-fisiologica viene fatto rientrare all'interno della "finestra di tolleranza" a partire da un momento di condivisione. Non ultime le strategie di autoregolazione, a partire da un "lavoro" di interiorizzazione (ibidem), non trascurando la mentalizzazione delle esperienze (Fonagy, 2018). In particolare, il campione analizzato ha mostrato di possedere una notevole capacità di resilienza, (Malaguti, 2005; Perricone et al., 2021, op. cit.).

Le donne prese a campione hanno saputo fronteggiare la prima fase della pandemia attivando un *locus of control* interno, percependosi come capaci di avere controllo sugli eventi; facendo riferimento alla propria intelligenza emotiva riuscendo quindi a discriminare le proprie emozioni, a valutarne l'intensità, le cause e le conseguenze, attivandosi prontamente nella ricerca di un aiuto esterno o mettendo in campo strategie di coping sia di tipo *problem-focused* (esplorando le proprie capacità di affrontare e dominare l'evento per intervenire direttamente sul problema), sia di tipo *emotion-focused* (attuando comportamenti atti a modificare l'impatto emozionale negativo dell'evento: prendendosi cura della casa, facendo sport, dedicandosi a degli hobby, leggendo, cucinando, prendendosi cura della famiglia e mantenendo attivi i rapporti con i familiari ed amici).



Considerazioni conclusive

In considerazione dei dati, della sovrapposibilità di questi dati e anche della corrispondenza tra campione rappresentativo femminile del secondo livello/S.I.P.Ped. e popolazione femminile del primo livello/Psicologi per i Popoli Federazione, l'indagine avviata in collaborazione ha consentito di dare uno spaccato di riflessione non solo sulla realtà del mondo femminile durante il lockdown e non solo sull'entità, sulle direzioni della sofferenza femminile ancor prima del Covid, tale spaccato di riflessione dovrebbe costituire base per un più ampio percorso di ricerca.

L'indagine, inoltre, sembra tracciare una visione di supporto che i Servizi dovrebbero assumere. Sembra si possa sostenere che la relazione d'aiuto da rivolgere al mondo femminile non sia tanto da intravedere nella cura ma, invece, considerato anche la rilevanza delle risorse emerse, quanto in azioni di supporto psicologico fondato su azioni di *Ascolto* (Giusti, Romero, 2005); *Accompagnamento* (Nicolini, Baroni, 2002); *Accoglienza* (Rossin, Bianchi, 2009); *Affiancamento*; *Anticipazione degli eventi* (Barr, 2011); *Adattamento* (De Luca, Mazza, Gazzillo, 2017).

Bibliografia

- Roberto A., Silvia T. (2008). Introduzione alla statistica per la ricerca sociale-Roma, Carocci.
- Albasi C. (2008). Modelli Operativi Interni Dissociati: una prospettiva relazionale sull'attaccamento, il trauma, la dissociazione. Roma, Astrolabio.
- Asim S. S., Ghani S., Ahmed M., Asim A., & Qureshi A. (2021). Assessing Mental Health of Women Living in Karachi During the Covid-19 Pandemic. *Frontiers in global women's health*, 1, 594970.
- Babore A., Trumello C., Lombardi L., Candelori C., Chirumbolo A., Cattelino E., Baiocco R., Bramanti S. M., Viceconti M. L., Pignataro S., Morelli M. (2020). Mother's and Children's Mental Health During the COVID-19 Pandemic Lockdown: The Mediating Role of Parenting Stress. *Child Psychiatry and Human Development*. Advance online publication.
- Barr M. (2011). *The proactive brain. Predictions in the brain. Using our past to generate a future*. New York, Oxford University Press.
- Barzan, E., Longo, F., Petracca, F., & Tozzi, V. D. (2017). La presa in carico dei pazienti cronici in Lombardia: quale governance e quali indeterminanze nel modello. *MECOSAN*, 103, 31-48.
- Bear M. F., Connors B. W., Paradiso M.A (2016). *Neuroscienze. Esplorando il cervello*. Milano, Edra.
- Berrini R., & Sorrentino A. M. (2011). I colloqui di presa in carico nella terapia individuale relazionale-sistemica. *Terapia familiare: rivista interdisciplinare di ricerca ed intervento relazionale*, 95 (1), 5-20.
- Boursier, V., Valerio, P., Dicé, F., Santamaria, F., & Freda, M. F. (2018). Lo Scaffolding psicologico per la presa in carico delle condizioni Intersex/DSD: il Setting di Ascolto Congiunto. *Lo Scaffolding psicologico per la presa in carico delle condizioni Intersex/DSD: il Setting di Ascolto Congiunto*, 129-145.
- Bretherton, I. (2013). Internal working models of a relationships as related to resilient coping. In Noam G.G., Ficher K.W., *Development and Vulnerability in Close Relationships*, Lups, Mahwah, Laurence Erlbaum Associates.
- Canzi E., Ferrari L., Ranieri S. (2021). Essere genitori durante l'emergenza di COVID-19: stress percepito e difficoltà emotiva dei figli. *Maltrattamento e abuso all'infanzia*, 23 (1), 29-46.

