

Link

RIVISTA SCIENTIFICA DI PSICOLOGIA

VOLUME 1/ 2021



SOMMARIO

Edit

7 VITO TUMMINO

Focus

9 Assessment e trattamenti a distanza: sfide per gli psicoterapeuti durante (e dopo?) la pandemia

SANTO DI NUOVO, VALERIA NARZISI

17 Psicologia ospedaliera. nuove frontiere della cura: l'intervento multidisciplinare

PAOLA DONDI

Memoria

27 Uno psicoterapeuta, un collaboratore, un amico:

in memoria di Giovanni Cavadi (1943-2020)

ELEONORA RIVA, MARICETA GANDOLFO

35 Enzo Spaltro o l'organizzazione come sentimento. Spunti e riflessioni su uno dei padri della Psicologia del Lavoro italiana

A. BALLOTTIN, A. CRESCENTINI, A. D'AMATO

Strumenti

42 Gestione dello stress nei pazienti covid e nei loro familiari in ambiente ospedaliero e territoriale. Validazione di un Protocollo Operativo: (GE.ST. COVID)

GIUSEPPINA MARIA LETIZIA DROGO, CLAUDIO DETOGNI, RAFFAELE ELIA,

SALVATORE GUASTELLA

Esperienze

63 Covid-19 e disturbi dell'alimentazione: il ruolo della terapia EMDR

MARIA ZACCAGNINO, MARTINA CUSSINO, CHIARA CALLERAME,

CRISTINA CIVILOTTI

71 Problematiche psichiatriche e psicologiche del migrante: riflessioni sul trattamento di casi complessi. Uno studio condotto presso lo Spazio

Salute Immigrati dell'Azienda Unità Sanitaria Locale di Parma, Italia

FULVIO FRATI, VERONICA NERI

Ricerche

83 Processi di adattamento nei sanitari dalla prima alla terza ondata pandemica

PIETRO MADERA, FRANCESCA DAL MASO, SEBASTIANO ZANETTI

Una storia clinica

91 Psicoterapia e disturbi da abuso di sostanze. Dal trattamento supportivo alla cura fenomenologica

ANTONIETTA GRANDINETTI, FRANCESCO GRIECO

Società

100 PMA: un diritto per tutti?

MARISA D'ARRIGO

103 La strega, la bambina rabbiosa, la principessa: tre maternità inaspettate

MARISA D'ARRIGO

Riflessioni

110 La costruzione del Sé, il luogo educativo tra scuola "in presenza" e "a distanza"

MARIANNINA AMATO

115 La formazione del soggetto terapeutico

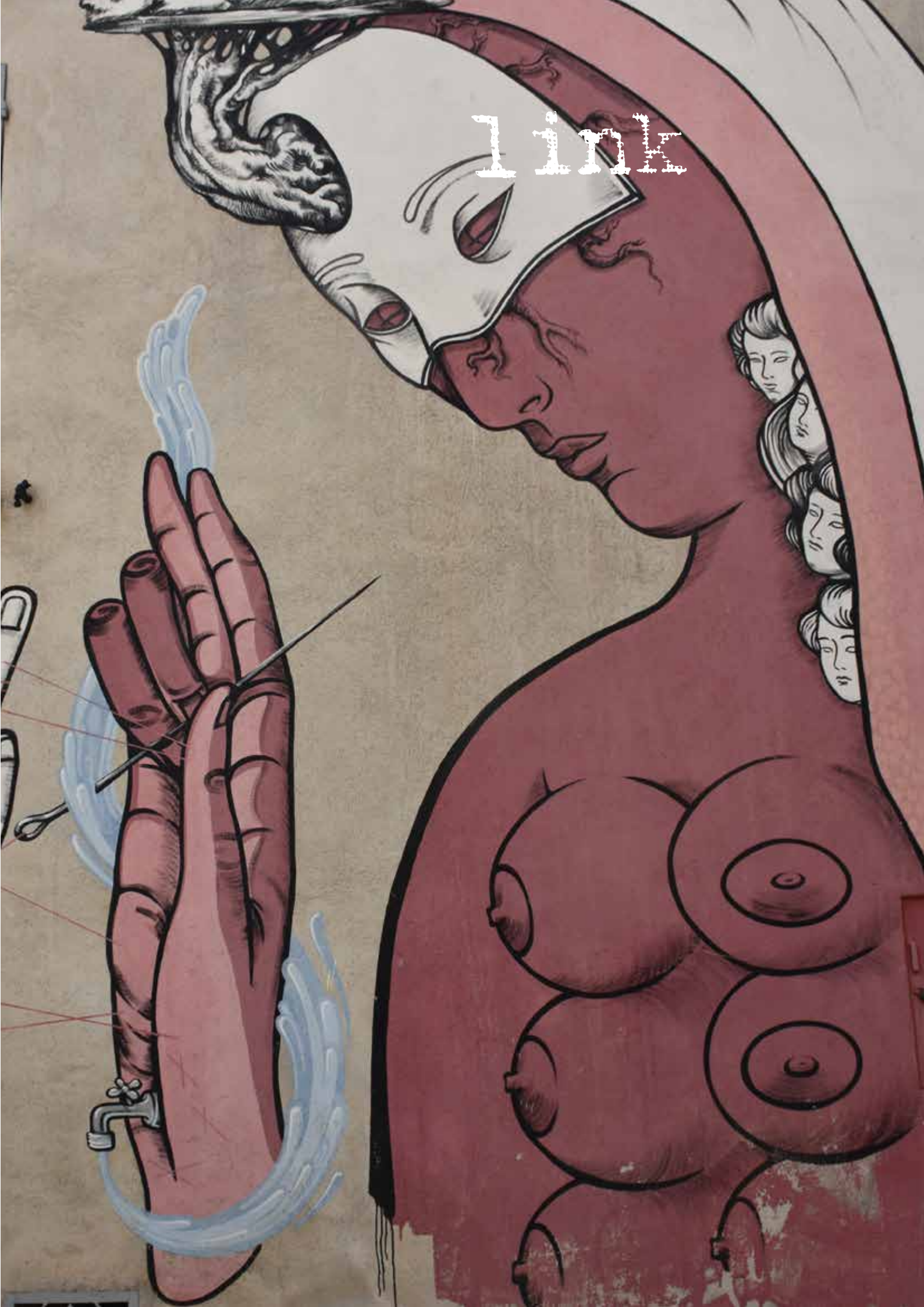
CATELLO PARMENTOLA

*Congressi**Link art*

123 Plautilla Bricci: l'architetrice

ROSA DE ROSA

link





Direttore responsabile
Mario Sellini

Redazione
Vito Tummino (Presidente Federazione Società Scientifiche di Psicologia, FISP); Giovanni Cavadi (Docente Università degli Studi di Brescia), Eleonora Riva, Sara Scacchetti, Erica Segat

Segreteria
Eleonora Riva, Sara Scacchetti

Comitato scientifico
Anita Caruso, Isabel Fernandez, David Lazzari, Antonio Loiacono, Francesco Macrì (Segretario nazionale della FISM, Federazione Italiana delle Società Medico-Scientifiche), Lorraine Mangione (Department of Psychology Antioch University, New England, USA), Mario Sellini (Presidente Società Scientifica Form AUPI)

Redazione Como
Studio di Psicologia
Via Rusconi 21
22100 Como
e-mail: redazionelink2@gmail.com

Redazione Roma
Sede FormAupi
Via Arenula 16, 00186 Roma,
tel. 06.6873819,
fax 06.68803822

Art director
Andrea Rosso
(andrearossocomo@gmail.com)

Grafica e impaginazione
Natura e comunicazione/ Como

Amministrazione
Via Arenula 16, 00186 Roma,
tel. 06.6873819, fax 06.68803822
e-mail: formaupi@aupi.it

Stampa
Poligraf Srl Pomezia
tel. 06.9106822

ISSN 2611-6758
Link

Link Volume 1/ 2021 – Poste Italiane
SpA – Spedizione in abbonamento
postale – 70% - C/RM/DCB

Editore: Associazione Unitaria Psicologi Italiani A.U.P.I. Link rivista scientifica di psicologia - 1/2020. Redazione e sede legale: Roma, via Arenula 16 – Tel. 06.6873819 – Fax 06.68803822. Tipografia: Po.li.graf Srl – via Vaccareccia 41 – 00040 Pomezia (RM). Registrazione del Tribunale di Roma n.278 del 7/6/2002. Direttore Responsabile: Mario Sellini



Rivista della Società Scientifica FormAupi in collaborazione con la FISP - Federazione Italiana Società di Psicologia

Link non è in vendita, viene inviata agli iscritti di FORMAUPI e delle altre Società scientifiche FISP.

VOLUME 1/ 2021

NORME PER GLI AUTORI

I manoscritti inviati per pubblicazione su *Link* devono essere indirizzati via e-mail a Vito Tummino (vitummino@gmail.com) e al responsabile di redazione (Giovanni Cavadi, cavadi@libero.it).

I contributi presentati per la pubblicazione non devono essere già stati pubblicati o contemporaneamente sottoposti ad altre riviste. Nel caso di contributi di particolare interesse già editi, la redazione si riserva ogni decisione in merito. La redazione segnalerà all'autore eventuali modifiche da apportare al testo.

CODICE ETICO

La rivista adotta il Codice Etico secondo le linee guida del COPE.

NORME REDAZIONALI

La Rivista *Link* è articolata nelle seguenti sezioni:

Focus, Una storia, Esperienze, Società, Strumenti, Recensioni, Una storia clinica, Sperimentazioni, Riflessioni, Emozioni, Link art.

Per le rassegne e gli articoli di ricerca si raccomanda di non superare le 12 cartelle dattiloscritte, comprese tabelle, figure e bibliografia.

Gli articoli di ricerca dovranno contenere una precisa, anche se breve, introduzione al problema trattato, nella quale verranno specificati anche gli scopi della ricerca; seguiranno sezioni riguardanti metodo e tecniche (in cui saranno chiaramente indicati disegno della ricerca, campione, strumenti e procedure per la raccolta delle informazioni, modalità di elaborazione dei dati), risultati, discussione, conclusioni e bibliografia.

Tutti i contributi saranno corredati da un riassunto in italiano ed uno in lingua inglese, con un massimo di 200 parole. Anche il titolo del contributo sarà presentato nelle due lingue.

Tutti i contributi devono essere corredati di 3/5 parole chiave in lingua italiana e inglese.

BIBLIOGRAFIA

La bibliografia va stesa secondo le norme dell'*American Psychological Association*. Essa deve essere in ordine alfabetico. Ecco alcuni esempi:

Beck A.T. & Freeman A. (1990) *Cognitive therapy of personality disorders*. The Guilford Press, New York. (trad. it. Terapia cognitiva dei disturbi di personalità, Mediserve, Milano, 1993).
Costantino G., Malgady R. G., Rogler L. H. & Tsui G. (1988) *Discriminant analysis of clinical outpatients and public school children by TEMAS: A thematic apperception test for Hispanics and Blacks*, Journal of Personality Assessment, 52, 670-678.

Crotti N., Di Leo S. & Viterbori P. (1998) *Dalla paura al cambiamento*, in Crotti N. (ed), *Cancro: percorsi di cura*, Meltemi, Roma, 27-49.

Zani B. & Cicognani E. (1999) *Le vie del benessere. Eventi di vita e strategie di coping*. Carocci, Roma.

Nonostante l'iniziale disorientamento e l'impreparazione nel fronteggiare la pandemia, dopo l'annuncio che ad inizio 2021 sarebbero arrivati finalmente i vaccini, abbiamo sperato che la fine dell'emergenza sanitaria si stesse avvicinando. Siamo invece arrivati a fine anno ancora in piena fase pandemica, seppur con una forte diminuzione delle morti. I dati sono chiari: ad esempio il 24 novembre del 2020 si sono registrati 850 decessi, il 24 novembre di questo 2021 il numero è sceso a 85. È evidente che questo risultato positivo è dovuto all'efficacia dei vaccini, tuttavia ancora oggi milioni di persone rifiutano questa profilassi e manifestano la loro opposizione rumorosamente e spesso anche violentemente, nonostante le indicazioni delle autorità sanitarie.

A fronte di milioni di persone convinte della necessità di vaccinarsi, quali sono le motivazioni di coloro che non riconoscono nel rifiuto un comportamento a rischio della salute per sé e per gli altri?

Già l'Organizzazione mondiale della sanità nel 2017 affermava che, per la prima volta in un secolo, l'incidenza di alcune malattie trasmissibili come morbillo, parotite e pertosse era in aumento e ne attribuiva la causa all'attivismo antivaccinale e al conseguente calo dei tassi di immunizzazione in alcune comunità (Betsch, Renkewitz, Betsch, & Ulshöfer, 2010; van Panhuis et al., 2013).

Come convincere gli scettici? La comunicazione utilizzata dalle autorità sanitarie fino ad oggi si è basata sulla razionalità degli argomenti scientifici. Virologi, infettivologi, immunologi, anche se a volte in contrasto tra loro, ripetono come dei mantra numeri e spiegazioni scientifiche. La ricerca psicologica ha messo in evidenza che convincere gli scettici con argomenti razionali presenta notevoli limiti di efficacia (Bain, Hornsey, Bongiorno, & Jeffries, 2012; Hart & Nisbt, 2012). Un esperimento condotto nel 2015 su 315 americani, relativo alle vaccinazioni di *routine*, ha dimostrato che fornire informazioni più autorevoli e correttive di pregiudizi preesistenti non ha avuto effetti significativi sui loro atteggiamenti anti-vaccinali (Horne, Powell, Hummel e Holyoak, 2015).

Lo riscontriamo anche oggi: il problema non è la mancanza di informazioni sui rischi di ammalarsi di Covid19, ma il fatto che l'informazione non è efficace nel modificare le convinzioni acquisite.

Sappiamo che il nostro comportamento è dettato da un orientamento razionale ma è condizionato anche da istanze irrazionali: potremmo definire l'equilibrio psicologico come la capacità dell'individuo di adattarsi con successo ai nuovi cambiamenti e alle difficoltà incontrate, in termini di dinamiche come flessibilità dei processi mentali, emozionali e comportamentali e adattamento a istanze interne ed esterne.

La ricerca di Matthew J. Hornsey, Emily A. Harris, and Kelly S. Fielding pubblicata nel 2018 in *Health Psychology* condotta su un campione di 5.323 partecipanti di 24 paesi, riguardante le radici dell'atteggiamento antivaccinale, rileva che la prevalenza di un atteggiamento emozionale/irrazionale sta alla base del processo di elaborazione delle informazioni.

Gli autori della ricerca hanno riscontrato nel campione 4 modalità di costruzione degli atteggiamenti di scetticismo verso le vaccinazioni: la cospirazione (es.: la morte della Principessa Diana è frutto di un complotto così come quello che c'è dietro Bigfarma per il vaccino); disgusto (es.: paura del sangue e degli aghi, spostata sul vaccino); reattività (es.: convinta visione di sé anticonformista e ostile al pensiero comune, ascrivibile al narcisismo cognitivo); percezione di una visione del mondo gerarchicamente organizzato dai cosiddetti 'poteri occulti' e conseguente rifiuto di essa.

Appare evidente che la comprensione dei fattori psicologici alla base degli atteggiamenti di rifiuto apre dunque nuove possibilità in termini di promozione di modalità di comunicazione più efficace: modificare i comportamenti è possibile, a patto di comprenderne le cause psicologiche profonde.

Dalla ricerca in corso di pubblicazione, effettuata tramite questionario messo a punto in collaborazione con l'Azienda Ospedaliera di Ragusa e l'Università di Catania, abbiamo i dati preliminari sullo stato di salute psicologica di un campione rappresentativo della popolazione italiana per età, genere, condizione economica, professione, per un totale--allo stato attuale-- di 3.563 persone dai 14 anni in su.

Di questo campione è stato distinto un primo gruppo della prima ondata del Covid (1369 persone), all'incirca da marzo a novembre 2020, senza che ci fosse ancora una cura efficace e con più di 100.000 morti. Il secondo gruppo ha fornito i dati da dicembre 2020 ad ottobre 2021, quando è iniziata la campagna vaccinale (2154 persone).

Nella raccolta dei dati veniva richiesto se prima della pandemia le persone avessero sofferto di problematiche quali ansia, depressione e disadattamento; esse sono state segnalate dall'11,5% del primo gruppo e dal 16% dal secondo gruppo. Le persone erano

invitate, nel rispondere al questionario, a identificare il valore corrispondente a “come mi sento” in una scala che andava da 0 (per nulla) a 4 (moltissimo). A titolo di esempio le risposte a tre domande.

Prima domanda: “Le preoccupazioni relative al Coronavirus (es. pensieri molto negativi sul futuro, paura del peggio) mi occupano la mente per la maggior parte della giornata?” Il 33% del campione del primo gruppo (2020) aveva dato risposte da abbastanza a moltissimo, mentre per il secondo gruppo del 2021 la percentuale saliva al 51,5% .

Seconda domanda: “provo interesse e piacere per le cose che in genere erano importanti per me?”

Il 27,9% del campione del primo gruppo aveva dato risposte da abbastanza a moltissimo, mentre per il secondo gruppo la percentuale saliva al 43,5% .

Terza domanda: “Sono più irritabile e faccio fatica a gestire la rabbia, mi sveglio troppo presto al mattino, anche se vorrei dormire di più?”,

Il 36,3% del campione del primo gruppo aveva dato risposte da abbastanza a moltissimo, mentre per il secondo gruppo la percentuale saliva al 55,8% .

Dalle risposte si può evincere che la percezione attuale del livello di benessere psicologico è nettamente peggiore oggi che abbiamo il vaccino rispetto al periodo in cui si contavano centinaia di morti al giorno. Il dato ci deve far riflettere: la disponibilità del vaccino non ha incrementato percezioni positive relativamente allo stato psicologico individuale.

Tutto questo ha probabilmente a che fare con la convinzione diffusa ma sottaciuta che la pandemia durerà ancora per molto tempo; riceviamo inoltre informazioni sullo stato catastrofico del nostro ambiente di vita profondamente inquinato; la precarietà della nostra economia mette a rischio la stabilità del lavoro, tutti fattori che alimentano sensazioni di insicurezza, paura e perdita di speranza: ma come avere un atteggiamento positivo diverso in assenza di visioni e strategie su nuovi modelli di sviluppo e di cambiamento?

Cosa può fare la psicologia di fronte a questo scenario? È la sfida a cui dovremo impegnarci a dare risposte.

Questo numero di *Link* ospita, nella sezione **Focus**, due interessanti contributi.

Il primo, “Assessment e trattamenti a distanza: sfide per gli psicoterapeuti durante (e dopo?) la pandemia ” di Santo Di Nuovo e Valeria Narzisi, analizza le problematiche connesse alla formazione a distanza, insieme alla psicoterapia e alla valutazione psicologica. Gli psicoterapeuti sono tendenzialmente convinti che l'intervento di assessment e terapia online sia utile, così come la fiducia nei confronti del testing e dell'intervento online. Lascia qualche perplessità il fatto che le valutazioni più positive dei professionisti nei confronti dell'intervento diagnostico in via telematica non richiedano una preparazione specifica.

Il secondo contributo, di Paola Dondi: “Psicologia ospedaliera. Nuove frontiere della cura: l'intervento multidisciplinare” affronta la clinica e l'intervento dello psicologo ospedaliero ed è centrato sul paradigma multidisciplinare che valorizza l'accoglimento del paziente nella sua globalità e sviluppa azioni di natura valutativa contestualizzandone il funzionamento somato -psichico in una interazione con gli altri specialisti.

Nella sezione **Memoria** ricordiamo due figure chiave della psicologia italiana: Giovanni Cavadi e Enzo Spaltro. Personaggi di spicco, il primo nell'area professionale, il secondo nell'area accademica.

In “Uno psicoterapeuta, un collaboratore, un amico: in memoria di Giovanni Cavadi (1943-2020)” Eleonora Riva ripercorre la storia di uno psicologo dalle tante facce: primario dirigente psicologo del Dipartimento di salute mentale di Brescia, docente universitario a Milano e Brescia, autore di articoli e libri, tra i fondatori dell'AUPI, il sindacato degli psicologi e fondatore della rivista *Link*. Mariceta Gandolfo, collaboratrice di *Link*, ne racconta la grande umanità, intelligenza e ironia, ma anche la sofferenza di Giovanni vittima del Covid.

Di seguito A. Ballottin, A. Crescentini, A. D'Amato ne tracciano il contributo alla psicologia italiana e in particolare alla psicologia del lavoro. Adriano Olivetti l'aveva voluto ad Ivrea nella pionieristica innovazione dell'industria italiana negli anni Cinquanta. Enzo e Giovanni erano grandi amici e potete leggere l'ultima intervista che Spaltro ha rilasciato a *Link* nel 2019 curata da Cavadi dal titolo: “Il lavoro: dal malessere al benessere al benessere e alla gioia”.

La sezione **Strumenti** ospita un articolo di Giuseppina Drogo, Claudio Detogni, Raffaele Elia, Salvatore Guastella: "Gestione dello stress nei pazienti Covid e nei loro familiari in ambiente ospedaliero e territoriale. Validazione di un protocollo operativo". Un lavoro multidisciplinare di collaborazione medici-psicologi che hanno costruito un metodo e il relativo protocollo per la gestione del paziente e dei familiari, dal ricovero alla riabilitazione, per la prevenzione di complicazioni secondarie legate all'ansia e alla paura.

Nella sezione **Esperienze** troviamo due articoli sulle attività psicologiche:

Il primo, dal titolo "Covid-19 e disturbi dell'alimentazione: il ruolo della terapia EMDR" è curato da Maria Zaccagnino, Martina Cussino, Chiara Callerame, Cristina Civilotti e illustra la modalità con la quale la tecnica dell'EMDR viene utilizzata in diversi contesti clinici in questi anni di pandemia, in particolare nei DCA.

Il secondo, di Fulvio Frati e Veronica Neri: "Problematiche psichiatriche e psicologiche del migrante. Uno studio condotto presso lo Spazio Salute Immigrati, AUSL di Parma" ci descrive la condizione del migrante in una ricca città del Nord Italia. 185 pazienti migranti che si sono rivolti allo Spazio Salute Immigrati dell'AUSL di Parma, dal dicembre 2015 al luglio 2019, sono stati presi in carico psicologico tenendo conto delle loro esigenze individuali e dell'estrema sofferenza: il programma di cura e di integrazione previsto è stato condotto attraverso il coinvolgimento congiunto di strutture sanitarie pubbliche e di servizi sociali pubblici e privati, con un lavoro multidisciplinare tra i professionisti di area psichiatrica, psicologica, sociale, educativa e anche giuridica.

In **Ricerche** trovate l'articolo di Pietro Madera, Francesca Dal Maso e Sebastiano Zanetti sui "Processi di adattamento nei sanitari dalla prima alla terza ondata pandemica" sull'Impatto psicologico del Covid-19 su lavoratori del settore sanitario", un'indagine multicentrica condotta presso le diverse sedi ospedaliere dell'ULSS 9 Scaligera.

Nella sezione **Una storia clinica** Antonietta Grandinetti, Francesco Grieco ci presentano "Psicoterapia e disturbi da abuso di sostanze. Dal trattamento supportivo alla cura fenomenologica". Le riflessioni degli autori in chiave fenomenologico-esistenziale riguardano la relazione di rispecchiamento reciproco e mimesi: lo psicoterapeuta si trova a fare i conti con le norme di condivisione e di *compliance* che regolano il rapporto terapeutico con pazienti che abusano di sostanze.

Nella sezione **Società** Marisa D'Arrigo ci accompagna in un viaggio rivolto alla complessità della maternità e paternità nei casi di Procreazione Medicalmente Assistita. Un diritto per tutti? Nel viaggio ci fanno strada 3 casi clinici: la strega, la bambina rabbiosa, la principessa. Tre maternità inaspettate.

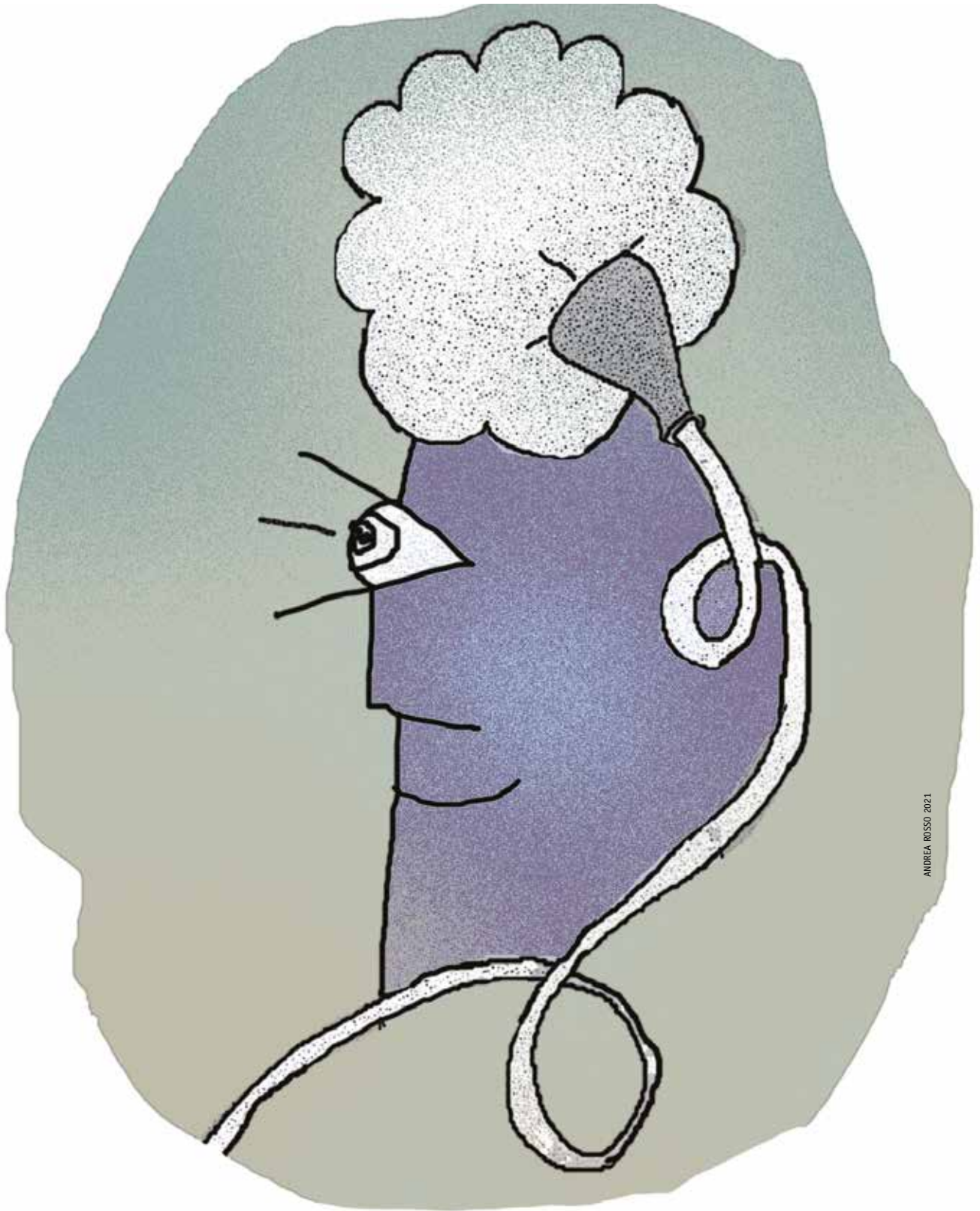
In **Riflessioni** ospitiamo 2 articoli: il primo di Mariannina Amato: "La costruzione del Sé, il luogo educativo tra scuola in presenza e a distanza" si interroga su quel che sta accadendo con la didattica a distanza. Quali i processi di identificazione e di definizione del Sé?

Nel secondo Catello Parmentola riflette su "La formazione del soggetto terapeutico" e mette in chiaro che lo psicoterapeuta non deve accontentarsi delle conoscenze pregresse, perché solo in una formazione professionale continua può essere trovato un equilibrato bilanciamento tra i requisiti formali del setting, quelli personologici dello psicoterapeuta in formazione e il lavoro su se stessi (clinica didattica), al fine di consentirgli di esprimere funzionalmente tutte le sue risorse terapeutiche, in primis il suo *amare* (facilità di accesso) e il suo soggettivo estro (terapeutico).

Infine la sezione **Link Art** curata da Rosa De Rosa, fa emergere, in un momento di rinnovato e positivo interesse per la storia delle donne, il caso di Plautilla Bricci, la prima donna architetto.

VITO TUMMINO

link
— focus



ANDREA RUSSO 2021

Assessment e trattamenti a distanza: sfide per gli psicoterapeuti durante (e dopo?) la pandemia

Assessment and Internet-delivered psychological treatments: a challenge for therapists during (and after?) the pandemic

L'articolo delinea i recenti sviluppi della valutazione e degli interventi psicologici a distanza, accentuati durante la pandemia, cita ricerche empiriche sulla fattibilità e validità di questi interventi. Vengono presentati dati preliminari di una ricerca italiana sull'accettazione dell'intervento online da parte di campioni di professionisti psicologi e di potenziali utenti

SANTO DI NUOVO, VALERIA NARZISI¹

PAROLE CHIAVE: Valutazione psicologica, trattamento online, accettabilità

L'uso di modalità telematiche per la valutazione psicologica e il trattamento a distanza non è nuovo, ma ha avuto un decisivo impulso durante la pandemia da CoViD-19.

In Italia, durante il lockdown generalizzato nei primi mesi del 2020, diventò urgente prendersi cura di persone che rischiavano di interrompere interventi già iniziati o di restare senza possibilità di supporto proprio nel delicato momento del distanziamento sociale. Boldrini et al., (2020) riportano che il 42% dei trattamenti in corso erano stati interrotti, lasciando i pazienti senza le necessarie cure.

Nei primi mesi di lockdown il Ministero della Salute chiese alla Società scientifica di psicologia di partecipare al "numero verde" di supporto ai bisogni psicologici della popolazione. Sia per rispondere a questa spinta esterna, sia per autonoma capacità di adattamento, la comunità professionale degli psicoterapeuti italiani si è attivata, passando alla modalità "online" per molti dei percorsi terapeutici già iniziati, e praticando a distanza quelli di nuovo inizio.

Gli Ordini degli Psicologi Regionali e quello Nazionale, sulla scorta delle linee guida internazionali (APA 2013 e 2020, EFPA 2020)² hanno fissato dei criteri per lavorare in sicurezza sia dal punto di vista deontologico che tecnico. I principali punti di queste linee guida sono:

- sul piano tecnico-informatico: utilizzare piattaforme sicure e garantire una buona connessione, senza interruzioni; accertare la possibilità di avere sufficiente *privacy* nel luogo da cui l'utente si connette, e la garanzia dell'assenza di terze persone durante la connessione;

- sul piano deontologico: fornire informazioni chiare circa le modalità e i limiti degli interventi psicologici a distanza, incluso il consenso informato alla prestazione e al trattamento dei dati, che va presentato, accettato e sottoscritto prima della prestazione;
- sul piano organizzativo: definizione precisa e non estemporanea del *setting*, che non può ridursi ad una semplice serie di telefonate “al bisogno”, e deve assumere le caratteristiche di regolarità e continuità fino al raggiungimento degli obiettivi prefissati, anche per prevenire interruzioni premature del trattamento;
- sul piano professionale: lo psicologo non deve improvvisarsi “esperto in interventi telematici” ma deve avere ricevuto un training adeguato in quest’ambito, e comunque deve essere aggiornato sulle novità scientifiche affermate in questo ambito.

Un punto essenziale, che merita adeguato approfondimento, è assicurarsi che venga condotta una adeguata fase di valutazione iniziale per decidere se la modalità da remoto – o mista, ove possibile – sia l’opzione più indicata, o comunque utile, per rispondere ai problemi specifici dell’utente.

Nel complesso gli operatori hanno riferito che l’esperienza è stata molto interessante sul piano professionale. Quando fu richiesto un feedback di valutazione sulla partecipazione al “numero verde” ministeriale, uno psicoterapeuta responsabile di servizio esprimeva la sua sorpresa per aver constatato che molte tecniche di valutazione e di intervento possono funzionare anche a distanza, mentre un altro riportava la delusione per l’impossibilità di tradurre online tecniche che per tanti anni aveva usato in presenza, adattandole alla nuova situazione. È diffusa la constatazione che la valutazione e l’intervento a distanza richiedono una formazione specifica.

A partire da queste osservazioni riassumeremo brevemente i punti di forza e le criticità dell’intervento psicologico a distanza.

Il trattamento psicologico a distanza: è possibile? È valido?

Le metodologie più appropriate per gli interventi a distanza sono state discusse da tempo, e l’intervento a distanza è risultato utile specialmente per trattare persone abitanti in zone rurali isolate (Simpson & Reid, 2014). Alcune rassegne hanno evidenziato vantaggi e limiti di questo tipo di interventi (Backhaus et al., 2012; Turvey & Roberts, 2015; Andersson et al., 2019); approfondimenti sono stati effettuati in prospettive teorico-metodologiche diverse, ad esempio cognitivo-comportamentale (Théberge-Lapointe et al., 2015) e psicodinamica (De Bitencourt Machado, 2016). È stata discussa la possibilità di creare anche in video-conferenza una relazione terapeutica (Cipolletta, Frassoni, & Faccio, 2018). Anche per i disturbi mentali e la disabilità si sono rivelati efficaci interventi in via telematica (Buono e Città, 2007; Di Nuovo A. et al., 2008; Nguyen et al., 2015).

Recenti ricerche compiute nel periodo di pandemia CoViD hanno verificato che gli interventi psicologici a distanza si sono dimostrati efficaci nel trattamento dello stress post-traumatico, dei disturbi d’ansia, degli attacchi di panico e nella bulimia nervosa (Poletti et al., 2020).

La tele-terapia può ridurre l’impatto dell’isolamento lavorando da remoto (Brooks et al., 2020; Wind et al., 2020), e consente di lavorare efficacemente sulle emozioni (Thompson-de Benoit A. & Kramer, 2020).

Secondo Boldrini et al. (2020) la soddisfazione dei terapeuti che hanno attuato un tele-intervento era legata a diversi fattori quali la precedente esperienza di tele-assistenza, la percezione di compatibilità con il proprio modello terapeutico, e la possibilità di usare la videoconferenza piuttosto che il telefono. Gli autori suggeriscono di accrescere i programmi di formazione alla tele-terapia, soprattutto usando la modalità di video-conferenza, di supportare i pazienti nel trovare a casa spazi appropriati, e in generale, accrescere la accettazione di questo tipo di intervento fra i clinici oltre che nella popolazione.

Quale assessment in via telematica?

Un aspetto specifico all’interno del più generale approccio telematico riguarda le tecniche di valutazione standardizzate.

L’intervento a distanza è risultato utile specialmente per trattare persone abitanti in zone rurali isolate. Alcune rassegne hanno evidenziato vantaggi e limiti di questo tipo di interventi; approfondimenti sono stati effettuati in prospettive teorico-metodologiche diverse, ad esempio cognitivo-comportamentale e psicodinamica. È stata discussa la possibilità di creare anche in video-conferenza una relazione terapeutica; per i disturbi mentali e la disabilità si sono rivelati efficaci interventi in via telematica

A livello internazionale sono nate industrie del testing elettronico come la e-Assessment Association.

Queste innovazioni sul piano diagnostico ampliavano e traducevano in via telematica modalità informatizzate di assessment presenti già da tempo e andavano oltre il semplice scoring automatico consentendo anche la somministrazione informatica. I primi test computerizzati furono introdotti in Italia negli anni '70

Già dagli anni '80 in campo educativo e di consulenza aziendale è stato introdotto l'*e-marking*, cioè un sistema di valutazione che consente la somministrazione a gruppi numerosi in contemporanea. A livello internazionale sono nate industrie del testing elettronico come la *e-Assessment Association* (eAA, cfr Weiss & Kingsbury, 1984). Queste innovazioni sul piano diagnostico ampliavano e traducevano in via telematica modalità informatizzate di assessment presenti già da tempo (cfr Drasgow & Olson-Buchanan, 1999; Epstein, e Klinkenberg, 2001; Olson-Buchanan, 2002). Queste modalità andavano oltre il semplice scoring automatico (quello per il MMPI fu messo negli anni '50) e consentivano anche la somministrazione informatica: per esempio, DIAGNO II (Spitzer & Endicott, 1969), e CATEGO (Wing, Cooper, & Sartorius, 1974). Anche in Italia furono introdotti negli anni '70 i primi test computerizzati (MSER-DIAGNO, PDA e SAD: cfr. Pancheri e Biondi, 1994). Non erano mancate le critiche alla diffusione del testing computerizzato, in quanto la somministrazione on line e la formulazione automatica dei profili sottraggono allo psicologo componenti essenziali del lavoro diagnostico. A fronte di una maggiore standardizzazione delle procedure, con relativo aumento dell'attendibilità, si constatava però una riduzione della interazione tra lo psicologo e gli utenti, con conseguente sottovalutazione degli aspetti non verbali utili alla "comprensione" globale del soggetto in esame. Qualcuno arrivava a sostenere che la computerizzazione danneggiava la professionalità sollecitando effimeri entusiasmi in "chi, più portato a un gioco infantile che a una maturità intellettuale, accetta di mortificare una grossa fetta della dignità umana in nome di un futile mito di modernità" (Pierri, 1993, p. 214). Nessuno oggi, specie dopo l'esperienza della pandemia, è convinto che computer e telematica danneggino la professionalità degli psicologi, ma le cautele per evitare un uso acritico della informatizzazione sono ancor oggi indispensabili per tradurre in via telematica gli strumenti della psicologia.

Nel 2020 la pandemia CoViD-19 ha accentuato il problema dell'intervento a distanza, e ha forzato l'adesione al testing telematico, estendendo i confini di quanto veniva da tempo praticato, sino a farlo considerare l'unico modo per poter effettuare valutazioni in tempi di distanziamento sociale e lockdown.

Ma si possono 'trascrivere' e adattare in modalità telematica strumenti già esistenti?

I principali problemi tecnici che si pongono sono:

- Salvaguardare la sicurezza del materiale dei test ed assicurarsi che le tecniche non vengano descritte o comunicate pubblicamente in modo tale che la loro attendibilità ne venga danneggiata. Questo significa che non è possibile l'invio di materiali se non è approvato dalla Casa Editrice del test.
- Le procedure di somministrazione devono essere confrontabili con le procedure standard in presenza; non sempre questa corrispondenza è possibile. Ad esempio la presentazione a distanza non funziona bene per quelle prove che implicano una valutazione della velocità e della correttezza nella lettura. Non si può ritenere che la presentazione del materiale a video sia analoga alla presentazione degli stimoli stampati su carta, date le diverse condizioni di leggibilità indotte dalla presentazione su video. Mentre alcune attività puramente verbali – come la somministrazione di questionari – possono subire solo piccole alterazioni, gli stimoli non verbali e la manipolazione motoria risentono maggiormente di modalità telematiche.
- Il cambiamento di modalità richiederebbe l'utilizzo di piattaforme programmate in maniera specifica per la somministrazione a distanza. Esistono, come si è detto, ma non ne sono state verificate le caratteristiche di usabilità e di accettabilità, essenziali per dimostrare che funzionano davvero, come si fa con tutte le procedure che usano tecnologie, dalla realtà virtuale alla robotica.
- Il cambiamento di modalità richiederebbe l'utilizzo di norme ad hoc cioè realizzate in maniera specifica per la modalità di somministrazione a distanza. E comunque, anche disponendo di queste norme, nella valutazione dei risultati rispetto ai punteggi-soglia bisognerebbe rifarsi a intervalli di confidenza più ampi e tener sempre conto di potenziali errori nel processo di assessment.

Altri problemi riguardano l'aspetto relazionale:

- Nell'assessment da remoto, diventa ancora più importante condurre la seduta in modo da ridurre la possibile ansia dell'utente a fronte di un contesto sconosciuto, fornendo appropriata assistenza se ci fossero segni di disagio, cosa non semplice specie se l'operatore non è specificamente preparato per questo.
- La procedura di assessment in remoto è problematica con bambini, data la difficoltà a mantenere un adeguato coinvolgimento su compiti impegnativi, specie in un setting domestico, in cui il familiare può essere di aiuto in certi casi ma in altri può creare interferenze e fonti di distrazione.