- Cali C. (2021). La pandemia come momento di *KrisiseKairós*. Il ruolo della cultura nella pandemia da Covid-19 per ripensare il futuro e la storia. *Synaxis*, 39 (1), 169-186.
- Di Franco G., (2010). Il campionamento nelle scienze umane teoria e pratica. Milano: Franco Angeli
- De Luca, E., Mazza, C., & Gazzillo, F. (2017). La centralità dell'adattamento: emozioni primarie, funzionamento motivazionale e moralità tra neuroscienze, psicologia evolutivista e Control-Mastery Theory. *Rassegna di psicologia*, 34(1), 41-49.
- Del Boca D., Oggero N., Profeta P., & Rossi M. (2020). Women's and men's work, housework and childcare, before and during COVID-19. *Review of Economics of the Household*, 18(4), 1001-1017.
- Fodor, J. A. (1983). *The modularity of mind*. Cambridge: MIT press.
- Fonagy P. (2018). *Affect regulation, mentalization and development of the self*. London, Routledge.
- Franconi F. (2010) *La salute della donna un approccio di genere*. Milano: Franco Angeli.
- Galliano D., Farah H., Arduini R. (2020). *Emergenza Covid-19: analisi della situazione e interventi. L'esperienza di Psicologi per i Popoli Federazione. Rivista di Psicologia dell'Emergenza e dell'Assistenza Umanitaria*, n. 23/2020.
- Giusti E, Romero R. *L'accoglienza. i primi momenti di una relazione psicoterapeutica*. Roma: Sovera Edizioni; 2005.
- Guadagni V., Umiltà A., & Iaria G. (2020). Sleep Quality, Empathy, and Mood During the Isolation Period of the COVID-19 Pandemic in the Canadian Population: Females and Women Suffered the Most. *Front. Glob. Women's Health*, 1:585938.
- Horesh D., Kapel Lev-Ari R., & Hasson-Ohayon I. (2020). Risk factors for psychological distress during the COVID-19 pandemic in Israel: Loneliness, age, gender, and health status play an important role. *British journal of health psychology*, 25(4), 925-933.
- Jacques-Aviñó C., López-Jiménez T., Medina-Perucha L., De Bont J., Gonçalves A. Q., Duarte-Salles T., & Berenguera A. (2020). Gender-based approach on the social impact and mental health in Spain during COVID-19 lockdown: a cross-sectional study. *BMJ open*, 10(11), e 044617.
- López Steinmetz L.C., Fong S.B., Leyes C.A., Dutto Florio M.A., & Godoy J.C. (2020). General Mental Health State Indicators in Argentinean Women During Quarantine of up to 80-Day Duration for COVID-19 Pandemic. *Front. Glob. Women's Health*, 1:580652.

- Lorenzi L., Coluccia A., Ferretti F. (2022). Il codice rosa: un nuovo modello di presa in carico per le vittime di violenza. L'esperienza in Toscana. *Rassegna italiana di criminologia* (Franco Angeli), 1, 24-37.
- Lucien S.J., Mc Ewen B.S., Etteim C. (2009). Effects of stress brought the lifespan on the brain behavior and cognition. *Nature Reviews, Neurosciernce*, 10 (6), 434-445.
- Macchi Cassia, V., Valenza, E., & Simion, F. (2012). *Lo sviluppo della mente umana. Dalle teorie classiche ai nuovi orientamenti*. Milano: Mondadori.
- Malaguti, E. (2005). *Educarsi alla resilienza: come affrontare crisi e difficoltà e migliorarsi*. Trento, Edizioni Erickson.
- Muro A., Feliu-Soler A., & Castellà J. (2021). Psychological impact of COVID-19 lockdowns among adult women: the predictive role of individual differences and lockdown duration. *Women Health*, 668-679.
- Nicolini C., & Baroni M. R. (2002). La casa dell'infanzia. In Di Stefano G., Vianello R., *Psicologia dello sviluppo e problemi educativi. Studi e ricerche in onore di Guido Petter* (pp. 655-667). Firenze, Giunti.
- Patel S. K. & Bahadur S. (2021). Psychological Distress Among Women During the Covid-19 Pandemic in India: A Systematic Review. *International Journal Of Innovative Research In Technology*, 8 (6), 289-300.
- Perricone G., Polizzi C., Burgio S., Rotolo I. (2022). *Il metodo dell'osservazione nel ciclo di vita*. Milano, McGraw-Hill.
- Perricone G., Rotolo I., Beninati V., Billeci N., Iarda V., & Polizzi, C. (2021). The Lègami/Legàmi Service-An Experience of Psychological Intervention in Maternal and Child Care during COVID-19. *Pediatric Reports*, 13(1), 142-161.
- Rossin M. R., & Bianchi M. P. (Eds.). (2009). *Help line. Lavoro e formazione per rispondere alle richieste di aiuto telefonico: Lavoro e formazione per rispondere alle richieste di aiuto telefonico*. Milano: Franco Angeli.
- Sanità24 – Il Sole 24 ORE (25 nov 2021). *Salute di genere, il Covid da pandemia a sindemia e il peso grava sulla donna*.
- Sediri S., Zgueb Y., Ouanes S., Ouali U., Bourgou S., Jomli R. & Nacef F. (2019). Women's mental health: acute impact of COVID-19 pandemic on domestic violence. *Archives of women's mental health*, 23(6), pp. 749-756.
- Siegel D. J. (1999). *The developing mind: Toward a neurobiology of interpersonal experience*. New York, Guilford Press.
- Siegel D. J. (2013). *Il Terapeuta consapevole. Guida per il terapeuta al Mindsight e all'Integrazione neurale*. Sassari: Istituto di Scienze Cognitive Editore.