Questi aspetti relazionali sono una componente importante nelle valutazioni con rilevanza forense o comunque di certificazione formale, rendendole poco adatte a modalità online.

Esistono, seppur ancora limitate, ricerche sperimentali che hanno indagato l'equivalenza tra la somministrazione standard e quella in remoto.

È stata studiata attendibilità e validità del *General Health Questionnaire-28* e del *Symptoms Check-List-90-R* confrontando la versione telematica e quella tradizionale (Vallejo e al., 2007).

Particolarmente importante è la possibilità di individuare strumenti utilizzabili a distanza per la valutazione neuropsicologica, per supportare pazienti anziani o con difficoltà di spostamento (Cullum, et al., 2014; Wadsworth et al., 2018). Vantaggi e limiti dei test neuropsicologici somministrati in videoconferenza sono stati riassunti da una rassegna meta-analitica (Brearly et al., 2017). Confrontando strumenti somministrati in presenza e in modalità telematica non sono state evidenziate differenze significative per test che utilizzano il canale verbale, come il *MMSE*, il *Digit Span*, il *Boston Naming Test* e i test di Fluenza. Gli aspetti critici riguardano l'età avanzata e l'insufficiente velocità di connessione. Poche evidenze sperimentali esistono invece riguardo i test in cui è necessaria la manipolazione di stimoli.

Studi di equivalenza sono in corso per la somministrazione e valutazione di test cognitivi per anziani, come il *MoCA*, avvalendosi di agenti robotici (Di Nuovo A. e al. 2020).

Un primo problema è scegliere quali siano i test più o meno idonei ad essere somministrati a distanza: è fondamentale tenere presente quali siano i differenti processi psicologici sollecitati dai diversi tipi di test. La scelta va dunque finalizzata agli scopi della valutazione e al tipo di utente.

Inoltre, alcuni test somministrati in via telematica devono essere strumenti diversi da quelli tradizionali e non semplici sostituti di essi, e bisogna prevedere tarature specifiche per questo tipo di somministrazione.

È essenziale infine tenere presente che la valutazione online non è adatta allo stesso modo a tutti i tipi di utenti. Adulti, sistemi familiari o coppie, bambini ed adolescenti hanno caratteristiche di autonomia nella gestione degli strumenti informatici e capacità di mantenimento dell'attenzione molto diverse.

In definitiva, l'assessment psicologico a distanza, specie nell'età evolutiva, non può essere considerato un 'surrogato' del testing tradizionale (come lo è la didattica a distanza, o lo smart working).

Come la terapia, anche l'assessment a distanza non è una panacea generalizzabile per tutti i problemi logistici o organizzativi o economici, ma può essere un mezzo essenziale per mantenere la continuità delle procedure di diagnosi e cura in condizioni di emergenza o comunque difficili.

Si pongono problemi di usabilità e accettabilità come per tutte le tecnologie applicate alla clinica.

Sono necessarie verifiche empiriche di efficacia e di efficienza, che dimostrino quali metodi e tecniche siano più appropriate per essere tradotte proficuamente nel formato a distanza, e quali sono accettabili sia per gli utenti che per i terapeuti.

L'assessment e l'intervento a distanza è accettato da utenti e terapeuti?

Già prima della pandemia era stata verificata la disponibilità dei terapeuti a lavorare a distanza, pur riscontrando che un'ampia parte di essi ritiene questa modalità meno

Confrontando strumenti somministrati in presenza e in modalità telematica non sono state evidenziate differenze significative per test che utilizzano il canale verbale, come il MMSE, il Digit Span, il Boston Naming Test e i test di Fluenza. Gli aspetti critici riguardano l'età avanzata e l'insufficiente velocità di connessione. Poche evidenze sperimentali esistono invece riguardo i test in cui è necessaria la manipolazione di stimoli

Abbiamo indagato le percezioni e le valutazioni riguardo gli interventi psicologici online di un campione di 200 potenziali utenti (equamente divisi per genere: 52% donne e 48% uomini, e per età: metà di oltre 40 anni e metà sotto questa età), e 100 psicoterapeuti (75% donne, 25% uomini; 54% sotto i 40 anni, 46% oltre). I terapeuti appartengono a diversi orientamenti: psicodinamico, sistemico-relazionale, gestaltico, cognitivo-comportamentale

efficace rispetto a quella in presenza, e quindi la considera un surrogato (Pierce et al., 2019; Schulze et al., 2019).

Con riferimento alla attuale situazione pandemica, in cui gli interventi a distanza sono diventati una necessità, questo atteggiamento degli psicologi solo in parte favorevole all'intervento a distanza si è modificato? E quale è la percezione da parte dei potenziali utenti di questo intervento?

In una nostra ricerca abbiamo indagato le percezioni e le valutazioni riguardo gli interventi psicologici online di un campione di 200 potenziali utenti (equamente divisi per genere: 52% donne e 48% uomini, e per età: metà di oltre 40 anni e metà sotto questa età), e 100 psicoterapeuti (75% donne, 25% uomini; 54% sotto i 40 anni, 46% oltre). I terapeuti appartengono a diversi orientamenti: psicodinamico, sistemico-relazionale, gestaltico, cognitivo-comportamentale.

È stato somministrato, mediante modulo online, un questionario derivato da una ricerca analoga in corso in ambito internazionale (a cura della *European Federation of Psychological Associations*), e un Differenziale Semantico per la valutazione su basi connotative dell'intervento terapeutico a distanza. È stata anche fatta valutare la accettabilità della tecnologia in generale.

Presentiamo alcuni risultati preliminari sui due gruppi e sul confronto fra essi:

L'accettazione da parte di potenziali utenti

Fra gli utenti, la valutazione complessiva dell'uso della tecnologia in generale non evidenzia differenze significative per genere ($t = .35$, g.l. 198, $p = .73$), è invece significativamente più positiva nel gruppo più giovane ($t = 2.51$, $p = .01$). Anche l'intenzione di possibile uso per la valutazione e l'intervento psicologico è più presente nei più giovani rispetto ai più anziani ($t = 3.56$, $p < .001$). I più giovani valutano più facile l'uso delle tecnologie, si sentono più a loro agio, hanno meno timore di commettere errori e che le risposte possano essere diffuse, maggiore sensazione di poter essere sostenuti online e che anche l'intervento a distanza può apportare benefici.

Una maggiore propensione all'uso delle tecnologie telematiche dipende da una maggiore frequenza di un loro precedente uso, e questo spiega in parte la maggiore disponibilità delle fasce più giovani di utenti.

Mediante analisi di regressioni multiple sono stati individuati i predittori significativi ($p < .05$) della positività della valutazione della tecnologia: sono la percezione di avere risorse tecniche necessarie (connessione internet, dispositivo adeguato) e la facilità di uso di smartphone e/o computer; ma anche – oltre che le competenze tecniche – la previsione di poter ottenere dei benefici per la salute. I tratti di personalità (valutati tramite il *Big Five Questionnaire*) che più predispongono i potenziali utenti all'uso della tecnologia e della telematica per l'assessment e il trattamento psicologico sono l'estroversione e l'apertura mentale.

L'accettabilità da parte degli psicoterapeuti

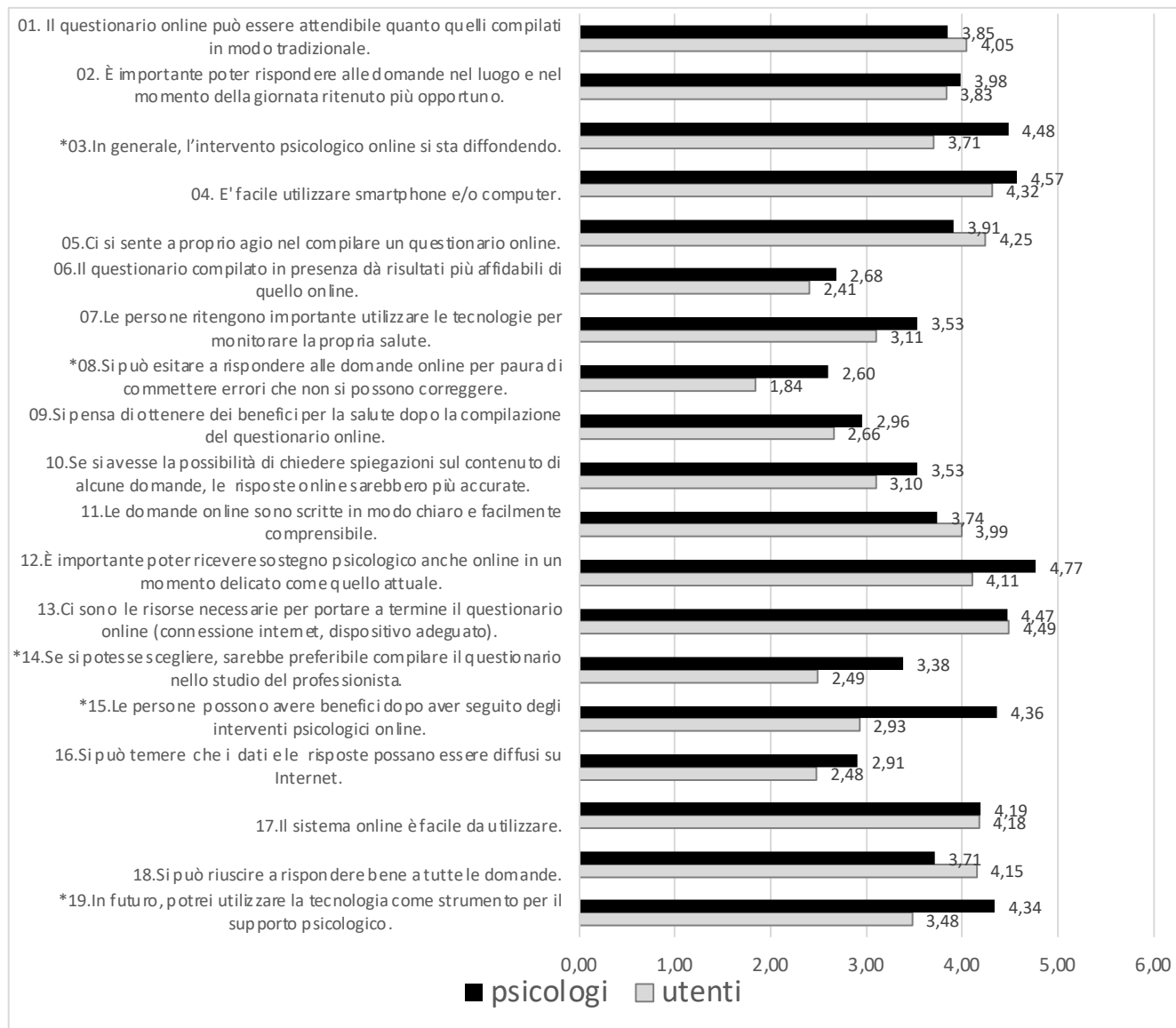
Nel gruppo degli psicologi psicoterapeuti non ci sono differenze significative per genere nella valutazione complessiva dell'uso della tecnologia ($t = -.56$, g.l. 98, $p = .58$) ma neppure per fascia di età: ($t = 1.09$, $p = .28$).

Anche per i professionisti le risposte al questionario sono state correlate con la frequenza di uso delle tecnologie e con l'esperienza precedente di aver somministrato questionari online. La frequenza risulta correlare significativamente con la conoscenza di persone che hanno avuto benefici dopo aver seguito degli interventi psicologici online ($r = .33$), e con la propensione ad usare questo tipo di intervento nella propria professione (.28). L'uso precedente correla con la facilità d'uso (.30) e con la sensazione di sentirsi a proprio agio usando le tecnologie anche per il proprio lavoro (.31)

L'analisi di regressione multipla delle risposte al questionario per i professionisti, rispetto alla positività della valutazione dell'uso di tecniche online considerata come variabile dipendente, dimostra che questa è connessa prevalentemente alla percezione di poter usare l'assessment a distanza anche con bambini e adolescenti, alla valutazione del sostegno online come opportunità da offrire in un momento emergenziale come la pandemia, e alla consapevolezza che per i test online occorre una standardizzazione e taratura specifica. La valutazione è più positiva nei terapeuti convinti che non ci voglia una preparazione specifica per somministrare testing online.

Il confronto fra i due gruppi di potenziali utenti e di psicoterapeuti rispetto alle domande del questionario che valutavano argomenti analoghi ha dato i risultati riepilogati nella fig. 1.

Fig. 1 - Confronto fra il gruppo degli psicologi e quello dei potenziali utenti nelle domande comuni del questionario (la significatività delle differenze con $p < .05$, valutate tramite il t con correzione di Bonferroni, è indicata con asterisco nella numerazione dell'item).



Le differenze significative riguardano un accordo maggiore da parte dei professionisti sulla constatazione che l'intervento psicologico online si sta diffondendo, e che le persone possono avere benefici dopo aver seguito degli interventi psicologici online, per cui sarebbero più propensi ad utilizzare la tecnologia come strumento per il supporto psicologico.

Però gli psicologi sono anche più convinti, riguardo al testing a distanza, che l'utente potrebbe esitare a rispondere alle domande online per paura di commettere errori che non si possono correggere, e che, se si potesse scegliere, sarebbe preferibile compilare il questionario nello studio del professionista.

In conclusione, gli psicoterapeuti appaiono più convinti rispetto ai potenziali utenti che l'intervento di assessment e terapia online sia utile e si possa diffondere sempre più, anche se riguardo ai test prevedono maggiori difficoltà per chi deve rispondere di quanto percepiscano gli utenti.

Gli psicoterapeuti appaiono più convinti rispetto ai potenziali utenti che l'intervento di assessment e terapia online sia utile e si possa diffondere sempre più, anche se riguardo ai test prevedono maggiori difficoltà per chi deve rispondere di quanto percepiscano gli utenti

La fiducia di questi ultimi nei confronti del testing e dell'intervento online appare comunque ampia: le risposte agli item sull'importanza di ricevere un supporto a distanza nei momenti di crisi e sulla affidabilità del questionario online superano la soglia media di 4 (su un massimo di 5), e la fiducia nell'assessment online è addirittura superiore a quella degli stessi psicologi; tutto ciò a condizione che si disponga di strumenti tecnologici affidabili e facili da usare (condizione prevalente negli utenti più giovani).

Lascia qualche perplessità il fatto che le valutazioni più positive dei professionisti nei confronti dell'intervento diagnostico in via telematica corrispondono alla convinzione che esso - anche quando riguarda clienti in età evolutiva - non richieda una preparazione specifica e quindi che tutti gli psicologi possano adattarsi ad esso; pur essendo parimenti convinti che sia necessaria una standardizzazione e taratura specifica per gli strumenti da applicare online.

La necessità di approntare strumenti specifici, specialmente sul piano diagnostico, per realizzare al meglio l'intervento psicologico a distanza, e una sensibilizzazione e formazione specifica degli psicologi che sempre più intendono usarlo, appaiono condizioni preliminari affinché testing e sostegno psicologico in modalità telematica possano diventare strumenti di ripristino del benessere superando i momenti di crisi, nel periodo della pandemia, ma anche oltre esso.

NOTE

1. Università di Catania, dipartimento di Scienze della Formazione. Indirizzo e-mail: s.dinuovo@unict.it
2. Linee guida APA durante la pandemia: <https://www.apa.org/practice/guidelines/telepsychology>. Linee guida EFPA per periodo COVID: <http://ethics.efpa.eu/download/91e1fdcfb3e0879e15620d2decdbd590/>

BIBLIOGRAFIA

- American Psychological Association (2013). Guidelines for the practice of telepsychology. *American Psychologist*, 68(9), 791-800
- Andersson, G., Titov, N., Dear, B.F., Rozental, A., Carlbring, P. (2019). Internet-delivered psychological treatments: from innovation to implementation. *World Psychiatry*, 18, 20-28.
- Backhaus, A., Agha, Z., Maglione, M.L., Repp, A., Ross, B., Zuest, D. et al. (2012) Videoconferencing Psychotherapy: A Systematic Review, *Psychological Services*. 9(2):111-131.
- Boldrini, T., Schiano Lomoriello, A., Del Corno, F., Lingardi, V. Salcuni S., (2020). Psychotherapy during COVID-19: How the clinical practice of Italian psychotherapists changed during the pandemic. *Frontiers in Psychology*, doi 10.3389/fpsyg.2020.591170
- Brearily, T. W., Shura, R. D., Martindale S. L., Lazowski, R. A., Luxton, D. D., Shenal, B. V., & Rowland, J. A. (2017). Neuropsychological Test Administration by Videoconference: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Neuropsychology Review*, 27, 174-186.
- Brooks, S. K., Webster, R. K., Smith, L. E., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N., & Rubin, G. J. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: Rapid review of the evidence. *The Lancet*, 395(10227), 912-920.
- Buono, S., Città, S. (2007), Tele-assistance in intellectual disability, *Journal of Telemedicine and Telecare* 13: 241-245.
- Cipolletta, S., Frassoni, E., & Faccio, E. (2018). Construing a therapeutic relationship online: An analysis of videoconference sessions. *Clinical Psychologist*, 22(2), 220-229.
- Cullum, C. M., Hynan, L. S., Grosch, M., Parikh, M., & Weiner M.F. (2014). Teleneuropsychology: Evidence for video teleconference-based neuropsychological assessment. *Journal of the International Neuropsychological Society*. 20,1028-1033.
- de Bitencourt Machado, D., Braga Laskoski, P., Trelles Severo, C., Bassols, A.M., Sfoggia, A., Kowacs, C., et al. (2016). A psychodynamic perspective on a systematic review of online psychotherapy for adults, *British Journal of Psychotherapy*, 32(1), 79-108.
- Di Nuovo, A., Varrasì, S., Lucas, A., Conti, D., McNamara, J., Soranzo, A. (2019). Assessment of Cognitive skills via Human-robot Interaction and Cloud Computing. *Journal of Bionic Engineering*, 16, 526-539.
- Di Nuovo, A.G., Catania, V., Di Nuovo, S., Buono, S. (2008) Applied Psychology with soft computing: An integrated approach and its applications, *Soft Computing* 8, 829-837.
- Drasgow, F., Olson-Buchanan, J. B. (Eds.). (1999). *Innovations in computerized assessment*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Epstein, J., Klinkenberg, W.D. (2001). From Eliza to Internet: a brief history of computerized assessment. *Computer and Human Behavior*, 17, 295-314.
- Nguyen, D. P., Klein, B., Meyer, D., Austin, D. W., & Abbott, J. M. (2015). The diagnostic validity and reliability of an internet-based clinical assessment program for mental disorders. *Journal of Medical Internet Research*, 17(9), e218-e218. doi:10.2196/jmir.4195
- Olson-Buchanan, J. B. (2002). Computer-based advances in assessment. In F. Drasgow & N. Schmitt

(Eds.), *Measuring and analyzing behavior in organizations: Advances in measurement and data analysis* (p. 44–87). San Francisco: Jossey-Bass.

Pancheri, P., Biondi, M. (1994). Metodi di valutazione psicologica computerizzata in Italia. In F. Del Corno e M. Lang (a cura di), *Psicologia clinica*, vol. III: *La diagnosi testologica*. 5a ed. Milano: Franco Angeli.

Pierce, B. S., Perrin, P. B., & McDonald, S. D. (2019). Path analytic modeling of psychologists' openness to performing clinical work with telepsychology: A national study. *Journal of Clinical Psychology*, 1–16. doi:10.1002/jclp.22851

Pierri, G. (1993). *Compendio di Psichiatria*. Milano: Ambrosiana.

Poletti, B., Tagini, S., Brugnera, A., Parolin, L., Pievani, L., Ferrucci, R., Compare, A., Silani, V. (2020) Telepsychotherapy: a leaflet for psychotherapists in the age of COVID-19. A review of the evidence, *Counselling Psychology Quarterly*, 33 <https://doi.org/10.1080/09515070.2020.1769557>

Schulze, N., Reuter, S.C., Kuchler, I., Reinke, B., Hinkelmann, L., Stöckigt, S., et. al. (2019). Differences in attitudes toward online interventions in psychiatry and psychotherapy between health care professionals and nonprofessionals: A survey. *Telemedicine and E-Health*, 25(10), 926–932.

Simpson, S., Reid, C.L. (2014) Therapeutic alliance in videoconferencing psychotherapy: A review. *The Australian Journal of Rural Health*, 22(6), 280–299.

Spitzer, R.L., Endicott, J. (1969). DIAGNO II: Further developments in a computer program for psychiatric diagnosis. *American Journal of Psychiatry*, 125(s):12.

Théberge-Lapointe, N., Marchand, A., Langlois, F., Gosselin, P., & Watts, S. (2015). Efficacy of a cognitive-behavioural therapy administered by videoconference for generalized anxiety disorder. *Revue Européenne de Psychologie Appliquée*, 65(1), 9–17.

Thompson-de Benoit, A., Kramer, U. (2020) Work with emotions in remote psychotherapy in the time of Covid-19: a clinical experience *Counselling Psychology Quarterly*, 33 <https://doi.org/10.1080/09515070.2020.1770696>

Turvey, C. L., & Roberts, L. J. (2015). Recent developments in the use of online resources and mobile technologies to support mental health care. *International Review of Psychiatry*, 27(6), 547–557.

Vallejo, M. A., Jordán, C. M., Díaz, M. I., Comeche, M. I., & Ortega, J. (2007). Psychological assessment via the internet: A reliability and validity study of online (vs paper-and-pencil) versions of the General Health Questionnaire-28 (GHQ-28) and the Symptoms Check-List-90-Revised (SCL-90-R). *Journal of Medical Internet Research*, 9(1), e2-e2.

Wadsworth, H. E., Dhima, K., Womack, K. B., Hart, J.J., Weiner, M. F., Hynan, L. S., & Cullum, M. C. (2018). Validity of teleneuropsychological assessment in older patients with cognitive disorders. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 33, 1040–1045.

Weiss, D. J., Kingsbury, G. G. (1984). Application of computerized adaptive testing to educational problems. *Journal of Educational Measurement* 21(4): 361–375.

Wind, T. R., Rijkeboer, M., Andersson, G., & Riper, H. (2020). The COVID-19 pandemic: The 'black swan' for mental health care and a turning point for e-health. *Internet Interventions*, 20, 100317.

Wing, J.K., Cooper, J.E., Sartorius, N. (1974). *The description and classification of psychiatric symptoms. An instruction manual for the PSE and CATEGO system*. Cambridge: Cambridge University Press.

Assessment and Internet-delivered psychological treatments: a challenge for therapists during (and after?) the pandemic

The article outlines the recent developments of online psychological assessment and treatments, increased during the pandemic, and cites empirical research on the feasibility and validity of these interventions. Some preliminary data from an Italian research on the acceptance of online intervention by samples of professional psychologists and potential users are presented.

KEYWORDS: Psychological assessment, online treatment, acceptability.

Psicologia ospedaliera nuove frontiere della cura: l'intervento multidisciplinare

Hospital psychology new frontiers: the multidisciplinary approach

Ad oggi l'Ospedale moderno è un'organizzazione produttiva che fornisce servizi alla persona ed è in continuo cambiamento a fronte di modificazioni culturali rilevanti. Occupa un posto di assoluta centralità nel campo della salute pubblica e privata per la presenza, al suo interno, di tutte le branche della medicina specialistica che lo configurano come la struttura che meglio esprime e sintetizza la garanzia di interventi sanitari iper-specializzati. Le cure disponibili negli ambienti ospedalieri ad alta intensità hanno raggiunto livelli di complessità medico-tecnologica non immaginabili soltanto pochi anni or sono (ad es. chirurgia robotica e sala ibrida, tecniche rianimatorie, trapiantologia, ricostruzioni protesiche mioelettriche, ecc.). Lavorare in Ospedale generale significa esser parte di un luogo investito di potenti funzioni simboliche: accoglimento, cura, riparazione, deroga della morte, fine vita, donazione di organi per nuove vite, nascite possibilmente perfette, rinascite, "resuscitazioni".

PAOLA DONDI*

PAROLE CHIAVE: Servizio di Psicologia in ospedale, approccio multidisciplinare, clinica psicologica, diagnosi differenziale.

L'Ospedale oggi

Nell'inconscio collettivo l'ospedale rappresenta il luogo al quale ci si riferisce per trovare risposta ad un'emergenza. La logica istituzionale è centrata sull'azione continuativa senza stacco tra giorno e notte e richiede l'applicazione di procedure, di protocolli, di PDTA. La dimensione dell'"urgenza" caratterizza fortemente l'intervento medico in ospedale tanto da diventare una cultura diffusa che tende ad organizzare le relazioni e inscrivere i rapporti tra le persone all'interno di un gradiente ripetitivo, con scarse oscillazioni di variabilità. Ciò sostiene la percezione di una maggiore efficacia degli interventi e delle azioni.

In questi ultimi quarant'anni, dal 1° Gennaio 1980, epoca di costituzione del SSN, abbiamo assistito a modificazioni tra l'organizzazione ospedaliera nel suo complesso e le persone che ad essa si rivolgono in quanto le dinamiche affettive, familiari e sociali che entrano con loro in ospedale contribuiscono a trasformarne la struttura e il funzionamento e ad orientare domande sempre più complesse ed inclusive di tali bisogni. Ciò ha favorito la costituzione di U.O. e Servizi di Psicologia diversamente organizzati ma presenti sostanzialmente in quasi tutte le regioni italiane (De Berardinis D, Dondi P, 2020). Ci si augura che il riconoscimento della professione sanitaria possa

implementare un'inclusione degli psicologi nel contesto ospedaliero più in linea con gli standard europei ed internazionali. All'interno di tale inquadramento normativo si valorizza la psicologia in ospedale come servizio complesso che include la visione dell'integrazione della clinica ospedaliera con la clinica dell'organizzazione, del benessere organizzativo, della formazione e della ricerca.

La complessità descritta è al centro di un dibattito tra i professionisti della salute che operano nelle strutture ospedaliere ed ha dato forma a recenti eventi nazionali. Nel 1° Convegno Nazionale di Psicologia Ospedaliera tenutosi a Padova il 17 Giugno 2021 e nel precedente corso di Psicologia Ospedaliera svoltosi a Roma nel 2019 presso la Fondazione Fatebenefratelli per la ricerca e la formazione sanitaria e sociale, la comunità professionale degli Psicologi, operante in numerose e diverse Strutture Ospedaliere Italiane, ha confrontato le esperienze cliniche maturate in questi decenni (Dondi P, De Berardinis D, 2020). Esse convergono tutte sulla condivisione della specificità del lavoro psicologico-ospedaliero. Tale specificità rende conto, tra gli altri, del lavoro clinico strutturato in contesto multi-interdisciplinare che descrive ciò che si viene definendo come "nuova frontiera alla cura in ambito psicosomatico".

Le nuove frontiere della cura: "l'approccio multi-interdisciplinare in ospedale"

Il rapporto tra la formazione psicologico-clinica e il lavoro in ospedale non è strettamente legato ad un singolo orientamento psicoterapeutico o ad una singola tecnica valutativa in quanto i problemi e le questioni che lo psicologo affronta in ospedale confrontano sia i modelli psicoterapeutici che le tecniche psicologiche con il complesso intreccio mente-corpo e con la dinamica istituzionale ed organizzativa. L'approccio psicologico al malato ricoverato in ospedale rende necessario aver compiuto un passaggio formativo e culturale che consenta ai professionisti psicologi di riconoscere che la visione psicoterapeutica fa parte di un approccio clinico comprensivo che include in primis la disposizione all'ascolto globale della persona malata nell'*hic et nunc* dell'incontro terapeutico.

Tale posizione si fonda sulla capacità empatica di "essere con" per cogliere il livello di funzionamento mentale di cui la persona dispone attraverso segnali non verbali di malessere, come ad esempio la destrutturazione o l'interruzione del linguaggio, l'alterazione del tono, della prosodia, la comparsa di mimica, l'alterazione della postura, la disorganizzazione del ritmo respiratorio. Nei setting ospedalieri la prospettiva osservazionale dello psicologo è modificata sulla base del diverso accesso del paziente alla struttura sanitaria. La persona porta in quel momento all'attenzione dei sanitari il corpo malato la cui cura sappiamo non può prescindere dal considerare accanto alla dimensione biologica il vissuto individuale nelle sue connessioni interpersonali e sociali. L'approccio multidisciplinare pone la soggettività al centro dell'esperienza umana e l'intersoggettività come matrice da cui prendono forma le relazioni significative della vita. Salute e malattia, in un continuum, sono oggetto di studio della psicosomatica e i principi dei modelli unificati sono esaustivamente illustrati in letteratura (Baldoni F, 2010, Solano L, 2013).

La malattia è l'essenza di un'esperienza traumatica individuabile nell'impotenza dell'Io, che produce una disarticolazione somato – affettiva degli equilibri preesistenti e che richiede di essere riconosciuta in quanto può portare l'individuo a rivivere condizioni dolorose proprie di antecedenti e arcaici stadi maturativi raggiunti durante lo sviluppo (la fase di integrazione - fase costitutiva del Sé) (Scoppola L, 2005, 2011, Gaddini E, 1989).

La molteplicità dei diversi setting psicologici in ambito ospedaliero richiede una prospettiva di lavoro centrata sull'identità professionale clinica che permette la messa in atto di una funzione psicologica la quale rende espliciti i rapporti tra la relazione psicologica "duale" e la visione del legame con il gruppo di lavoro, agente di trasformazione e tessuto connettivo sul quale avviene il processo di riparazione della malattia (De Berardinis D, Dondi P, 2020).

Si assume dai dati di letteratura nazionale e internazionale che il lavoro dello psicologo in ospedale non possa prescindere dal gruppo curante e dalla specifica tipologia dell'organizzazione ospedaliera (I, II, III livello di complessità). È acclarato, inoltre, che quando la presenza dello psicologo è continuativa nei reparti, essa rappresenta un fattore importante per il superamento di molte situazioni non solo di interesse specificatamente clinico ma anche relazionale ed organizzativo.

Il rapporto tra la formazione psicologico-clinica e il lavoro in ospedale non è strettamente legato ad un singolo orientamento psicoterapeutico o ad una singola tecnica valutativa in quanto i problemi e le questioni che lo psicologo affronta in ospedale confrontano sia i modelli psicoterapeutici che le tecniche psicologiche con il complesso intreccio mente-corpo e con la dinamica istituzionale e organizzativa

La visione dello sviluppo della funzione psicologica in ospedale è di estrema importanza perché consente di dare continuità al rapporto tra l'atto terapeutico e l'organizzazione: rende esplicita la visione del gruppo di lavoro come agente di trasformazione dell'organizzazione stessa all'interno dei processi di cura. Tale paradigma richiede l'acquisizione interiorizzata di una cultura in ambito multidisciplinare capace di dialogare, pariteticamente, con i diversi specialisti coinvolti nei percorsi di cura

Il Servizio di Psicologia nella struttura ospedaliera

L'U.O., quando riconosciuta nell'organigramma aziendale, entra in gioco nella complessità del lavoro multi/inter-disciplinare rappresentando un gruppo professionale che all'interno dell'istituzione risponde all'organizzazione ed ai committenti richiedenti le consulenze in modo stabile e continuativo (Linee di Indirizzo Regione Emilia Romagna, 2021).

L'operatività non si limita all'erogazione di prestazioni cliniche rivolte al paziente e ai suoi familiari, ma intende interagire con l'organizzazione per rendere più efficace il lavoro nelle e delle unità operative ospedaliere, evidenziare gli snodi dell'articolazione nell'adozione ed applicazione dei percorsi e delle procedure cliniche, favorire negli operatori le medesime conoscenze dei diversi livelli del proprio contesto di lavoro, nonché aiutare i malati e le loro famiglie con interventi mirati.



Figura 1: Il S. Psicologia rappresenta un luogo fisico e mentale, uno spazio operativo all'interno del quale i professionisti psicologi usufruiscono di quella che Ballarini e Berti Ceroni (Ballerini A, Berti Ceroni G, 1986) definirono la "funzione di porto" ovvero lo stazionamento, il ristoro e il riapprovvigionamento di energie mentali necessarie per portare i contributi trasformativi nel lavoro clinico. Il lavoro clinico avviene all'interno di setting diversificati che vanno dal letto del paziente all'ambulatorio fino al setting allargato dell'istituzione ospedaliera nella quale avviene un processo di integrazione che tiene conto dell'organizzazione stessa.

Il Servizio di Psicologia a lavoro

Si è già sottolineato che, affinché sia possibile parlare di intervento psicologico in contesto multi/inter-disciplinare, occorre la presenza di un Servizio Psicologico organizzato e stabile nell'ambito dell'Ospedale che dia forma a un gruppo di lavoro e che consenta un'interfaccia tra la clinica ed il sistema di cura.

La visione dello sviluppo della funzione psicologica in ospedale è di estrema importanza perché consente di dare continuità al rapporto tra l'atto terapeutico e l'organizzazione: rende esplicita la visione del gruppo di lavoro come agente di trasformazione dell'organizzazione stessa all'interno dei processi di cura. Tale paradigma richiede l'acquisizione interiorizzata di una cultura in ambito multidisciplinare capace di dialogare, pariteticamente, con i diversi specialisti coinvolti nei percorsi di cura.

I professionisti psicologi nell'Istituzione sviluppano operazioni di significazione e di decodifica della domanda di consulenza, analizzano chi la formula, in quale contesto, con quali aspettative, difficoltà e risorse. Tale processo di trasformazione della domanda (Carli R, Panizza RM, 2003) appartiene specificamente alla professionalità psicologica. Rappresenta uno strumento imprescindibile per la costruzione di percorsi di trattamento in ambito psicosomatico là dove l'evento malattia disarticola l'unitarietà mente-corpo e l'individuo può fare esperienza, nell'istituzione, di risposte

terapeutiche altamente specialistiche ma parcellizzanti. Non è inusuale, ad esempio, che la domanda del medico inviante sul singolo paziente venga riletta, da tutta l'équipe, come richiesta di un iter volto a rivedere i passaggi di cura e le relazioni tra gli operatori. In questi casi la Funzione psicologica viene esercitata, sia per identificare le risorse da mettere in campo sia per complessualizzare l'intervento in una dimensione multidisciplinare.



Figura 2: Funzione psicologica. Tale passaggio è fondamentale per orientare non solo l'intervento biologico ma anche il "clima affettivo", relazionale, intorno alla persona, e renderlo più sintonico ai suoi bisogni. L'integrazione dei diversi livelli di cura favorisce l'introiezione nel paziente di una risignificazione più sostenibile del disagio.

I professionisti psicologi nell'Istituzione sviluppano operazioni di significazione e di decodifica della domanda di consulenza, analizzano chi la formula, in quale contesto, con quali aspettative, difficoltà e risorse. Tale processo di trasformazione della domanda appartiene specificamente alla professionalità psicologica

Un caso clinico esemplificativo: Lucia

* La stesura del caso clinico è a cura della Dott.ssa Claudia Palmini**

Il caso clinico scelto si ritiene esemplificativo di come i diversi passaggi organizzativi e clinici necessari alla sua gestione sono stati facilitati dalla presenza di una matrice istituzionale che ha reso possibile l'intervento inclusivo centrato sui bisogni della Paziente tenendo conto del rapporto con i familiari, dei committenti e dei consulenti collaboranti secondo un approccio multidisciplinare comprensivo.

Analisi della domanda

Nella richiesta di consulenza psicologica, il medico di reparto, chiedeva un aiuto su come procedere nella comunicazione a Lucia, quasi 23enne, ricoverata in Terapia Intensiva per incidente stradale maggiore nel quale era passeggera sulla moto guidata dal fidanzato deceduto nell'impatto e che riporta esiti di politrauma della strada, fratture multiple rachide cervicale, fratture costali, falda liquida peri-splenica e frattura alla caviglia sinistra. Nello specifico chiedeva un colloquio con la madre e i familiari lì presenti per una concertazione sintonica dell'approccio relazionale/comunicativo da tenere con Lucia che, a fronte della riduzione della sedazione, iniziava a chiedere insistentemente notizie del fidanzato (le era stato detto che era giunto in H in gravi condizioni).

La scelta del professionista psicologo è di recarsi nell'arco di 30 minuti in reparto dove il medico aveva trattenuto i familiari.

Durante questo primo incontro è la madre a prendere la parola, avendo già ricevuto rassicurazioni dai medici di una prognosi generale favorevole, ma portando la propria ansietà in relazione alle condizioni emotive-affettive attuali della figlia caratterizzate da disperazione, pianto e colpevolizzazione attribuendo a sé stessa l'iniziativa di essere usciti a pranzo il giorno dell'incidente. Prevedendo i sanitari la riduzione completa della sedazione, data la stabilità clinica delle sue condizioni e il possibile trasferimento in reparto semi – intensivo, si concorda sulla necessità di mettere la ragazza a conoscenza della morte del fidanzato tramite una comunicazione fatta dai medici di reparto in loro presenza.

I genitori descrivono (principalmente la madre) il carattere della figlia, il suo contesto di vita attuale e la rete relazionale nella quale vive. Specificano di essere separati

Nei setting ospedalieri la prospettiva osservazionale dello psicologo è modificata sulla base del diverso accesso del paziente alla struttura sanitaria. La persona porta in quel momento all'attenzione dei sanitari il corpo malato la cui cura sappiamo non può prescindere dal considerare accanto alla dimensione biologica il vissuto individuale nelle sue connessioni interpersonali e sociali.

legalmente e di avere firmato entrambi per alternarsi nell'assistenza (sono ancora presenti regole di limitazione degli accessi per prevenzione del COVID-19). L'amica, in evidente stato di attivazione emotiva, assume il ruolo di presentificare quella che sarebbe, dal suo punto di vista, la necessità di favorire subito il rapporto di Lucia con gli amici. In realtà è portavoce di quanto l'evento traumatico abbia creato una disarticolazione spazio-temporale interrompendo bruscamente gli equilibri interni ed esterni, frammentando la realtà e congelandola "al prima dell'evento" impedendo, così, una visione della condizione acuta attuale.

Si conferma che la richiesta dei familiari è relativa alla possibilità di una presa in carico del vissuto traumatico della Pz durante la degenza e ad indicazioni su come gestire le comunicazioni per tutelare la fragilità emotiva della ragazza. Accolgono l'indicazione dello psicologo di evitarne il sovra-eccitamento e concordano sulla presa in carico psicologica degli aspetti dolorosi traumatici della figlia dal momento in cui sarà avvenuto il completamento dell'iter chirurgico (intervento ad un piede), ossia quando sarà in condizioni di mantenere stabilmente il dialogo ed un rapporto coerente con la realtà esterna. Si conferma che lo psicologo rimarrà in contatto con i team curanti per modulare l'intervento sulla base di qualsiasi nuova necessità.

Dopo alcuni giorni, la madre chiede espressamente un colloquio per sé e l'amica che viene effettuato al S. di Psicologia. Il tema centrale riguarda la gestione degli ingressi in reparto e la conferma di essere chiamata contestualmente al padre nei momenti in cui vi fossero delle novità sullo stato di salute della figlia.

Affresco biografico-relazionale raccolto tramite il racconto della madre e dell'amica

Il deposito narrativo fa riferimento a una storia di vita estremamente traumatica del nucleo familiare: separazione legale avviata 7 anni prima, presenza di una causa penale ancora aperta per abbandono del tetto coniugale da parte del padre e mancato sostentamento economico, trasferimento in Brasile presso la famiglia di origine della Signora, interessamento delle Ambasciate in quanto Lucia era ancora minorenne e cittadina italiana, rimpatrio e presa in carico dei Servizi Sociali su mandato del Tribunale dei Minorenni che dispose l'obbligo al padre di mantenimento e accogliimento presso la sua residenza dove viveva con la nuova famiglia. La madre e l'altra figlia maggiorenne senza residenza, trovarono soluzioni autonome nel giro di qualche tempo. La Signora, inoltre, esplicita la preoccupazione circa il possibile uso manipolativo della presenza in ospedale da parte del padre (rendere evidente l'assistenza per addurre in sede legale elementi atti a ridurre le accuse a suo carico). Teme inoltre che Egli possa essere più conflittuale che utile, non avendo la ragazza, dalla maggiore età, avuto più rapporti con lui. A conferma di ciò, la madre e l'amica riferiscono che durante le esequie del fidanzato, il padre avrebbe letto pubblicamente una lettera di addio da parte di Lucia ove emergevano contenuti di natura religiosa e spirituale attribuiti alla figlia, la quale nella realtà non scrisse perché ancora ricoverata in TI e soprattutto contraria all'uso di modalità esterne pubbliche. Le informazioni raccolte ed altre acquisite durante il periodo di degenza hanno delineato un complesso tessuto relazionale traumatico relativo alla vita della Pz dall'età dell'adolescenza al momento dell'incidente. Il padre cesserà, sua sponte, le visite e non richiederà più un supporto psicologico dal momento in cui la figlia verrà trasferita in reparto semi-intensivo, delineandosi il progetto del rientro al domicilio e le conseguenti necessità assistenziali.