- Talevi D., Socci V., Carai M., Carnaghi G., Faleri S., Trebbi E., Di Bernardo A., Capelli F., Pacitti F. (2020). Mental health outcomes of the COVID-19 Pandemic. *Rivista di Psichiatria*, 55 (3), 137-144.
- Tchimtchoua Tamo A. R. (2020). An analysis of mother stress before and during COVID-19 pandemic: The case of China. *Health Care for Women International*, 41(11-12), 1349-1362.
- Zhang W., Walkover M. & Wu Y.Y. (2021). The challenge of COVID-19 for adult men and women in the United States: disparities of psychological distress by gender and age. *Public Health*, 198, 218-222.
- United Nations. (2020). Policy brief: the impact of COVID-19 on women. United Nations Entity for Gender Equality and the Empowerment of Women (UN Women), United Nations Secretariat.
- Zito E. (2020). Genere e salute ai tempi del COVID- 19 in La fotocamera blu rivista di studi di genere 2020. *Journal of women's and Gender Studies*, 23, 12-30.

Condivisioni

Le condivisioni strutturate tra psicologi dell'emergenza dopo l'intervento in micro-emergenze o "emergenze quotidiane"³

Riassunto

L'articolo tratta la prassi delle condivisioni mensili nel gruppo intraprofessionale di alcuni interventi nelle emergenze quotidiane che sono stati compiuti nell'arco di ogni mese. La prassi è quella di una discussione casi che approfondisca i vissuti, gli stati mentali, le azioni, in contesti estremi, nei quali una tragedia è appena avvenuta all'interno di un nucleo familiare o di un gruppo ristretto, e agli psicologi viene dato il compito di sostenere i sopravvissuti e gli altri soccorritori. La metodologia delle condivisioni è stata strutturata al fine di offrire sostegno agli psicologi che hanno svolto gli interventi, e di formare tutti i volontari in vista dei futuri interventi.

Parole chiave: condivisione, lavoro di gruppo, sostegno, formazione.

Abstract

The article deals with the practice of monthly shares in the intraprofessional group of some interventions in micro emergencies that occurred in the month. The method is a case discussion that analyzes experiences, mental states and actions in extreme contexts, where a tragedy has just occurred in a family or in a small group, and the psychologist has the task of supporting survivors and other rescuers. The shared approach has been structured to provide support to the psychologists who carried out the intervention, and to offer training to the whole group with a view to future interventions.

Key words: Sharing, discussion, group work, support, training.

³ Si ringraziano il Presidente onorario Luigi Ranzato e la Presidente di Psicologi per i popoli - Trentino ODV, Catia Civettini, per aver promosso l'idea e il progetto dei gruppi di "discussione dei casi" e per il sostegno, di tipo organizzativo e di consulenza, da loro costantemente offerto.

Psicologi per i Popoli (PXP), a partire dalla sua costituzione nel 1999, si occupa di psicologia dell'emergenza, disciplina che è sempre più presente sia a livello nazionale sia internazionale. In Trentino è attiva dal 2001 ed è formata interamente da volontari professionisti psicologi, ed interviene sia in occasione di catastrofi collettive, che di drammi familiari, tramite il sistema della Protezione Civile territoriale e in sinergia e collaborazione con le altre associazioni di volontariato convenzionate, Vigili del Fuoco volontari in primis. In questa sede si tratta l'intervento nelle micro-emergenze anche denominate "emergenze quotidiane", cioè le tragedie individuali che colpiscono un unico o comunque limitato gruppo di persone; sulle situazioni collettive tanto si scrive, e si documenta anche con docu-film che mostrano la macchina dei soccorsi in tutta la sua complessità.