Intervento psicologico in Setting multidisciplinare al letto della Paziente

Il rapporto con la Paziente

Incontro la Pz trasferita dalla TI alla MIDU. Si trova supina con collare cervicale e gesso all'arto inferiore sx. Mi rivolge lo sguardo che appare perso e disconnesso dal contesto esterno. Sapeva che sarei andata a vederla. Appena le rivolgo attenzione, esterna in forma calda disperazione e, tra le lacrime, sentimenti di colpa per la morte del fidanzato che ritiene assolutamente conseguenza della propria scelta di uscire quel giorno in moto.

La mimica e la postura si attivano durante la narrazione, il tono si eleva fino a

gridare: porta la mano al petto definendolo il luogo dove è presente il dolore, un dolore talmente forte che le toglie il respiro e rappresenta il legame con il fidanzato perso. Dice di non poter più vivere senza “l’amore della sua vita”, la persona con la quale aveva progetti di matrimonio e famiglia, l’unico ad essere riuscito a ridurre le sue resistenze in tale senso. L’anno di relazione vissuta è descritto come travolgente, coinvolgente, totalizzante, il sogno che si era fatto realtà.

Alterna il pianto a momenti di blocco e sospensione dell’ideazione e dell’eloquio. Il consulente riconosce che la percezione dolorosa della mancanza non è vivibile per la ragazza che la descrive attraverso la sensazione di una rottura interna, di una caduta di senso della vita senza ritorno e di dolore globale. Si è lavorato per circoscrivere e delimitare l’esperienza dolorosa massiva, lenire l’angoscia mobilitando il pensiero e costruire uno spazio vivibile attraverso la messa in campo della relazione transferale (trasformazione nel qui ed ora). Tale approccio si è mantenuto durante l’intero iter terapeutico.

Gli elementi acuti di natura affettiva traumatica sono stati esplorati attentamente in quanto segno della riattivazione dell’antecedente traumatismo vissuto in rapporto ad eventi relazionali di perdita (Scoppola L, 2011). La consulenza si conclude dopo aver lasciato il tempo necessario all’esternazione del dolore, aver sviluppato una funzione di vicinanza e contenimento e di validazione delle modalità con le quali ha esternato il proprio vissuto. Si è cercato di soggettivare Lucia portandola gradualmente, per quanto possibile, ad una condizione di maggiore controllo tale da consentire l’organizzazione di alcune azioni atte ad aiutarla durante la degenza a sentirsi meno sola. Ella chiede che sia la madre ad assisterla in quanto con il padre non si sente a proprio agio.

Nei giorni successivi, si osserva un graduale miglioramento della condizione somatica, della stabilità cognitiva ma, complessivamente, l’evoluzione dell’assetto post-traumatico avviene in una direzione di accelerazione e spinta verso un’anticipata richiesta di dimissione che allarma i sanitari i quali mantengono un livello di interazione costante con il S. di Psicologia.

Lo psicologo rileva, in effetti, un aumentato affaccendamento, ripresa compulsiva di telefonate alla madre, alla sorella, alla famiglia del fidanzato oltre alla gestione di questioni amministrative legate allo sfratto ricevuto. Ella voleva auto-dimettersi nella stessa giornata nella quale formulava tale pensiero pur non avendo a disposizione un domicilio dove trasferirsi idoneo alle sue necessità assistenziali. A fronte di ciò, in presenza di Lucia e con il suo consenso, si riesce ad interloquire telefonicamente con la madre che ne conferma l’inopportunità/impossibilità e la necessità di un maggiore tempo per organizzare il suo reinserimento a casa non essendo la sorella, residente in altra città, materialmente disponibile. Dal punto di vista psicologico eravamo di fronte ad una dimensione caotica, impulsiva, con difficoltà a mantenere stabile l’esame di realtà nel senso di una deficitarietà a riconoscere i limiti al proprio bisogno e al proprio desiderio, non inquadrabile tuttavia in una franca reazione psicotica acuta. Elaborava, inoltre, pensieri di colpa per essere sopravvissuta, rabbia per l’impossibilità di essere stata presente al funerale, idee passive di morte ma non una progettualità suicidaria. La condizione descritta, l’insonnia notturna, la richiesta continua di benzodiazepine per ridurre “il dolore al petto” aprono la richiesta di un parere specialistico psichiatrico in relazione ad un eventuale approccio psicofarmacologico mirato al contenimento di tale reattività con l’obiettivo di favorire la continuazione della degenza fino all’approntamento di un progetto di rientro al domicilio sicuro.

I consulenti psichiatri, chiamati dall’SPDC, fanno parte del DSM Territoriale. Intervengono con consulenze centrate sull’emergenza/urgenza in quanto non hanno un servizio dedicato al Pz degente integrato con i team curanti. Due colleghi a distanza di due giorni vedono la ragazza. In prima istanza l’indicazione farmacologica è finalizzata a migliorare il sonno notturno e la condizione diagnosticata come ansioso – depressiva post-traumatica. Lucia è contraria sia agli psicofarmaci che alla prosecuzione del ricovero ma accetta formalmente le proposte terapeutiche mantenendo attivo il rapporto con la rete amicale per riuscire ad uscire prima possibile dall’ospedale e afferma: “stare qui mi ricorda continuamente che lui non c’è e che non sono potuta andare nemmeno al suo funerale”. Il consulente psichiatra aveva posto la necessità di rivalutare la Pz prima della dimissione e nell’occasione un secondo collega parla con la ragazza. In questo momento le viene proposto un ricovero in SPOI (Clinica Psichiatrica privata convenzionata) per “consentire l’esplicarsi del percorso

*L’approccio
multidisciplinare
pone la soggettività
al centro
dell’esperienza
umana e
l’intersoggettività
come matrice da cui
prendono forma le
relazioni significative
della vita*

I consulenti psichiatri, chiamati dall'SPDC, fanno parte del DSM Territoriale.

Intervengono con consulenze centrate sull'emergenza/urgenza in quanto non hanno un servizio dedicato al Pz degente integrato con i team curanti

riabilitativo e il superamento della latenza dell'antidepressivo". A fronte del rifiuto, e non essendovi estremi per TSO, modifica la terapia farmacologica aggiungendo all'antidepressivo (Sertralina) un neurolettico (Olanzapina). Nel referto la collega sottolinea la necessità di attivare un percorso di supporto psicologico domiciliare (anche mediante video chiamata) come già disposto dal servizio di Psicologia.

Il rapporto con l'équipe multidisciplinare

Al team curante è stato affidato il compito di restituire alla Pz quell'integrità dell'essere che il trauma ha teso a frammentare e ad affrontare la situazione mentale caotica presentata. Il dialogo quotidiano, centrato sulle condizioni cliniche, sulla soggettività della ragazza, sull'accoglimento delle dinamiche relazionali familiari e nelle implicazioni sociali descritte, ha evitato interventi che potessero provocare scissione corpo-mente o favorirne la persistenza. Le azioni di sintonizzazione ambientale hanno potuto avviarsi e mantenersi stabilmente durante tutta la degenza. I medici di reparto, pur nella diversa distanza relazionale instaurata con Lucia, hanno validato senza delegare la necessità del lavoro psicologico integrato poiché riconoscevano che l'accoglimento dei contenuti dolorosi mentali e le escursioni dell'umore della ragazza non potevano essere curate attraverso il solo intervento medico.

L'intervento psicologico clinico, centrato sul paradigma multidisciplinare, ha valorizzato l'accoglimento di Lucia nella sua globalità e ha sviluppato azioni di natura valutativa contestualizzandone il funzionamento somato – psichico e non orientandosi alla focalizzazione di una diagnosi prettamente nosografica.

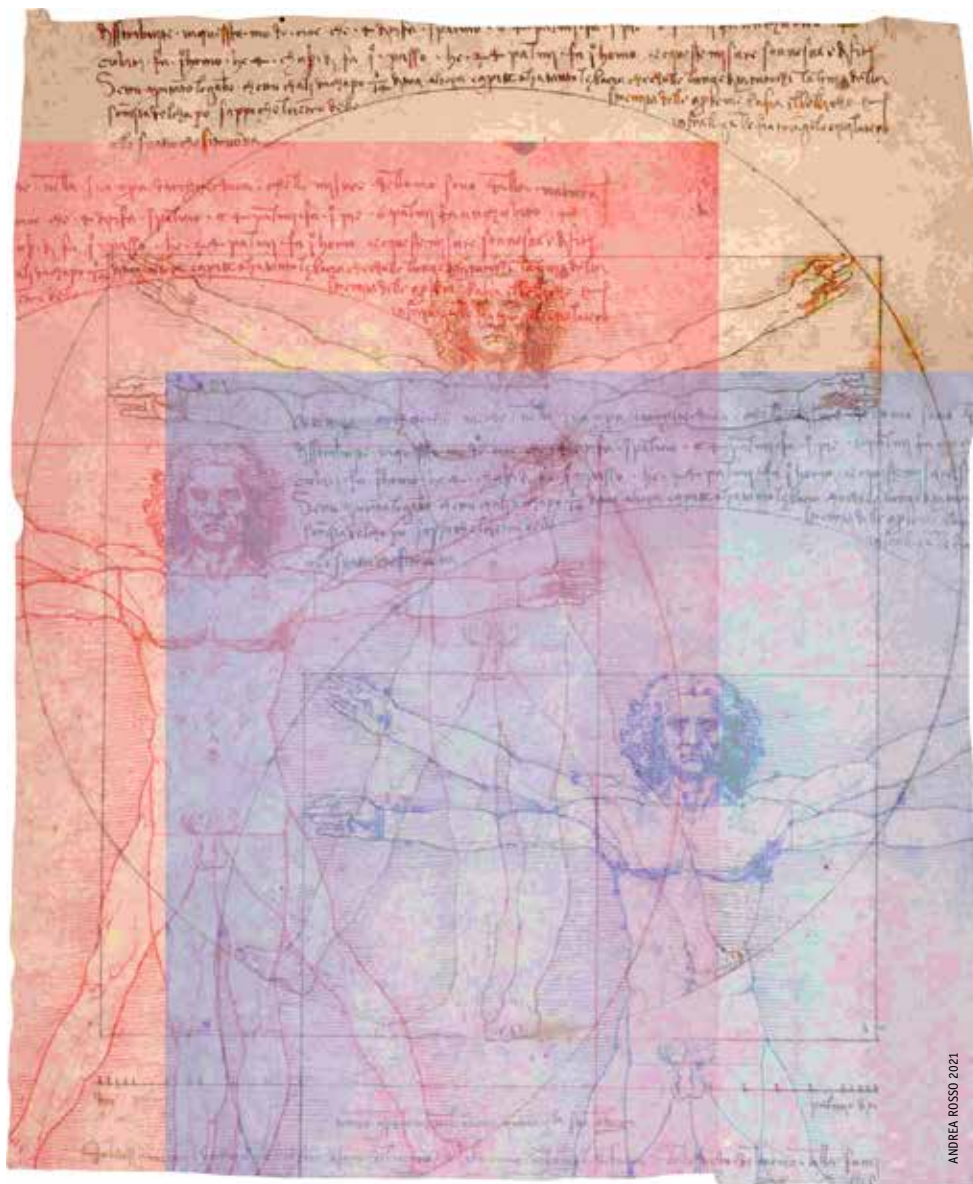
Nonostante la Pz abbia evidenziato uno scivolamento verso modalità di funzionamento mentale primitive, esse sono state sempre riconosciute come espressione di una condizione di adattamento rispetto alla quale il lavoro del team ne ha connotato la dimensione disorganizzativa in acuzie senza mai inquadrarla in una psicopatologia. Tale azione del gruppo di lavoro ha di fatto creato uno spazio di accoglimento al dolore post-traumatico che ha potuto essere riconosciuto, non inibito e non scotomizzato. La rimozione di tali componenti dal campo di cura avrebbe potuto essere fortemente ostativo all'avvio del fisiologico lavoro di elaborazione del lutto al quale Lucia andava incontro. Lo scarso margine di convincimento della ragazza a protrarre la degenza oltre le necessità definite dai sanitari non era indicativo né ostativo ad una convalescenza domiciliare. La dimensione di diritto della ragazza a poter esercitare la propria volontà è stata oggetto di valutazione e l'intervento psicologico si è rilevato strategico a poterla garantire.

Tecnica psicologica a orientamento psicosomatico

Il traumatismo in Lucia evidenziava una condizione mentale emergenziale ove la dissociazione legata alla caduta del funzionamento simbolico e della capacità di pensare con spinta ad agire ha richiesto un lavoro di contenimento dell'esperienza dolorosa. È noto che qualsiasi processo di elaborazione trasformativa dell'evento richiede una vicinanza, un "essere con" (Gaddini E, 1989) nell'esercizio delle funzioni di *holding and handling* che lo psicologo ha potuto effettuare nei tempi e nei modi necessari grazie alla matrice organizzativa istituzionale costruita negli anni dal S. di Psicologia.

Gli effetti del trauma sulla struttura mentale della ragazza si spera potranno essere superati attraverso un lento processo riordinativo e ricostruttivo iniziato durante la degenza ma non concluso nei brevi tempi del ricovero.

Il clinico ha operato un filtro dei contenuti dolorosi riconoscendo che il traumatismo attuale si è innestato su una pregressa storia traumatica riattivante un'angoscia di separazione mai completamente elaborata da Lucia. Questo elemento rappresenta il rischio principale di un possibile avvio difettuale dell'elaborazione del lutto. Il trauma ha colpito l'Io della Pz in modalità estesa inducendo una profonda disarticolazione del Sé ed evocando di continuo qualcosa che c'è stato ma è stato strappato via in maniera irrimediabile. Il trattamento psicologico clinico di tale sofferenza lacunare ed esplosiva (Scoppola L, 2005, 2011) sofferta, richiede un contesto terapeutico che offra la possibilità di una ritrascrizione, nell'attualità del presente, di una sofferenza precoce legata all'evento. Tale ritrascrizione sappiamo che si può realizzare per la capacità che hanno gli affetti (attivati entro la relazione di cura) di rendere



ANDREA ROSSO 2021

simmetriche le memorie del passato con quelle del presente nel qui ed ora della relazione terapeutica (Matte Blanco I, 1981). Alla luce di tali considerazioni e tenuto conto dell'assenza di diverse richieste da parte di Lucia, dell'incertezza sul luogo dove avrebbe svolto la convalescenza e la garanzia della madre che sarebbe stata affiancata per il tempo necessario, il S. di Psicologia, in continuità post-ricovero ha messo a disposizione colloqui clinici in video chiamata fino a completamento della convalescenza: con la ripresa della capacità di deambulazione, la ragazza avrebbe eventualmente la possibilità di accedere al S. competente di Psicologia Clinica del territorio di residenza. Il controllo farmacologico proposto ma non completamente accettato è stato rimandato al medico di famiglia dopo essere stato modificato ulteriormente con la proposta di Venlafaxina ed EN da ridurre e sospendere appena possibile. Tali indicazioni sono state formalizzate sulla lettera di dimissione.

Conclusioni

Lavorare nel contesto ospedaliero implica la vicinanza alla malattia, evento acuto o cronico nella vita di un individuo, imprevisto e non rappresentato in quanto traumatico con la necessità di accogliere all'interno di un campo inter-soggettivo il vissuto emotivo individuale. L'esperienza di malattia ripropone una condizione di estrema precarietà che è stata presente all'inizio della vita in una pressoché indistinguibilità tra somatico e psichico e richiede un approccio comprensivo.

Una clinica psicologica in ambito ospedaliero deve riconoscere la distinzione tra sofferenza mentale primitiva, disorganizzazione progressiva e disarticolazione psicotica. Le reazioni emotive legate al traumatismo vanno riconosciute all'interno di tale continuum e non inquadrare tout court in una psicopatologia. Talvolta può divenire necessario fornire un supporto farmacologico temporaneo in integrazione al contenimento relazionale (Lingiardi V, McWilliams N, 2019) e il rapporto con il consulente psichiatra risulta estremamente costruttivo laddove venga salvaguardata la visione psicosomatica della cura multidisciplinare.

Il caso trattato evidenzia la complessità dell'articolazione dell'intervento del S. di Psicologia all'interno della struttura ospedaliera e di come la relazione psicoterapeutica duale possa instaurarsi laddove esista un tessuto connettivo che la sostiene in costante interscambio con il sistema organizzativo.

*AOU Modena

**Dott.ssa Claudia Palmini tirocinante Psicologo all'interno dell'U.O

BIBLIOGRAFIA

- Baldoni F, (2010) La prospettiva psicosomatica, Il Mulino, Bologna.
- Ballerini A, Berti Ceroni G, (1986) "Interventi combinati e gruppo di lavoro in psichiatria" in Strumenti conoscitivi per la nuova assistenza psichiatrica, a cura di Ammaniti M, Antonucci F, Luoni G, Borla, Città di Castello.
- Carli R, R.M Paniccia (2003) Analisi della domanda. Teoria e intervento in psicologia clinica, ed. Il Mulino, Bologna.
- De Berardinis D, Dondi P, (2020) La psicologia ospedaliera ieri, oggi, domani, LINK – Rivista Scientifica di Psicologia, Roma.
- Dondi P, De Berardinis D, (2020) La Psicologia Ospedaliera oggi, AUPI Notizie n.3, Roma.
- Dondi P, (2007) Malattia cronica, acuta e situazioni traumatiche. Le diverse implicazioni emotive. In Pronto Soccorso Triage. Ed. Libreria Cortina, Verona.
- Gaddini E, (1989) Scritti 1953-1985, Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Lazzari D, (2013) Psicoterapia: effetti integrati, efficacia e costi-benefici, Tecniche Nuove, Milano.
- "Linee di Indirizzo alle Aziende Sanitarie in tema di organizzazione dell'area Psicologia Clinica e di Comunità", (2021) Regione Emilia Romagna
- Lingiardi V, McWilliams N, (2019) Manuale Diagnostico Psicodinamico PDM-2. Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Matte Blanco I, (1981) L'inconscio come insiemi infiniti, Einaudi, Torino.
- Scoppola L, (2005) L'esperienza di essere sé, Franco Angeli, Milano.
- Scoppola L, (2011) La parola non trovata, Franco Angeli, Milano.
- Solano L, (2013) Tra mente e corpo. ed. Raffaello Cortina, Milano.

Hospital psychology new frontiers: the multidisciplinary approach

The modern Hospital is a productive organization which provides services to people and is continuously changing in order to cope with important cultural modifications. It occupies a central position in the field of health care, in the public and private sectors, owing to the presence of specialists from all areas of medical care working in the same institutional health care context. Treatments available in such institutions have reached extraordinary levels of medical – technological complexity, which could hardly be imagined a few years ago, for example robotic surgery and hybrid operating theatres, intensive care techniques, transplantations, prosthesis mioelectric reconstructions, etc. To work in a general Hospital means being part of an organization with highly symbolic functions: admittance, treatment, care, reparation, derogation of death, life end, organs donations, possibly perfect births, recovery, rebirth, "resuscitations".

KEY WORDS: Hospital psychology service, multidisciplinary approach, clinical psychology, differential diagnosis

link — memoria



Uno psicoterapeuta, un collaboratore, un amico: in memoria di Giovanni Cavadi (1943-2020)

**In memory of Giovanni Cavadi,
a psychotherapist, a collaborator,
a friend (1943-2020)**

ELEONORA RIVA*, MARICETA GANDOLFO**

PAROLE CHIAVE: Psicologia del lavoro, ricerca, memoria

Giovanni Cavadi nasce a Gorizia il 6 febbraio 1943 e vive a Brescia per la maggior parte della sua vita. Si laurea in Pedagogia ad indirizzo psicologico nel 1970 presso l'Istituto di Psicologia dell'Università degli Studi di Padova discutendo una tesi di ricerca in psicolinguistica. Nel 1973 ottiene il diploma di Specialista in Psicologia presso l'Università degli Studi di Milano, discutendo una tesi sperimentale in Psicologia sociale. Dal 1983 al 1987, spinto dalla sua sete di conoscenza e dalla sua vivace intelligenza, si trasferisce a Londra e si forma presso la Behavioural Psychotherapy Unit del Middlesex Hospital, sotto la supervisione del Dr. Victor Meyer e del Dr. Michael Bruch; conclude questa esperienza nel dicembre 1988. Nel 1989, sempre più incuriosito dall'ambito sociale, partecipa al "Corso di gestione e organizzazione dei servizi sociali" tenuto presso la SDA Bocconi di Milano e successivamente frequenta il corso di Management organizzato dall'Azienda USSL 18 in collaborazione con l'IREF di Milano.

La sua tenacia lo porta a svolgere dal 1975 ruoli dirigenziali: Psicologo dirigente di ruolo presso gli Ospedali psichiatrici provinciali di Brescia, Psicologo di 2° livello dirigenziale presso l'USSL 41 di Brescia e Responsabile dell'Area assistenziale delle Comunità geriatriche presso l'Azienda USSL 18 di Brescia.

Si batte per i diritti della sua professione, è una figura fondamentale all'interno dell'Ordine degli Psicologi della Lombardia ed è uno dei fondatori dell'Associazione Unitaria Psicologi Italiani.

Nel 1997 istituisce il Centro di Psicoterapia Cognitivo-Comportamentale dell'Azienda Ospedaliera di Brescia e qui lavora come psicologo dirigente.

Dall'anno accademico 1990/91 intraprende la carriera universitaria con l'insegnamento di Psicoterapia cognitivo-comportamentale presso la Scuola di Specializzazione in Psichiatria della Facoltà di medicina dell'Università di Brescia e diventa titolare, quale Professore a contratto, dell'insegnamento di Psicologia medica presso la stessa Scuola. Insegna inoltre presso la Scuola di specializzazione del Ciclo di vita dell'Università degli Studi di Milano "Bicocca" e dal 2000 è Professore a Contratto di Psicologia Sociale e di Psicolinguistica presso il Corso di Laurea di medicina dell'Università Statale di Milano.

In quegli anni si appassiona sempre più alla Psicologia del lavoro e alla Psicologia della sicurezza e le sue ricerche hanno talmente successo che riesce ad avere gli insegnamenti di queste materie alla facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università di Brescia e all'Università di Milano "Bicocca".

Parallelamente è didatta e supervisore clinico AIAMC.

Ho conosciuto il professor Cavadi nei suoi anni di interesse per la psicologia della sicurezza. Ci siamo trovati a lavorare nella stessa Azienda di ingegneria e ci siamo occupati di consulenza per la sicurezza sui rischi lavorativi. Lui era l'esperto, anche se non si è mai definito tale, ed io l'assistente. Abbiamo costruito giorno dopo giorno

il nostro rapporto professionale. All'inizio ammetto che il suo essere così dirompente mi spaventava ma per me è diventato poi una forza. Giovanni mi ha insegnato a fare ricerca, ma mi ha insegnato soprattutto i valori dell'essere psicologo. Ogni lavoro condiviso è diventato un'avventura, il suo entusiasmo era contagioso. In ufficio venivamo spesso ripresi per il tono di voce troppo alto o per le risate troppo chiassose, ma con lui era impossibile apprendere senza entusiasarsi. Al termine di ogni articolo scritto era solito esclamare: "dottorressa siamo troppi toghi!" Ogni corso aziendale diventava un'occasione per conoscere lavoratori e paesi nuovi. Con la sua umiltà e la sua competenza era una certezza che possedesse una risposta autentica per ogni dubbio.

La sua passione per la ricerca e la sua competenza lo hanno portato a collaborare con la rivista scientifica di Psicologia Link inserendosi nel comitato scientifico e approfondendo con partecipazione la storia delle donne della psicologia.

Nel 2019 è diventato Presidente dei Lions Club di Brescia e il suo desiderio era, anche in questo nuovo contesto, quello di valorizzare le donne e i giovani.

Gli anni professionali di Giovanni Cavadi si contraddistinguono per l'impegno, il rigore, le idee innovative, l'onestà intellettuale e le battaglie intellettuali. Si è circondato di tirocinanti ai quali ha trasmesso la gioia di vivere e la passione per la psicologia, impegnandosi fortemente affinché essi si realizzino nella professione.

Alla ricca vita professionale del Professore si accosta una riservata vita privata. Ha amato profondamente il suo lavoro ma ancor di più la sua famiglia. Si sposa a 28 anni con una professoressa di biochimica dalla quale ha tre figli, due femmine e un maschio. Si dedica alla famiglia con la stessa forza con la quale si dedica al lavoro. Rimasto presto vedovo a causa di una malattia della moglie, che l'ha sempre incoraggiato e supportato nella sua carriera professionale, pur nel dolore, si occupa dei figli e successivamente dei nipoti. È un nonno premuroso e affettuoso che si diverte a stimolare l'apprendimento dei nipoti, per esempio si addentra con loro nella costruzione dei plastici ferroviari.

La curiosità e la vivacità del Dr Cavadi lo portano a viaggiare e a studiare molto. Una meta ricorrente è la Sicilia, dove ad aspettarlo c'è la compagna Mariceta che lo ricorda con queste parole:

«Giovanni aveva una voce possente, un vocione, che rimbombava nel ricevitore del telefono quando ogni mattina mi chiamava per il saluto quotidiano, cosicché la mia affezionata collaboratrice familiare, lo riconosceva subito e mi annunciava gioiosa: Il professore!

Una voce da tenoretto, ci teneva a precisare lui, che aveva la passione per il bel canto, tanto che si era pure iscritto ad una polifonica, che aveva presto abbandonata perché insofferente a regole, costrizioni e programmi prefissati.

Si sfogava cantando per la strada, anche quando era in mia compagnia, facendomi arrossire di vergogna, perché io sono molto riservata e non volevo attirare l'attenzione degli estranei su di noi, mentre lui amava la gente e attaccava discorso con tutti: era riuscito a conoscere più gente lui nel paesino di mare che frequentava due mesi all'anno, che io che ci abitavo da sempre.

Questa sua spontaneità, semplicità, naturalezza era una delle sue caratteristiche più immediate, che gli faceva conquistare la simpatia di tutti: il giornalista, il pescatore, i vecchietti che giocavano a briscola seduti in piazza, i miei familiari, i miei amici.

Era un professore universitario, scriveva libri, recensioni su giornali e riviste, era molto colto, sapeva suonare il pianoforte ed amava la poesia (e per questo mi aveva conquistata), ma era anche molto semplice, se ne fregava dell'eleganza (molto naïf, dicevo io), era capace di uscire con i sandali aperti ed i calzini bianchi oppure con i bermuda ed un cappello tirolese in testa, se così stava comodo.

Su questo litigavamo spesso, mi accusava di dare più importanza alla forma che alla praticità, perché io cercavo sempre di abbinare scarpe e borsa e di scegliere l'abbigliamento più adatto ad ogni circostanza (come ogni donna italiana, che è elegante per gusto innato).

Per lui invece questo era un mio grave difetto ed avrei dovuto indossare scarpe da tennis con un abito di chiffon, così avrei camminato meglio ed evitato di cadere, oppure avrei dovuto portare uno zaino capiente (in cui lui potesse stipare tutte le sue cose che mi dava da tenere) invece della borsetta che avevo scelto per andare a teatro.

Eravamo molto diversi ed il nostro rapporto durò tanti anni proprio perché vivevamo lontani, lui in Lombardia, io in Sicilia e ci vedevamo solo per brevi periodi, a Capodanno, a Pasqua e due mesi d'estate. All'inizio nessuno dei nostri conoscenti scommetteva sulla durata del nostro rapporto, invece fu proprio la distanza a tenerlo in vita: quando stavamo vicini per un periodo più lungo lo spirito di sopportazione reciproca veniva meno e capivamo che era giunto il momento che ognuno se ne tornasse a casa propria. Eppure tante cose ci univano: innanzi tutto condividevamo gli stessi valori come l'onestà, il rispetto per gli altri, il rifiuto di ogni forma di violenza, l'amore per la cultura, lo spirito libero, che si rifiutava di sottostare a pregiudizi e censure. Per il resto, il nostro amore nacque, come tanti altri, da una serie di equivoci e fraintendimenti.

Dice l'antica religione indiana che gli dei avevano posto fra gli uomini e la verità un velo, il velo di Maja, cioè il velo dell'apparenza, che impediva a questi ultimi di cogliere la vera realtà.

Durante l'innamoramento il velo di Maja è più potente che mai e i due partner inconsapevolmente tendono a tralasciare i punti di divergenza e a soffermarsi sui punti di coincidenza e somiglianza.

E così accadde a noi: io sono siciliana, lui era bresciano, ma figlio di genitori siciliani emigrati al Nord e così io ritenni che l'influsso della famiglia d'origine fosse in lui più forte dell'influsso dell'ambiente in cui era vissuto fin da bambino, per scoprire poi che era molto più settentrionale di quanto avessi supposto; lui trovò che io assomigliavo a sua madre nei modi riservati e nell'arte di cucinare il pesce e le verdure; io scoprii che, oltre a chiamarsi Giovanni come mio padre, era nato anche lui a Idria vicino Gorizia (anche mio padre era figlio di siciliani che per lavoro si erano spostati in varie parti d'Italia).

Per il resto io ero introversa e di poche parole, lui estroverso e straripante, io amavo i romanzi, lui la poesia, io avevo sempre paura del ridicolo, lui si cacciava nelle situazioni più imbarazzanti senza mai accorgersi dei sorrisetti di derisione che accompagnavano le sue uscite (soprattutto a Palermo nella cerchia dei miei amici)

In compenso amavamo entrambi il mare, eravamo buoni nuotatori e ci spingevamo al largo senza timore e senza avvertire la stanchezza, alla ricerca di calette isolate dove l'acqua è così trasparente che sembra di nuotare in una piscina circondati dai pesciolini.

Adorava il mare di Mondello, che per lui era la spiaggia più bella del mondo e godeva intensamente del piacere di fare un bel bagno.

In effetti amava intensamente la vita in tutte le sue manifestazioni, soprattutto quelle più semplici come una bella mangiata in compagnia, un bel film di "sparate" con pistolettate e inseguimenti di banditi contro poliziotti (che io aborrisco), un bel concerto di musica classica o una bella canzone sentimentale; ma aveva l'elasticità mentale di voler provare cose più complicate come film sui sentimenti o su dilemmi psicologici per venire incontro ai miei gusti.

E alla fine li apprezzava e si divertiva.

Amava così tanto la vita, che nessuno di quelli che lo hanno conosciuto e amato riesce a credere che non ci sia più.

Se l'è portato via il Covid, un po' per una serie di sfortunate circostanze, un po' per colpa proprio del suo eccessivo attaccamento alla vita: innanzi tutto, per paura del contagio, scappò letteralmente da Mondello, dove riteneva che troppa gente andasse in giro senza mascherina e non rispettasse la distanza di sicurezza, e se ne volle tornare anticipatamente a Brescia, al centro dell'epidemia dove purtroppo si ammalò. Ai primi sintomi di febbre, si rifiutò di sottoporsi al tampone di controllo per paura di scoprire che aveva contratto la malattia e lasciò passare giorni preziosi senza cure ospedaliere, finché il figlio lo fece ricoverare a forza.

Ma era troppo tardi.

Non voglio pensare come sarebbe uscito da un mese di intubamento, come avrebbe potuto affrontare la lunga riabilitazione, da invalido, lui che era la vitalità in persona. Preferisco ricordarlo nei suoi momenti felici, come quando riuniva gli amici per il cenone di Capodanno: Giovanni amava moltissimo invitare gli amici a cena ed io lo aiutavo, cucinando le specialità siciliane, alcune delle quali trasportavo con la borsa termica in aereo da Palermo.

Giovanni voleva che le sue cene non fossero solo un momento di godimento gastronomico, ma anche un'occasione di incontro intellettuale e perciò pretendeva che ciascuno degli ospiti recitasse una poesia, fra la prima e la seconda portata, o si

esibisse in un brano musicale, suscitando timide proteste e soffocate risatine (era un poco prepotente di carattere), che si scioglievano in un tripudio di applausi. Sulla sua professionalità e profonda onestà intellettuale non voglio dilungarmi, perché penso che altri lo abbiano fatto meglio di me, voglio invece sottolineare che era un sincero e profondo estimatore delle donne e riteneva che proprio nel suo campo, quello della psicologia, le donne avessero portato un validissimo contributo, spesso sminuito o non sufficientemente valorizzato per i pregiudizi maschili e per gli ostacoli che si frappongono alla completa realizzazione della donna. Per questo aveva in progetto di realizzare una storia della psicologia al femminile, compito a cui intendo dedicarmi, se ne sarò capace, proprio in ricordo del mio amato e indimenticabile compagno».

Giovanni Cavadi ci ha lasciato il 10 dicembre 2020.

Leonardo da Vinci diceva: «Sì come una giornata bene spesa dà lieto dormire, così una vita bene usata dà lieto morire». È la speranza che ripongo pensando alla sua vita. Rimarrà il ricordo di un vero educatore, di un terapeuta dell'anima o come si definiva lui di "un ingegnere della mente". Sono fiduciosa che le sue radici umane e i suoi insegnamenti continueranno a fare scuola.

*Psicologa Psicoterapeuta Esperta in Psicologia del lavoro e delle organizzazioni.[eleonorariva980@libero.it]

**Docente di Lettere al Liceo Classico [maricetagandolfo1950@gmail.com]

PUBBLICAZIONI di GIOVANNI CAVADI

1. Aspetti teorici e metodologici per l'utilizzazione del Differenziale semantico nell'indagine clinica (con Caldera R., Pellegrini G.), Bollettino della Società Medico Chirurgica Bresciana, 26, 1972, 1-19.
2. . Atteggiamenti e pregiudizi verso la malattia mentale: rassegna delle principali ricerche condotte negli ultimi ven'anni (con Chimini R., Pellegrini G.), Quaderni di Psichiatria e Psicologia clinica, 1, 1974, 5-26.
3. Costruzione e validazione fattoriale di una scala di atteggiamenti verso la malattia mentale, Poligrafica Bresciana, Brescia, 1974, pp.8.
4. Psichiatria come atteggiamento (con Tiberi E.), CUEM, Milano, 1974, pp.78
5. Contributo alla taratura della Piccola Figura Complessa (P.F.C.) di A Rey nei bambini di 6 anni (con Pischredda P.L.), Quaderni di psichiatria e Psicologia clinica, 1, 1974, 81-88.
6. Il test di orientamento destra-sinistra di Benton in alcune cerebropatie. (con Almici M.), Poligrafica Bresciana, Brescia, 1974., pp.12.
7. Analisi del processo di interazione, secondo il modello di Bales in quattro gruppi di pazienti psichiatrici ospedalizzati (con Dalla Rosa V.), Istituti Psichiatrici Provinciali, Brescia, 1974, pp.6.
8. Natura e significato del dogmatismo: rassegna dei più recenti indirizzi di ricerca (con Miglio G., Pellegrini G.), Quaderni di Psichiatria e psicologia clinica, 1, 1974, 37-53.
9. Studio sulla comparazione tra P.M.38 di Raven e scala d'ansia di Cattell (con Filippini V., Caldera R.), Quaderni di Psichiatria
10. Psicologia clinica, 1, 1974, 69-74.
11. Esperimento di una istituzione extraospedaliera protetta di tipo polivalente per dimesse dall'Ospedale psichiatrico (con Dalla Rosa V., Filippini V., Pellegrini G.), Riv. Sper. di Freniatria, 98, 1974, 1-12.
12. Psicologia e riforma sanitaria Atti del Convegno di Viareggio 28-29 settembre 1978, Pacini Fazzi Editore, Pisa, 1978, 106-106.
13. Intervento al Convegno "Professione psicologo" a cura di Fumai P., Roma Edizioni SIPs-CLUEB Bologna, 1980, 175-177.
14. Il vissuto di trasferimento di reparto all'interno dell'Ospedale psichiatrico in un gruppo di pazienti mentali lungodegenti, in Ricerca di laboratorio e intervento nella società. Orientamento e prospettive della psicologia in Italia, a cura di Cesa Bianchi M., Ed. Unicopli Milano, 1982, 463-469.
15. La trasparenza di ruolo nella professione di psicologo: un'indagine condotta fra i soci SIPs (con Bellotto G., Forcella), preatti XIX Congresso degli Psicologi Italiani, "La società trasparente", Ed. SIPsCLUEB, Bologna, 1981, 845.
16. Le psicoterapie nei servizi socio-sanitari pubblici, Rassegna di studi psichiatrici, 72, 1983, 1-6.
17. Costruzione e validazione di un questionario per lo studio dei bisogni delle persone ricoverate in ospedale, Rassegna di studi psichiatrici, 72, 1983, 1-8.
18. Riflessioni epistemologiche sui metodi terapeutici: un'analisi comparata, Synthesis, rassegna quadrimestrale di psicologia e psicoterapia, 2/3, 1983/84, 21-29.
19. Percezione del proprio ruolo lavorativo nelle strutture socio-sanitarie (con Bellotto M.), in Psicologi e sanità a cura di Albanese Tamborra A., Ed. SIPs-CLUEB, Bologna, 1983, 19-41.
20. I bandi di concorso per psicologi (con Pica R.), in Psicologi e sanità a cura di Albanese Tamborra A., Ed. SIPsCLUEB, Bologna, 1983, 45-57.
21. La ricerca in psicoterapia, abstract pro manoscritto da Convegno "Psicoterapie a confronto", USSL 41, Brescia, 1984.
22. . Il Bambino e la scienza: una prospettiva psicologica. Didattica di base, 20, 1984, pp.4.
23. Il futuro della salute mentale tra psicologia e psichiatria, estratti XX Congresso Psicologia Italiana, "Verso un futuro per l'uomo", Bergamo, 1984, 249-250.
24. Analisi del processo didattico maestro-allievo nella formazione psicoterapeutica, Syntesis, 4, 1985,

33-40.