In Trentino negli eventi estremi individuali, la componente territoriale di Psicologi per i Popoli – Trentino ODV viene attivata, su un cellulare di reperibilità, per il tramite dalla Centrale Unica 112 o dalla centrale di secondo livello dei Vigili del Fuoco permanenti 115; attraverso una app di turnistica e tramite una chat si raggiungono i volontari reperibili e/o disponibili all'intervento, per raccogliere le disponibilità immediate, e si forma così la squadra per l'intervento, solitamente composta da almeno due persone. L'intervento dell'associazione, come da convenzione con la Protezione Civile, avviene entro le 24 ore, ma l'organizzazione riesce ad intervenire mediamente entro le 3 ore.

Quando si entra in una casa, o si entra in contatto con persone, dove è appena accaduta una tragedia, l'impatto psicologico è bruciante. Senti sul tuo corpo la violenza dei sentimenti delle vittime, se ancora in vita, dei loro congiunti, degli altri soccorritori. Tra le forze presenti in campo, gli psicologi sono per la loro professione i più attrezzati a gestire questo impatto, e perciò a loro è domandato di sostenere tutti gli altri, sia sul momento, dando ordine al contesto, coordinando le azioni e dando risposte sul da farsi, sia in momenti successivi, attraverso i debriefing psicologici gruppali. Questo vuol dire che oltre a contenersi, lo psicologo dell'emergenza è chiamato a contenere le emozioni di chi è direttamente colpito.

L'impatto emotivo di queste situazioni, che si sviluppano in un setting sempre diverso, straordinario, e non nel classico "studio dello psicologo", rende ineludibile la necessità di momenti di condivisione anche con gli altri volontari dell'Associazione, momenti che permettano di elaborare quanto ci si è portati dentro, e di formarsi per altri eventi simili cui si verrà chiamati a fornire assistenza in futuro.

Tali condivisioni, da spontaneistiche, su sollecitazione di Luigi Ranzato, fondatore di Psicologi per i Popoli, sono diventate attività curate, preparate, strutturate, secondo i principi della psicologia dinamica: cioè interattive, rivolte al mondo interno, capaci di cogliere significati non immediatamente visibili, capaci di iniziare a mettere in parole l'indicibile, tolleranti dei limiti e degli errori, anzi finalizzate ad imparare attraverso gli errori stessi. Sono un lavoro di gruppo, sul modello della "discussione casi", cui si è abituati nelle equipe cliniche.

Tra i personaggi protagonisti della tragedia ed i soccorritori vi è uno scambio di materiale psichico che oltrepassa i confini individuali, e fa sì che si senta sulla propria pelle ciò che sente l'altro. Saper riconoscere queste parti e saperle usare per comprendere la persona che si ha davanti, è qualcosa che si apprende anche attraverso la condivisione con i colleghi: "questo sentimento appartiene a quel padre, a quel fratello, a quel figlio". Si è pertanto esposti a situazioni altamente sensibili, ad alto rischio di *breakdown*. La vergogna, la colpa, l'intollerabile dolore, la rabbia, vengono evacuati, iniettati si potrebbe dire, nell'altro. Saper accogliere questi elementi (e non contro-restituirli), legittimarli, normalizzarli, dà un immediato sollievo all'altra persona. Per fare una metafora, in un acquario, il pesce pulitore che nuota in profondità mangia e digerisce tutte le scorie, le tossine, e le trasforma, le bonifica, permettendo all'ambiente di continuare a vivere. È ciò che lo psicoanalista Bion dice di una buona madre: accoglie gli elementi beta trasmessi dal bambino, grezzi e non simbolizzati, e li trasforma in elementi alfa, pensabili, traducibili in parole, a cui si possa dare risposta (Bion, 1984).

Si è quindi in un campo di mutualità psichica, campo che tra gli esseri umani si attiva in presenza di eventi quali la nascita e il legame precoce col bambino, la morte, e gli eventi estremi. I confini tra le persone si fanno permeabili. Per questo si creano con persone fino a quel momento sconosciute legami così forti. Anche per questo è controindicato trasformarli in prese in carico (oltre che per la deontologia, che separa e distingue il volontariato dal lavoro in setting professionali): il transfert e il controtransfert sono così massicci da impedire quella distanza operativa necessaria nelle terapie.