25. La professione di psicologo nella C.E.E.; il riconoscimento reciproco dei diplomi e delle qualifiche nell'ambito comunitario (con Cordini G.), *Psicologia italiana notizie*, 1, 1985, 21-29.
26. Nuove modalità di utilizzazione del Leyton Obsessional Inventory (LOI) nella valutazione dei disturbi ossessivi, *Terapia del comportamento*, 7, 1985, 113-119.
27. Le unità operative di Psicologia in Unità operativa di psicologia: esperienze a confronto; a cura di Cavadi G., Mazzini P.; presentazione di M. Cesa Bianchi. Quaderni Sips, Sezione Regionale Lombarda, 1, 1985, 23-27.
28. Una guida bibliografica sui libri di psicoterapia in lingua italiana, Quaderni SIPs della Sezione regionale lombarda, 2, 1985, pp.43.
29. Il dipartimento psichiatrico: vino vecchio in botti nuove, in *Incontri di psichiatria*, Assessorato Coordinamento Regione Lombardia, 14/5/1986, Tavola rotonda: Il dipartimento di salute mentale, Milano, 1986, 80-81.
30. Un programma per P.C. sull'uso del Leyton Obsessional Inventory in psicoterapia (con Manenti E.), IV Congresso AIAMC Terapia e modificazione del comportamento negli anni 80, Abstracts, Milano, 1986, 44.
31. Valutazioni metodologiche sull'uso dell'Interaction Process Analysis di Bales per il controllo delle modificazioni comportamentali in psicopatologia, IV Congresso AIAMC, terapia e modificazione del comportamento negli anni 80, Abstract, Milano, 1986, 45.
32. Alcune considerazioni sulla riabilitazione psicologica, in *La riabilitazione degli psicotici*, Abstracts, Treviso, 1986, 16.
33. La riuscita dell'inserimento lavorativo di ex degenti psichiatrici cronici: una sfida al pregiudizio verso la così detta malattia mentale (con Corsini V.), in *La riabilitazione degli psicotici*; Abstracts, Treviso, 1986, 59-60.
34. Alcune valutazioni sull'uso del Personal Questionnaire Rapid Scaling Technique (P.Q.R.S.T.) in psicoterapia, pre atti VI Congresso Nazionale di Biofeedback e medicina comportamentale, Veruno, 1986, p.1.
35. La relazione terapeutica come atto retorico, in *La relazione in psicoterapia*, a cura di Benetti R.G., Mastroianni A., Brescia, 1986, 51-57.
36. La funzione psicologica nella prevenzione, terapia e riabilitazione, in *Psicologia e U.L.S.S.*, Atti del Convegno di Belluno, Tip. EVA, Ospitale di Cadore, 1986, 147-23.
37. La psicoterapia nell'Ente pubblico, in atti del Convegno "La legge 180: dopo 8 anni di entrata in vigore: problemi e prospettive", Como, 1986, 43-51.
38. Dieci anni dopo (1973-1983). L'atteggiamento di alcuni psichiatri verso la malattia mentale prima e dopo la legge 180., in *Atti XX Congresso psicologi Italiani*, Bergamo 1984, a cura di Albanese A., Ed. SIPs-CLUEB, Bologna, 1986, 299-302.
39. L'analisi funzionale dell'assessment nella terapia del comportamento, in *Atti del Convegno "La cultura della ricerca: la persona e la tecnica nell'azione psicoterapeutica"*, Padova, 1986, Cleup Edit., Padova, 1987, 38-47.
40. Psicologo: professione del terziario avanzato; in *Professione psicologo* a cura di G. Mazzoleni G., Arti Grafiche Cremasche, Crema, 1987, 22.
41. "Meccanismi psicologici e processi patologici della funzione mnestica" in *La psicologia per un nuovo processo penale*, a cura di De Cataldo Neuburger L.; Cedam, Padova, 1987, 106-114.
42. Etica professionale; in *Professione psicologo: albo, stato giuridico, ruolo*, a cura del Coordinamento Psicologi Lombardia Sud, Fantigrafica, Cremona, 1989, 9-10.
43. La prospettiva temporale in psicopatologia e psicoterapia in *Psicoterapia come? Tra metodi e tecniche*, a cura di Maschietto G., Ed. Unicopli, Milano, 1989, 135-146.
44. La riabilitazione comportamentale nelle persone anziane, in *Synthesis*, 17/18, 1989, 23-32.
45. Effetti di elevati tassi di manganese nell'organismo: uno studio psicologico (con Schiavi A.), in *Bollettino di psicologia Applicata*, 46, 195, 1990, 27-34.
47. Introduzione ai lavori, con Menegati E., in *L'educatore professionale nei servizi socio-sanitari*, a cura dell'USSL 41, Brescia, 1990, 7-8.
48. L'evoluzione dei valori professionali, nel decennio 1979-1989, in un gruppo di preadolescenti a Brescia, in *Orientamento, valutazione e selezione*, a cura di CGIL Scuola, Brescia, 1990, 73-81.
49. Il gioco e lo sviluppo dell'intelligenza in *Giochi senza giocattoli*, a cura di Bocchi M. Orlandi R., Direzione Didattica, Castrezzato, BS, 50. 1991, 65-66.
51. Il comportamento depressivo: analisi di alcuni modelli cognitivo- comportamentali, in *Depressione? a cura di Regazzo L.D.*, Piovani Editore, Abano Terme, 1992, 87-101.
52. Analisi comportamentale della coscienza: un approccio possibile? in pre atti Cinquanta anni di comportamentismo in Italia, a cura dell'AIAMC, Siena, 1992, 27-28.
53. Alle origini dell'anoressia nervosa: il disturbo del comportamento alimentare come avversione gustativa appresa, in pre atti Cinquanta anni di Comportamentismo in Italia, a cura dell'AIAMC, Siena, 1992, 98-99.
54. Predittori cognitivo-comportamentali in un soggetto sofferente di crisi epilettica parziale (con Visco L.), in pre atti 50 Cinquanta anni di comportamentismo in Italia, a cura dell'AIAMC, Siena, 1992, 138-139.
55. Il deterioramento intellettuale o deterioramento mentale nelle scale Wechsler, in *Prontuario di psicodiagnostica*, ed. Scarpellini C., Editoriale Bios, Cosenza, 1992, 112-121.
56. Il Test di Appercezione Tematica (T.A.T.) di Murray, in *Prontuario di psicodiagnostica*, ed. Scarpellini C., Editoriale Bios, Cosenza, 1992, 225-251.
57. Behaviour-analytic therapy: the contribute of V.Meyer and his school to the modification of complex disorders, *Psychopathologia*, 11, 1993, 187-191.
58. Istituzione e organizzazione di un Centro di psicologia Clinica e Psicoterapia, in *L'Unità operativa di Psicologia*, come strumento di organizzazione delle attività psicologiche nelle UU.LL.SS.SS; a cura AUPI, pro manuscript, Treviso, 1993, p.1.
59. Riflessioni epistemologiche sui metodi terapeutici: un'analisi comparata; in *La sofferenza psichica: quale terapia?* a cura di Dimattia G., Piovani Edit., Abano Terme, 1993, 269-278.
60. *PSICOLOGIA GENERALE*, presentazione di M. Cesa Bianchi, Mc Graw Hill Libri, Italia, Milano, 1994. pp. 244. Manuale di psicologia generale in 18 capitoli, con una lettura tratta da un classico della psicologia alla fine di ogni capitolo, un glossario e una guida bibliografica.
61. La clinica psicologica della depressione, in *Nuove prospettive in psicoterapia e modelli interattivo-*

- cognitivi, a cura di Pagliaro
G. Cesa Bianchi M. Angeli Ed., Milano, 1995, 213-230.
62. Psicologia della salute e problematiche della psicooncologia, in La psicooncologia nella realtà bresciana, Atti, Brescia, 1995, 6-7.
 63. La psicologia della sicurezza lavorativa. Che fine ha fatto? AUPI Notizie, 4-5, 1996, 1-8; n06, 104-112.
 64. Il consenso informato come processo di decisione in Il Consenso informato in oncologia, Atti a cura di D. Lucchini, G. Cavadi, Brescia, 1996, 21.
 65. I fenomeni di attenzione e la loro valutazione psicometrica, AUPI Notizie, 11-12, 1996, 56-83.
 66. Elementi introduttivi di psicologia della sicurezza lavorativa. Brescia, pro manuscripto, 1996.
 67. Dualità, pluralità, singolarità. Un'analisi psicologica della crisi della coppia. Logos, 2, 1997, 60-65.
 68. La misura del tempo di reazione e l'idoneità alla guida, AUPI Notizie, 5-6, 1997, 69-98.
 69. Psicologia della sicurezza lavorativa e D.L.gs. 626/94, 242/96, AUPI Notizie, 1997, 1-89.
 70. La sicurezza in ambiente domestico: un approccio psicologico; AUPI Notizie, 8-9, 1998, 95-104.
 71. Dalla medicina comportamentale alla psicologia della salute. Percorsi sanitari, 12, 1998, 4-7.
 72. Nausea e avversione condizionata verso il cibo: l'effetto Garcia. Atti Convegno sui disturbi alimentari, Brescia, 64-68.
 73. The Italian standardization of Brickenkamp's Test d2 (Concentration Endurance Test) (con S. Franceschini) VI European Congress of Psychology, Rome, 1999; Abstract and poster.
 74. Smoke and Health. A research in a sample of employers of the National Health Service (con C. Lembo) VI European Congress of Psychology, Rome, 1999; Abstract.
 75. Analysis of the therapist-client relationship in cognitive-behavioural therapy using the Bales' model. A clinical-experimental research. VI European Congress of Psychology, Rome, 1999; Abstract.
 76. Il Mini Mental State Examination (MMSE) di Folstein, Folstein e Hugh, AUPI Notizie, 4, 1999, 53-66.
 77. Psicologia della sicurezza nella scuola; AUPI Notizie, 3, 1999, 103-114.
 78. Validazione psicometrica dei subtest della scala ASQ di Cattell (con Loda F. Miori A), AUPI Notizie, 7, 1999, 114-122.
 79. Il cambiamento di atteggiamento verso i D.P.I. in un gruppo di capi intermedi di una acciaieria, DPI 2000, Ambiente e Lavoro, Modena, 2000.
 80. La persona malata non è solo corpo, Civile, 2, 2000, 3.
 81. Le scale di valutazione (Rating scales) funzionale per le persone anziane e la verifica dell'invalidità civile. AUPI Notizie, 2, 2000, 64-81.
 82. L'effetto Garcia. In Atti del Convegno sulla Psicooncologia, Brescia, 2001.
 83. La tecnica del biofeedback e le sue applicazioni in psicologia clinica. Civile, 3, 2001, 14-17.
 84. La personalità dell'anziano tra processo e sviluppo. Il Pendolo, 0, 2001, 25-33.
 85. Studio di validazione del test di attenzione "d2" di Brickenkamp (con S. Franceschini e L. Pedrabissi). AUPI Notizie, 5, 2001, 45-53.
 86. Il contributo dello psicologo all'attività delle commissioni mediche provinciali per la validazione dell'idoneità alla guida. Convegno di Milano, pro manuscripto, 2001.
 87. Aspetti percettivi della segnaletica stradale in corso di lavori Seminario di Alessandria, pro manuscripto, 2002.
 88. Gabriele Buccola (1854-1885). LINK, 2003, 38-44.
 89. Psicologia e premio Nobel. AUPI Notizie, 2003.
 90. Il contributo di Victor Meyer e della sua scuola alla soluzione di casi complessi in psicoterapia. Il Pendolo, 2002.
 91. Quanti sono e cosa guadagnano gli psicologi francesi. AUPI Notizie, 2003.
 92. Profilo presuntivo del carellista. Documento riservato, Strabla engineering, Brescia, 2003.
 93. Franco Fornari (1921-1985) LINK, 2003, 38-40.
 94. Ricordo di Michael Argyle. LINK, 2003.
 95. Ergonomia e sicurezza, in Fattore umano e sicurezza sul lavoro (con S. Roncato, 2003, pp. 131-156. Edizioni Unicopli, Milano).
 96. Ivan Petrovic Pavlov (1849-1936). Link, 2004, 38-45.
 97. Pavlov e il pavlovismo nella cultura scientifica italiana. 2004. Psicoterapia cognitiva e comportamentale.
 98. Jules Auguste Soury (1842-1915) Link. 2004, 54-59.
 99. L'istruzione programmata. Una storia in-finita. AUPI Notizie, 1, 2005, 27-38.
 100. John Carlyle Raven (1902-1970). Link, 2005, 40-46.
 101. Herman Rorschach (1884-1922) Link, 2005, 34-42.
 102. In ricordo di Aldo Carotenuto. AUPI Notizie, 2005, 2, 56-57.
 103. Anziani e guida 2005, (in a cura di P. Sardi e L. Lisa, Lo psicologo del traffico in Italia e in Europa, Carocci, Roma) pp. 109-131.
 104. Un guida bibliografica ragionata italiana sul Rorschach (1936-2005) AUPI Notizie, 1, 2006, 31-64.
 105. Comunicare la sicurezza. Intervento ad Ambiente e Lavoro, Modena, pro manuscripto, 2006.
 106. Vittorio Benussi (1878-1927) LINK, 2006, 27-36.
 107. David Wechsler. Link, 2006.
 108. La sicurezza come valore e la sua negoziazione. Convention Ambiente-Lavoro, Bologna, pro manuscripto, 2007.
 109. Psicologia della sicurezza. Una introduzione. Edizioni Cortina, Milano, 2007 (Un volume di otto capitoli per un totale di 160 pagine, con glossario).
 110. The contribution of the psychologist to evaluation of complex cases sent by medical control of drivers. Xth European Congress of Psychology, Prague, 2007.
 111. An analysis of the comprehensibility of airline safety card pictorial. Xth European Congress of Psychology, Prague, 2007.
 112. A semiprojective test to assess reaction to frustration in licensed young adults. Xth European Congress of Psychology, Prague, 2007.
 113. Robert F. Bales (1916-2004) LINK, 2007, 21-33.
 114. Eysenck H. Jurgen (1916-1997), LINK, 2008, 24-39.
 115. Dal metodo IPA al metodo SYMLOG: il contributo di R.F. Bales allo studio della dinamica nei piccoli gruppi, 2008; in L'approccio integrato nella psicoterapia cognitiva di gruppo, a cura di C. Di Berardino, Angeli, Milano, pp. 303-332.
 116. Agostino Gemelli. LINK, 2009, 20-30

117. Cesare L. Musatti, LINK, 2009, 31-43.
118. Le istruzioni di sicurezza a bordo degli aerei. Uno studio psicosociale condotto mediante la tecnica dell'analisi del contenuto. LINK, 2009, 84-91.
119. Le emozioni nella prospettiva cognitivo-costruttivistica, 2009 Springer, Verlag, Milano, in *Sentire e pensare. Emozioni e apprendimento fra mente e cervello*, a cura di C. Cristini e A. Ghilardi). pp. 17-26.
120. Simon Herbert Alexander (1916-2001) LINK, 2009, 32-39.
121. La vita lavorativa e lo stress: recenti linee normative europee e ricerche applicative. (con E. Riva). Il Pendolo, Rivista Cognitivo-comportamentale, 13-30.
122. Murray H. A., LINK, 2010, 20-36.
123. La terapia cognitivo-comportamentale dell'ansia. 2010; in *Ansia, che fare? Prevenzione, farmacoterapia e psicoterapia*, a cura di L.D. Ragazzo, CLEUP, Padova, pp. 311-340.
124. Kurt Lewin, LINK, 2011.
125. Lev Vygostkij. LINK 2012.
126. Lo stress lavoro-correlato e la vita familiare (con E. Riva). AUPI Notizie, 2012, 28-39.
127. Le donne della psicologia. Storie di psicologhe europee (1850-1945). LINK, 2013, 9-37.
128. Unità di misura soggettive. LINK, 2013, 49-64.
129. Slot machines e apprendimento: una analisi psicologica. AUPI Notizie, 2014, 31-42.
130. Le donne della psicologia: Storie di psicologhe americane (1870-1948). LINK, 1, 2014, 10-42.
131. La valutazione della personalità nelle persone anziane (pro manuscripto, in corso di pubblicazione).
132. "Indagine psicologica su un gruppo di lavoratori nei cantieri edili in merito all'utilizzo di alcool e sostanze stupefacenti", (in corso di pubblicazione presso la Rivista degli Architetti).
133. La psicologia ambientale: il contributo della ricerca psicologica al muoversi nell'ambiente urbano" (pro manuscripto, in corso di pubblicazione).
134. Slot machines e apprendimento: un'analisi psicologica. AUPI Notizie, 2014, 1, 31-32.
135. Problemi psicologici della disoccupazione e suoi effetti sul comportamento. AUPI Notizie, 2014, 4, 23-34.
136. Come la pensano i soci di Brescia Host? Indagine Lions. Vitalions, 2014, 2, 38-39.
137. La rappresentazione delle gru su autocarro in un gruppo di tecnici ed ingegneri. RIS, Rivista Italiana del sollevamento. 2015, 40-61.
138. Chi erano i nazisti: interpretazioni psicostoriche del nazionalsocialismo. AUPI Notizie, 1, 2015, 14-31.
139. Studio psicosociale sugli utilizzatori delle gru per autocarro. Ricerca RIS, in corso di pubblicazione.
140. Social representation of lifts: a survey. ELEVATORI. The European Elevator Magazine, 2016, 96-107.
141. Gru a ponte e l'errore umano. Percezione dell'errore umano e sottovalutazione del rischio in un gruppo di operatori addetti alle gru a ponte. RIS, Rivista italiana del sollevamento, 2017, 58-64.
142. Dalla fatica fisica alla fatica mentale: evoluzione di un processo psicofisiologico in uno psicosociologico. AUPI Notizie, 3, 2017, 26-47.
143. (con XIU FENG HUANG) Breve storia della psicologia cinese: dalle origini filosofiche ai contributi della psicologia scientifica fino agli anni '70 del Novecento. LINK, 1/2017, 34-53.
144. L'orario di lavoro: aspetti psicofisiologici e psicosociologici nell'evoluzione della rivoluzione industriale 4.0. AUPI Notizie, 3, 2018, 33-48.
145. Il complesso di Ajase. LINK, 1/2018, 123-124.
146. Una storia: Mary Cover Jones. Una antesignana della Behavior Therapy. LINK 1/2019, 22-26.
147. Una storia: Mamie Phipps Clark. Una oppositrice della segregazione razziale. LINK 1/2019, 27-20.
148. Il lavoro: dal malessere, al benessere al benessere e alla gioia. LINK 1/2019, 105-108.
149. (con Beretti A. e Riva E.) L'uso dei Social in un campione di studenti universitari: emozioni e stili di attaccamento. LINK 1/2019, 75-79.
150. Il nuovo taylorismo: l'industria 4.0. Quali prospettive per la psicologia del lavoro? AUPI Notizie, 1, 2020, 49-60.
151. Circa settanta recensioni di libri nelle riviste AUPI Notizie, Link, Il Pendolo.

In memory of Giovanni Cavadi, a psychotherapist, a collaborator, a friend (1943-2020)

Giovanni Cavadi was born in Gorizia on 6 February 1943 and lived in Brescia most of his life. He got a degree in Psychological Pedagogy in 1970 at Padova University, and a Master degree in Social Psychology in 1973. From 1983 to 1987, in London, he worked at the Behavioural Psychotherapy Unit of Middlesex Hospital, under the supervision of Dr Victor Meyer and Dr Michael Bruch. Back to Italy, he attended a course on social services organization at the Bocconi High School in Milan and then a course on Management in the Healthcare National Service.

He occupied many managerial positions in the Healthcare National System, became a leading figure among his colleagues and one of the founders of the Italian Psychologists' Union.

In 1997 he organized the Centre for Cognitive-Behavioural Psychotherapy at Brescia Hospital and worked there. He was always eager to pass his experience and enthusiasm on to young psychologists, and did so also as a university teacher at Brescia and other Italian Universities. He became very interested in Work and Safety psychology, carried on research achieving excellent results which earned him a position as teacher at the Medicine and Surgery Faculty in Brescia and Milano Bicocca.

He was a devoted husband and father, a lively and helpful colleague, a humble and competent person we will always remember.

KEYWORDS: Work psychology, research, memory

link — memoria



Enzo Spaltro o l'organizzazione come sentimento. Spunti e riflessioni su uno dei padri della Psicologia del Lavoro italiana

Enzo Spaltro or organization as feeling. A few notes and reflections on one of the Fathers of Italian Work Psychology

Il nome di Enzo Spaltro è ben noto a tre generazioni di Psicologi del Lavoro nel panorama italiano e diversi tra i suoi testi hanno attratto alla pratica di questa affascinante disciplina giovani che si avvicinavano allo studio del comportamento umano nelle organizzazioni di lavoro – non sempre, forse, con la consapevolezza del contributo e del ruolo che egli ha avuto nello sviluppo della ricerca sperimentale e della pratica organizzativa

*A. BALLOTTIN, ** A. CRESCENTINI, ***A. D'AMATO

PAROLE CHIAVE: Psicologia del lavoro, benessere, organizzazioni

Molte sono le cose da dire su Enzo Spaltro e cercheremo, anche se in modo poco organico e sicuramente incompleto, di dare uno sguardo alla ricca eredità che ci è stata consegnata fornendo qualche possibilità di lettura dell'impegno di un individuo prometeico che si è mosso in una pluralità di direzioni.

Grazie al suo genio poliedrico ed alla sua padronanza delle lingue straniere – almeno sette, per quello che si sa – ha insegnato in diverse nazioni nel mondo e, ci piace pensare, ha letto in lingua originale i contributi di studiosi e ricercatori che lavoravano in diversi contesti distribuiti per il mondo. In questo è stato compiutamente figlio della sua epoca e della tradizione di studiosi mittel-europei nella quale si è immerso per la sua formazione. Questo lo ha naturalmente portato ad uno scambio proficuo e continuo con colleghi in tutto il mondo che sempre ne hanno mantenuto e riportato il ricordo come di una persona con una grande energia, versatilità ed acume intellettuale.