Le condivisioni, che avvengono generalmente in orario serale, in modalità digitale su piattaforma ZOOM per favorire la partecipazione di tutti, oppure in presenza, per interventi particolarmente critici e/o stressanti e/o peculiari, coordinate dalla

scelta dell'intervento da un sottogruppo di volontari, sono precedute dal momento da condividere, tra quelli compiuti nel mese appena trascorso. La scelta si fa sulla base del bisogno, o della pregnanza dell'intervento stesso, cercando anche di fare in modo che si affrontino tematiche diverse, tra quelle prevalenti, che sono il suicidio, la morte improvvisa, la ricerca di persone scomparse o disperse, l'incidente, l'incendio (per i casi di omicidio, vi è il limite dei segreti istruttori, il che rende controindicata una presentazione in gruppo dell'intervento compiuto).

La morte improvvisa può avvenire nei contesti più disparati, aggiungendo complessità pratiche e logistiche a quelle psicologiche: in montagna, in un lago, o nell'abitazione. Anche gli incidenti possono accadere lontano da casa, con la necessità di riunire le persone del nucleo familiare, recuperare la salma, accompagnare al riconoscimento dopo preparazione del corpo, comunicare ai membri più fragili della famiglia il decesso, creare ponti di comunicazione. In tutte queste fasi lo psicologo ha acquisito l'esperienza che gli permette di essere di guida agli altri soccorritori, con l'empatia e la forza necessarie.

La presenza di bambini nell'*entourage* viene particolarmente curata, senza indulgere a luoghi comuni che deresponsabilizzano: i bambini capiscono, sentono, subiscono danni gravissimi, se non li si protegge con la parola che spiega, rassicura, contiene. Non è lo psicologo dell'emergenza a parlare direttamente con i minori, ma il suo ruolo è quello di aiutare i loro adulti significativi a farlo, con i tempi necessari: mettere in parole l'indicibile richiede un tempo che si deve saper rispettare.

Spesso poi nei giorni successivi l'intervento si allarga ai contesti microsociale prossimali: la cerchia parentale e la scuola in primis, con la speranza che le scuole di ogni ordine e grado acquisiscano il personale necessario, come lo psicologo scolastico, e la formazione per far fronte ai drammi che coinvolgono i loro allievi o il loro personale, ad esempio con la "*death education*" quale strategia educativa e di prevenzione a tutti i livelli.

Nelle situazioni gravi viene di frequente messo in scacco il pensiero, e si tende a rimanere sui fatti. Le condivisioni mirano a rigenerare pensiero, a resuscitare la psiche tramortita. È importante che siano utilizzate per farsi domande, per individuare criticità, per ravvisare quel che si sarebbe potuto fare d'altro. Il gruppo sorregge il collega provato, affaticato e sofferente, aiuta a leggere gli aspetti psicologici presenti in campo, i vissuti, i significati dei comportamenti, e a costruire a

poco a poco linee di indirizzo che aiutino a muoversi in situazioni comunque sempre diverse, senza mai irrigidirsi in schemi conosciuti. L'ambizione è quella di costruire e delineare un setting di psicologia dell'emergenza, che sarà diverso e specifico: ad esempio, mentre nel setting professionale classico vige la regola dell'astenersi dal contatto corporeo con il paziente, in emergenza viene accarezzata la mano, non viene negato l'abbraccio, viene porto un bicchier d'acqua, si provvede a scaldare con una coperta la persona dolente che non si accorge essere sotto lo zero. (n.b.: qualunque setting può trasformarsi in emergenza se in quel momento avviene un evento estremo).

Nel setting in emergenza spesso serve creare uno spazio per poter parlare con le persone che ne hanno bisogno con adattamento e creatività, per non parlare dei tempi, spesso impellenti, convulsi, interrotti da mille fattori (colloquio con le Forze dell'ordine, confronto con le onoranze funebri, chiamate e incontri con parenti, familiari e amici).

Accade spesso che coloro che presentano il proprio intervento nelle condivisioni hanno la sensazione di non aver potuto fare nulla: il gruppo evidenzia il valore di ogni gesto, azione, e perfino di ogni silenzio e di ogni cosa che non viene fatta. I nostri lutti, gli eventi traumatici della nostra vita, vengono riattivati al contatto con queste situazioni dolorose: anche per questo è importante prendersi cura dei volontari intervenuti attraverso il lavoro delle condivisioni.

Da quando l'organizzazione ha iniziato a strutturare le condivisioni con modalità di elaborazione/formazione, sono stati affrontati una quindicina di interventi: suicidi in famiglia, morti improvvise, incidenti, un omicidio-suicidio. Anche nel gruppo di condivisione si generano sentimenti che richiedono una trasformazione per essere compresi e accolti: si pensi alla rabbia e all'indignazione suscitati dai comportamenti di un congiunto di un giovane suicida, comportamenti che se letti come difese generano umana pietà e comprensione (nei suicidi in famiglia, il suicidio stesso è spesso la punta di un iceberg, ed è importante aiutare i sopravvissuti a non incagliarvi la propria esistenza).

Si pensi anche alla difficoltà di una famiglia a rinunciare ai meccanismi di negazione: sta allo psicologo dell'emergenza farsi carico della consapevolezza e dare sepoltura psichica alla persona deceduta (una funzione questa che può essere definita "pompa funebre psicologica").

In occasione di un incidente che aveva visto coinvolto un cittadino immigrato, le proiezioni della famiglia si sono manifestate come ostilità anche verso i soccorritori, in quanto stranieri rispetto a loro, colpevoli, corresponsabili, estranei: anche l'accettazione di questi sentimenti è difficile, è percepita come ingiusta, ma è tuttavia necessaria perché le persone coinvolte trovino un contenitore per la propria temporanea paranoia, alimentata da reali difficoltà di integrazione pregresse e da possibili ingiustizie subite.

Una condivisione particolarmente sentita ha riguardato un incendio di uno stabile in cui vivevano diverse famiglie: l'intervento si svolgeva mentre l'evento tragico stava succedendo. Le persone erano in strada, con gli occhi incollati alle fiamme, che stavano distruggendo le loro cose, la loro storia. Tenere a bada le persone, creare spazi, dare ordine al caos, per permettere ai vigili del fuoco di fare il loro lavoro, e nel contempo ascoltare i drammi di ciascuno, e le teorie sulle cause, ha richiesto ore di stressante impegno, seguito, il giorno successivo, dall'accompagnamento post-evento.

La vita dei membri di una famiglia, dopo una morte, può venir completamente sconvolta: i sopravvissuti rivolgono agli psicologi domande pesantissime: "Come faremo adesso? Chi si occuperà del figlio?", e dubbi strazianti, i vari "Se avessi...". Queste frasi riecheggiano nel gruppo di condivisione, senza pretese di dare risposte: già il fatto che abbiano potuto essere ascoltate da qualcuno le rende più sopportabili. Connettere, proteggere, dirigere, non precipitare. Non pretendere di risolvere: in situazione acuta si devono poter tollerare domande senza risposta, sentimenti che restano senza una consolazione immediata, e che possono solo essere contenuti e sostenuti.

Alla cura dei tempi viene dato particolare rilievo.

Nelle condivisioni, viene posta attenzione a saper riconoscere le risorse presenti: se vi sia una comunità solidale ed efficace attorno alla famiglia, se i membri del nucleo siano coesi fra loro, se vi siano stati traumi precedenti che rendono ancora più difficile il superamento dell'evento appena occorso. E di conseguenza, saper riconoscere le indicazioni per un invio ai servizi del territorio (triage psicologico): anche questo passaggio può essere facilitato dagli psicologi dell'organizzazione, di solito nei giorni o settimane successivi.

Sempre più spesso, in particolare negli ultimi anni, gli interventi dell'associazione proseguono anche nel giorno o giorni seguenti al momento acuto, cioè il giorno dell'evento, per strascichi, facendo attenzione a verificarne l'effettiva necessità,

bisogni che fanno parte dell'emergenza ma che non possono essere esauriti in giornata: nelle condivisioni si discutono questi che pare sempre più giustificata, per evitare sforamenti rispetto al nostro ruolo. Lo psicologo dell'emergenza avvia un processo, non lo conclude; semina pensiero, lascia che poi cresca con altri soggetti. Ma curare la psiche nell'immediato, nel momento dello strazio, ha un valore di prevenzione indispensabile per la protezione della mente.

Le condivisioni: fasi di svolgimento.

La scelta di discutere un solo intervento, e in profondità, anziché dare spazio alla carrellata di esperienze affrontate dai membri del gruppo nell'arco del mese, è stata a lungo ponderata. Dapprima si pensava a discutere due interventi. Poi però anche due sono sembrati troppi. Due ore sono necessarie per sviscerare l'evento, i passi compiuti, e per dare spazio a tutti i presenti per esporre i propri vissuti e le proprie domande e considerazioni. Si è stabilito che in caso di richieste di condivisione eccedenti, si sarebbe potuto offrire momenti individuali di confronto, o duplicare il numero di condivisioni di quel mese.

La scelta dell'intervento da presentare è dunque la prima fase, e viene compiuta dalla Presidente dell'Associazione, sentiti i volontari che hanno risposto alle varie attivazioni, e valutandone la complessità e la pertinenza. Una seconda fase è la preparazione, che consiste in un dialogo a tre, tra un componente del "gruppo condivisioni" e i protagonisti dell'intervento. Non è una tappa necessaria, ma è utile, per creare un terreno già in parte reso *condivisibile* da una narrazione e un ascolto in contesto più piccolo. Colui che ha accompagnato i colleghi nella preparazione sarà presente alla condivisione di gruppo.

La condivisione vera e propria avviene in una data già preordinata il mese precedente, in un giorno della settimana diverso, per permettere a tutti coloro che hanno delle sere stabilmente impegnate di parteciparvi almeno alcune volte. La partecipazione è libera, e di solito il numero dei presenti si aggira attorno alla ventina, numero ideale perché ciascuno possa intervenire. Dei membri del gruppo di coordinamento ne sono presenti alcuni.

L'esposizione del fatto, la chiamata, l'attivazione, la narrazione dell'incontro, costituiscono l'inizio della condivisione: chi ha fatto la chiamata alle Forze sanitarie o dell'ordine, chi è presente sulla scena, quali sono i ruoli già assunti, quale coordinamento è presente tra i vari corpi dei soccorritori, e soprattutto quale sia lo stato dei congiunti della vittima: congelato, chiuso, apertamente sofferente, in stato di pericolo.

La creazione di un setting di tempo e spazio è spesso difficile, se vi è una persona deceduta il cui corpo è ancora presente nella scena i congiunti non se ne vogliono allontanare, e la vicinanza degli psicologi viene offerta in spazi gelati, privi di possibilità per sedersi, o privi di intimità. Oppure si possono attivare barriere per la protezione dei congiunti dall'esposizione ad un corpo non ancora reso presentabile, o non avvicinabile per le necessità degli Organi inquirenti.

Il fatto, al momento del nostro arrivo, è appena avvenuto: questo rende acuto uno stato psicologico che nella nostra professione siamo abituati ad incontrare dopo che il tempo e le difese hanno iniziato a compiere il proprio lavoro. Ma nel momento acuto la mente può psicotizzarsi, e in quel caso si tratta di uno stato psicotico normale, che protegge la mente, fino a quando il fatto non sia divenuto pensabile.

Una bambina di 7 anni, trovata da sola ad assistere alla morte improvvisa della propria madre, in assenza di altre figure familiari, ha manifestato uno stato dissociativo che la rendeva molto operativa, capace di affrontare il da farsi. E le colleghe di "Psicologi per i Popoli – Trentino ODV", intervenute in piena notte, hanno saputo muoversi nell'universo istituzionale per far fronte all'emergenza.

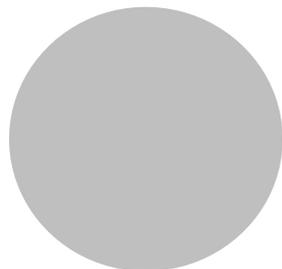
La fase della discussione non è successiva alla narrazione, ma vi si interseca; la partecipazione di molti aumenta ogni volta di più, come se i volontari diventassero capaci di scoprirsi, di manifestare sentimenti che li turbano profondamente. Le domande che nascono dall'evento restano spesso senza risposta, i problemi senza una *soluzione*: sviluppare la *capacità negativa* di saper stare nell'incertezza e nella mancanza di risposte chiarificatrici è uno dei compiti degli psicologi che inter-vengono nei teatri dell'emergenza; non si tratta al momento di *elaborare*, questo sarà un compito successivo di lungo termine; si tratta piuttosto di sopportare, contenere e alleviare il dolore, l'angoscia, la vergogna, la colpa, attraverso la vicinanza.

Questo stato di indeterminatezza viene discusso nel gruppo, alla ricerca non di una soluzione, ma di un senso. L'obiettivo è quello della *manutenzione del proprio strumento di lavoro*, che è la propria persona: se si viene ascoltati e accolti dal gruppo dei colleghi, e si dà un senso alle esperienze, è possibile portarle dentro di sé senza che generino stati psicotraumatici. È importante altresì imparare a muoversi nei futuri scenari come persone *centrate*, come ha detto un giorno una volontaria durante una condivisione. Dove il disorientamento e la confusione stanno prevalendo tra gli attori intervenuti, spesso gli psicologi assumono la regia, e questa è una capacità che è importante condividere e migliorare attraverso la discussione in gruppo con i colleghi. Si cercano insieme le criticità, ci si domanda come poter aggirare ostacoli che hanno condizionato l'intervento, si fa tesoro degli errori.

Tutti questi aspetti vengono affrontati avendo come stella polare la propria capacità *umana* in senso generale, ma anche il nostro specifico professionale: ciò che distingue lo psicologo dell'emergenza dagli altri soccorritori è l'essere psicologo, ed avere cura delle relazioni e del mondo interno. Affinare la propria competenza a sapersi muovere nelle emergenze collettive e quotidiane in quanto psicologi è un obiettivo che si sta costruendo, perché la psicologia dell'emergenza è una disciplina nuova, ma sempre più richiesta e riconosciuta come fondamentale.

Bibliografia

Bion W. (1984). Trad. ital. (2009) *Apprendere dall'esperienza*. Roma: Armando.



Redazione della rivista

Scrivere articoli per la rivista

Indicazioni per la stesura di un articolo per la rivista “Psicologia dell’Emergenza e dell’Assistenza Umanitaria” – Semestrale della Federazione Psicologi per i Popoli

.....

L’invito agli psicologi che operano nella psicologia dell’emergenza è di condividere le proprie esperienze e riflessioni scrivendo degli articoli per questa rivista. È molto interessante conoscere modalità messe in atto in diverse situazioni, confronti avvenuti post-intervento, analisi su criticità incontrate. Si tratta di un prezioso contributo per tutti gli psicologi, ma ancor più per chi si sta formando in questo campo.

Premessa

Presentiamo pertanto le regole che la redazione ha stilato per la scrittura dei testi. Per qualsiasi dubbio o variabilità si è a disposizione.

Regole

L’articolo presentato, dopo l’accettazione da parte del Comitato editoriale, sarà sottoposto a editing per uniformarlo alle esigenze grafiche e di immaginazione della rivista, dopo di che l’autore ne prenderà visione per l’autorizzazione finale.

Accettazione

Con l’invio alla Redazione della rivista “Psicologia dell’Emergenza e dell’Assistenza Umanitaria” del materiale (testo e foto), l’Autore o gli Autori accettano l’eventuale pubblicazione/diffusione a titolo gratuito, senza limiti di tempo, nonché ne autorizza/no la conservazione negli archivi. Il/gli Autore/i dichiara/no la proprietà intellettuale del manoscritto quale frutto del proprio lavoro e la proprietà delle fotografie o immagini, che devono essere libere da diritti di altri e, autorizzate rispetto alla Normativa sulla privacy e per le quali rilascia/no alla rivista il diritto non esclusivo di utilizzo (Legge n. 675 del 31 dicembre 1996).

Liberatoria

L’Autore mantiene pienamente il diritto d’Autore (artt. 10 e 320 cod. civ. e degli artt. 96 e 97 legge 22.4.1941, n. 633, Legge sul diritto d’autore) e la possibilità di utilizzo del materiale per altre occasioni.

Proprietà intellettuale

REGOLE PER LA STESURA DI UN ARTICOLO PER QUESTA RIVISTA

1. Riportare all'inizio: Titolo, Autore/i, Ente/i di appartenenza.
2. L'articolo deve essere preceduto da un riassunto in italiano di circa 1000 battute (spazi inclusi), ripetuto in traduzione in inglese.
3. Parole chiave: scrivere almeno 5 parole chiave (in italiano e tradotte in inglese).
4. Misura degli articoli: il testo deve essere compreso tra le 5 e le 20 cartelle (circa 9.000-36.000 battute, spazi compresi). La cartella editoriale indica la lunghezza dei testi a prescindere dalle variabili di formattazione; una cartella editoriale standard è composta da 1.800 caratteri, spazi compresi. L'opportunità di pubblicare articoli di misure minori o maggiori verrà comunque valutata dalla Commissione editoriale.
5. Non usare comandi di sillabazione o comandi macro.
6. Non sottolineare, non usare il grassetto, evitare l'uso indiscriminato o enfatico del maiuscolo e delle virgolette; per evidenziare parti di testo utilizzare il corsivo.
7. Nel citare i passi direttamente da un altro autore porre all'inizio e alla fine della citazione le virgolette aperte e chiuse "...” e, nel caso di omissioni all'interno di un brano, indicarle con [...].
8. Citazioni di autori nel corpo del testo: Autore (anno ed eventuale indicazione della pagina/e).
9. Se si cita una teoria o una metodologia: (Autore, anno, eventuale pagina/e o capitolo).
10. Se si citano più autori: (Cognomi, anno, pagina/e).
11. Immagini: inviarle in allegato. Non vanno inserite in pagina, dove deve comparire solo la posizione, scrivendo, ad esempio, Fotol.
12. Le opere citate nel testo devono essere inserite nella bibliografia finale, che deve contenere solo opere citate.



REGOLE PER LA BIBLIOGRAFIA

La bibliografia va compilata secondo le regole dello stile APA, in ordine alfabetico e secondo quanto indicato nei seguenti esempi:

<i>Libro</i>	Pierantoni L., e Prati G. (2009). <i>Psicologia dell'emergenza</i> . Bologna: Il Mulino.
<i>Articolo di rivista</i>	Galliano D, Farah H., e Arduini R. (2020). Emergenza Covid-19: analisi della situazione e interventi. L'esperienza di Psicologi per i Popoli – Federazione. <i>Psicologia dell'Emergenza e dell'Assistenza Umanitaria</i> , 23, 6-27.
<i>Capitolo all'interno di un libro</i>	Grotberg, E.H. (2001). The international resilience research project. In A.L. Communian & U. Gielen (Ed.), <i>International perspectives on human development</i> (pp. 379-399). Miami: Pabst Science Publishers.

Per tutti i casi non previsti dalle regole indicate, l'invito è di attenersi allo APA-Style.