La formazione e il primo periodo

Di formazione Medico e successivamente specializzato in medicina del lavoro, Enzo Spaltro ha studiato a Milano negli anni '50. Abbandona la pratica medica rapidamente dopo pochi – ma secondo lui lunghi! – anni di lavoro come medico di famiglia a Bormio, intraprende lo studio della Psicologia sotto la guida di Padre Agostino Gemelli in Università Cattolica e si specializza in Psicologia del Lavoro. Nel 1968 viene istituito, presso la Facoltà di Economia e Commercio dell'Università Cattolica, il primo insegnamento di Psicologia del Lavoro in Italia ed è tenuto da Spaltro. Pochi anni dopo, nell'anno accademico 1974/75, diventa professore ordinario di Psicologia del Lavoro presso la Facoltà di Scienze Politiche dell'Università di Bologna.

L'interesse per il contesto lavorativo e per la Psicologia del lavoro era diventato quello che per il resto della sua vita sarà una missione ancora prima che una professione

e si coniugherà con l'obiettivo di portare il benessere e in seguito il benessere alla persona, all'organizzazione ed alla comunità. D'altra parte il suo background medico ha continuato ad essere vivo nella sua pratica accademica e professionale spingendolo alla ricerca continua di basi "scientifiche" ai suoi studi, basi che pensava di ritrovare soprattutto nelle analisi quantitative dei fenomeni.

La ricerca di un "valore" che possa rappresentare le emozioni, i sentimenti e più in generale i fenomeni psicologici e che renda possibile la loro comunicazione oltre l'esperienza individuale ha sempre agito da faro nell'ambito della sua attività di divulgazione, ad esempio nelle presentazioni televisive, così come nella attività professionale. Si possono modificare solo le cose che si possono misurare, è un adagio comune nell'ambito del management. Il nostro collega Ezio Scatolini, l'ultimo cronologicamente dei suoi allievi accademici, riporta una frase di Spaltro che ancora ci interroga: "L'organizzazione è un sentimento". Misurare i sentimenti è un'azione di grande complessità e rischio e ha bisogno di strumenti validi.

La sua ricerca di una base scientifica per i fenomeni psicologici lo ha portato peraltro anche a conversazioni – riferite come molto difficoltose dai suoi collaboratori – con discipline che sembrano condividere poco con il comportamento organizzativo, quali la fisica. Era infatti interessato anche alla fisica teorica e si era confrontato sul concetto di tempo nella ricerca di analogie con la psicologia. Anche questo ci racconta la sua ricerca continua di costruire gruppi di lavoro basati sulla diversità per andare *oltre* e nei quali tutti contavano sul piano professionale e personale.

Il lavoro di Enzo Spaltro partiva da suggestioni originali di Lewin relative alla vicinanza tra teoria di campo e complessità del funzionamento dei gruppi umani. Il suo obiettivo dichiarato e condiviso era di lavorare "con le persone per le organizzazioni" piuttosto che sulle persone.

I gruppi

Il funzionamento e la costituzione dei gruppi sono stati alla base di molti interventi e della spinta a portare in Italia degli spazi di riflessione sulle *dinamiche gruppal*i. Da qui forse la voglia di andare in Canada e negli USA per sperimentare nuove piste di studio e successivamente l'organizzazione dei T-Group in Italia. Il suo interesse rispetto ai gruppi e al loro funzionamento era comunque precedente e sicuramente pervasivo del suo modo di essere. Molti sono infatti i gruppi che ha costituito e le organizzazioni delle quali ha contribuito alla creazione sia con colleghi sia con persone provenienti da formazioni professionali e disciplinari differenti. E probabilmente il suo apice è stata l'Università delle Persone volta a laureare le persone in sé stesse. La difficoltà a restare nel gruppo, anche come luogo di studio, una volta costituito e portato alla sua maturità lo ha condotto a cambiare frequentemente. Questo per rispondere al bisogno costante di ricerca di innovazione e di novità. Il gruppo in sé si sostanzia nel suo percorso come una necessità, un bisogno dell'essere umano e del ricercatore: Enzo Spaltro aveva bisogno del gruppo. Ma il gruppo è da lui considerato anche come uno strumento da utilizzare per stimolare, promuovere e sostenere il cambiamento organizzativo e individuale. La dimensione ambivalente rimane sempre presente e solo nella analisi delle dinamiche si può trovare la modalità per portare gli apprendimenti nella vita quotidiana di ognuno. Nel contesto del gruppo infatti la persona può trovare e cercare attenzione e affetto ma allo stesso modo si possono attivare le paure della dipendenza e della mancanza di autonomia.

La dimensione della costruzione e gestione dei gruppi è stata trasversale alle esperienze di lavoro e alle dimensioni di collaborazione con i colleghi. Molti gruppi sono stati strutturati da Enzo Spaltro; qualcuno anche destrutturato. Massimo Bellotto ricorda che «Gli piaceva generare; è stato coraggioso e anticonformista» lavorando sia nell'ambito della professione sia nell'ambito della politica professionale. Ha infatti lottato per la costituzione dell'Ordine degli Psicologi dopo essere stato due volte presidente della Società Italiana di Psicologia (SIPs), associazione che univa gli psicologi prima della nascita dell'Ordine.

I cinque punti del benessere

A partire dal primo periodo e poi nel corso di tutta la sua prolifica vita lavorativa

e nella sua frequentazione di organizzazioni produttive e di servizi, Enzo Spaltro ha trattato la tematica del Benessere. Questo costrutto ha sempre trovato spazio nella Psicologia del Lavoro, chiamata sino agli anni '50 "industriale", e in tempi relativamente recenti è stato sistematizzato anche dalla Psicologia Positiva che ha permesso di portare il termine anche nelle aziende.

I cinque punti del benessere proposti da Spaltro sono *l'espressione*, la *relazione*, *l'energia*, il *potere* e il *futuro*. Ricorre il magico numero cinque che non a caso ha permeato tutta la letteratura psicologica, con il riconoscimento della estensione della memoria e la necessità di categorizzare gli elementi in gruppi sostenibili per il ricordo e per la pratica.

L'espressione ingloba tutta l'area della comunicazione – intesa come concetto ampio che racchiude la possibilità e la competenza espressiva, ma anche l'ascolto e la possibilità di esercitare influenza tramite il contributo che si dà. La *relazione* per Spaltro è meglio espressa come pluralità, ovvero l'incontro tra "diversi" – perché in fondo come riportano i testi di psicologia generale ognuno di noi è unico e imprevedibile – ma anche il senso di appartenenza. Al benessere della persona e dell'organizzazione concorre anche il *potere*. Enzo Spaltro non voleva usare il termine *leadership*, non lo convinceva per come era usato ed abusato da tutti, e lui non voleva essere banale. Il suo potere però potrebbe essere riferito come leadership emotiva e cognitiva, che ben si coniuga in qualche modo con i modelli dell'Ohio State e della University of Michigan, ma che va oltre nel promuovere quello che oggi chiameremmo *olocrazia*. L'*Energia* per il Professore (come veniva chiamato dalla TV nella trasmissione Test in onda durante gli anni '80) è il fattore senza il quale noi non potremmo fare nulla ed è il derivato delle emozioni perché senza le emozioni noi non potremmo fare nulla. E *last but not least*, come direbbero i nostri colleghi d'oltremarica, il futuro ovvero la promozione dei sogni: non tanto i sogni alla Disney, come desideri di felicità, ma come capacità di visualizzare il *futuro* perché con la visualizzazione del futuro inizia il nostro stare bene e visualizzarlo significa definirlo nei dettagli – e questo è il primo passo per raggiungerlo! Come dice Rosanna Gallo « (...) li chiamiamo cambiamenti felici, perché sono quelli che determiniamo o dove concorriamo in prima persona al cambiamento».

Il benessere e la ricerca del benessere sono alla base del filone della *meteorologia*, i cui elementi fondanti rispecchiano fedelmente i cinque punti del benessere, inclusa la speranza di cambiamento. Enzo Spaltro viene anche ricordato per essere tra i primi a portare in Italia lo studio e la pratica della misurazione e intervento del Clima Organizzativo. In questo settore di studi ricordiamo lo strumento del "Check-up Organizzativo" che svela la vita organizzativa lavorando sui suoi elementi fondanti ma soprattutto immaginando, o meglio *visualizzando*, dove vogliamo andare per creare l'ambiente di lavoro in cui crescere e prosperare.

Quello che Enzo Spaltro diffonde con i suoi studi sul Clima Organizzativo ed i testi che li riportano non è solo una metodologia pratica di affrontare lo studio e lo sviluppo individuale ed organizzativo, è anche il suo stupore genuino intorno a quello che può avvenire nella persona e nell'organizzazione, il desiderio di accostarsi con rispetto della persona, ma con la possibilità di indagare le motivazioni profonde che portano la persona a voler contribuire al successo dell'organizzazione sia essa un'istituzione, un'azienda o un gruppo professionale e nella quale tutti possano concretizzare il loro *sogno*.

"Gioia e rivoluzione"

I sentimenti e le emozioni sono sempre stati il motore della sua attività di ricerca e riflessione. Partito dal desiderio di contribuire a costruire delle organizzazioni nelle quali si potesse sviluppare e promuovere benessere, Enzo Spaltro collabora con le principali organizzazioni industriali italiane e sviluppa il concetto di Bellessere. Mantiene al centro il tema, ricordato da Rosanna Gallo, dell'appartenenza e della solitudine: «se non sei solo te la puoi comunque cavare». Questo concerne sia la prevenzione e la sicurezza, sia i possibili insulti della vita.

La missione perseguita in tutte le attività è stata quella di riportare la centralità dell'uomo nel contesto lavorativo, richiamando l'attenzione a quanto sia rilevante proteggere la salute e la sicurezza di coloro che prestano la loro opera nelle organizzazioni, con il coinvolgimento di tutti i membri nel definire i potenziali fattori

di rischio e le modalità più idonee di lavorare per costruire delle organizzazioni sane per tutti. Nei suoi ultimi studi, l'accento viene posto sulla necessità che il lavoro in sé contribuisca a creare gioia e a generare felicità. Si vedono chiaramente i richiami alla più moderna letteratura internazionale legata alla psicologia positiva e allo sviluppo delle relazioni nel lavoro.

Per concludere...

Nel nostro tentativo di riscoprire nel contesto italiano uno dei padri della disciplina, probabilmente fino ad oggi il più importante e influente, abbiamo avuto l'onore ma soprattutto il piacere di chiacchierare con colleghe e colleghi che ad Enzo Spaltro sono stati molto vicini: Massimo Bellotto, Lucia Giossi, Rosanna Gallo, Ezio Scatolini. Quello che colpisce parlando con loro – e con altri, una lista troppo lunga per menzionarli tutti – è quanto Egli abbia influenzato lo sviluppo professionale e talvolta anche individuale di ognuno di loro. Era proprio Enzo Spaltro che affermava di non avere alcuna influenza! O forse voleva dire che non ne aveva abbastanza, infatti nulla è mai abbastanza per un animo inquieto che ha così tanto da dare alla comunità che una vita sembra non bastare e occorre sbrigarsi e non fermarsi. Bisogna gettare i semi e lasciare che altri provvedano al raccolto, mentre si passa al campo successivo, e poi a quello seguente...

«La bellezza salverà il mondo, diceva Dostoevskij nel suo *Idiota*. In realtà quello che salverà il mondo sarà la nostra capacità di proiettare e di proiettarci verso il futuro, rendendo concreta questa frase» diceva Enzo Spaltro chiudendo il suo decalogo degli undici comandamenti. Bellezza, speranza, promessa di realizzare il futuro e il benessere come possibilità e capacità di esprimersi nella situazione in cui si vive. Capacità come apprendimento e possibilità come pensiero di sviluppo.

«Il passato esiste anche senza di noi», diceva Enzo Spaltro. Il suo lascito possiamo sceglierlo o possiamo dimenticarlo. Nel caso lo dimenticassimo, come Psicologi del Lavoro italiani siamo comunque figli della cultura che Egli ha avviato per caso o per scelta; se lo scegliamo, possiamo inventare anche noi il futuro della nostra professione continuando sulla strada tracciata dal Maestro e con la certezza che quando tradiamo il suo ricordo intraprendendo cammini diversi, in realtà stiamo seguendo il suo esempio di genio poliedrico che ha aperto tante strade per tutti coloro che le vogliono intraprendere.

Dal 2020 la pandemia ha introdotto cambiamenti a livello globale e sta producendo una accelerazione costante nei processi di trasformazione in atto da tempo nella società. Le organizzazioni del lavoro sono state e saranno chiamate ad adattarsi a revisioni e al contempo a mantenere alta l'attenzione rivolta alla tutela della salute dei collaboratori sia per gli effetti diretti sia per quelli indiretti. Con questi presupposti si riapre una fase di opportunità per avvicinare la psicologia a tutti i contesti produttivi. Chissà cosa avrebbe pensato a questo proposito Enzo Spaltro!

A noi piace concludere con due spunti tra loro collegati e riassumibili in termini di aforismi. Il primo: «la speranza è una dimensione futura ed è più piacevole del ricordo» e il secondo: «il futuro non si prevede: il futuro si progetta», nella certezza che il meglio deve ancora venire.

*Antonia Ballottin, Psicologo del Lavoro e Organizzazioni, SAI. Spisal Aulss 9 Scaligera Verona, Vicepresidente SIPL0

**Alberto Crescentini PhD, Psicologo del Lavoro, Docente ricercatore, Scuola universitaria professionale della Svizzera italiana

***Alessia D'Amato PhD, Psicologo del Lavoro e Organizzazioni Dirigente Psicologo S.C. Risorse Umane - ASST dei Sette Laghi

BIBLIOGRAFIA

Spaltro, E. (1959). Le vedute critiche di A. Gemelli intorno al problema delle relazioni umane. Rivista Internazionale di Scienze Sociali, 30(5), 421-444.

Spaltro, E. (1959). Le scale di valutazione soggettiva. Milano: Vita e pensiero.

Spaltro, E. (1962). Il gruppo e la psicoterapia di gruppo. Milano: Vita e pensiero.

Spaltro, E. (1962). I concetti di desiderabilità personale e sociale applicati alla psicologia della propaganda. Psicologia del lavoro, 4.

Padovani, F., Spaltro, E. & Trentini, G. C. (1963). Analisi sperimentali di alcune modificazioni della

personalità umana indotte dall'alcool. Roma: Minerva medica.

Spaltro, E. (1965). La psicologia per una teoria generale della sicurezza del lavoro. *Securitas*, Vol. 50 n° 7/8, pp. 95-171.

Spaltro, E. (1966). Agostino Gemelli e la psicologia del lavoro in Italia. Milano: Vita e Pensiero.

Spaltro, E. (1967). Il differenziale semantico come metodo di misura degli atteggiamenti. Milano: Vita e Pensiero.

Spaltro, E. (1967). Psicologia del lavoro. Milano: Etas Libri.

Spaltro, E., Ronza, R. & De Carli, P. (1967). Le associazioni studentesche cosa sono?. Milano: Editoriale Jaca Book.

Spaltro, E. (1969). Gruppi e cambiamento. Milano: Etas Kompass.

Morando, S. & Spaltro, E. (1969). Giochi psicologici. Milano: Celuc Libri, IRIPS.

Righi, U. & Spaltro, E. (1972). Giochi psicologici. Milano: Celuc Libri, IRIPS.

Spaltro, E. (1970). Ricerche sul concetto di rischio. Milano: Vita e Pensiero.

Spaltro, E. (1972). Lotta per e lotta contro: analisi di un problema metablettico: l'inimicizia. *Psicologia e lavoro*, 20.

Spaltro, E. (1972). La psicologia del lavoro in L. Ancona (Ed.) *Nuove questioni di psicologia* Brescia: La scuola.

Spaltro, E. (1972). Fenomenologia e dinamica della socializzazione in L. Ancona (Ed.) *Nuove questioni di psicologia*, Brescia: La scuola.

Spaltro, E. (1974). Psicologia economica. Milano: Etas libri.

Spaltro, E. (1974). Storia e metodo della psicologia del lavoro. Milano: Etas libri.

Sangiorgi, G. & Spaltro, E. (1975). L'intervento psicosociale. Milano: Etas libri.

Pollina, G. & Spaltro, E. (1975). Psicologia organizzativa dinamica. Milano: Etas libri.

Bennis, W. G. & Spaltro, E. (1975). Il cambiamento organizzativo. Torino: Isedi.

Foulkes, S. H., & Spaltro, E. (1975). Analisi terapeutica di gruppo. Torino: Boringhieri.

Spaltro, E. (1977). Il check-up organizzativo: diagnosi dei comportamenti e dei climi organizzativi. Torino: Isedi.

Contessa, G. & Spaltro, E. (1977). Dizionario di psicologia del lavoro. Milano: Ghisoni.

Spaltro, E. (1977). Lotta contro e lotta per. Milano: Celuc.

Del Corno, F. & Spaltro, E. (1977). Personalità e sintalità. Milano: Etas libri.

Spaltro, E. (1980). Lomità. Bologna: Clueb.

Spaltro, E. (1981). Industrial and Organizational Psychology in Italy: The situation in 1978. De Wolff, C., Shimmin, S & Montmollin, Y. (Eds.) *Conflicts and Contradictions. Work Psychologists in Europe*. Academic Press. London, pp. 69-72.

Spaltro, E. (1981). Soggettività: introduzione alla psicologia del lavoro (Vol. 1). Bologna: Pàtron.

Spaltro, E. (1982). Soggettività. Psicologia del lavoro. Bologna: Pàtron.

Boria, G., & Spaltro, E. (1983). Tele: Manuale di psicodramma classico. Milano: Franco Angeli.

Spaltro, E. (1984). Sentimento del potere: analisi dei rapporti umani. Torino: Boringhieri.

Spaltro, E. (1985). Pluralità: manuale di psicologia di gruppo 7. Bologna: Pàtron.

Spaltro, E. (1985). Modelli di intervento. *Psicologia e Lavoro*, 35.

Spaltro, E. (1986). L'unicorno. Bologna: Pàtron.

Spaltro, E. (1986). Giochi psicologici. Milano: CELUC LIBRI, IRIPS.

Spaltro, E. & Trentini, G. C. (1987). Tecniche di gruppi piccoli: la misura dei processi. Milano: Franco Angeli.

Bruscaglioni, M., & Spaltro, E. (Eds.). (1987). La psicologia organizzativa. Milano: Franco Angeli.

Trentini, G., Amerio, P., Carli, R., Fornari, F., Scabini, E., Spaltro, E., & Vanni, F. (1987). Il cerchio magico. Milano: Franco Angeli.

Bernabei, G. C. & Spaltro, E. (1987). Gli atteggiamenti del personale alla Cooperativa Nord Emilia. *Psicologia e Lavoro*, 65.

Ambrosini, M., Spaltro, E., Spanò, T. & Wienand, U. (1988). Progetto utilità. Milano: Franco Angeli.

Spaltro, E. (1990). Complessità. Introduzione alla psicologia delle organizzazioni complesse. Bologna: Pàtron.

Spaltro, E., & Piscicelli, P. D. V. (1992). Psicologia per le organizzazioni: teoria e pratica del comportamento organizzativo. Roma: Nuova Italia Scientifica.

Spaltro, E. (1992). La mentalità di servizio e la pubblica amministrazione. *Psicologia e Lavoro*.

Bernabei, G. & Spaltro, E. (1992). Il lavoro. Sintesi e schemi del corso di psicologia del lavoro. Bologna: Pàtron.

Spaltro, E. (1993). Proposta di corso di psicologia del lavoro: per un'economia ed una politica del soggetto. *Psicologia e lavoro*, 85.

Spaltro, E. (1993). La dinamica della psicologia in Italia. *Psicologia italiana*, 1.

Spaltro, E. (1993). Pluralità. Psicologia dei piccoli gruppi. Bologna: Pàtron.

Spaltro, E. (1995). Qualità: psicologia del benessere e della qualità della vita. Pàtron: Bologna.

Spaltro, E. (1997). La Buona scuola. Napoli: la Penna d'Oca.

Spaltro, E. (1997). Teorema. Poesie sul movimento apparente. Rimini: Ramberti, Arti Grafiche.

Del Mare, G., Mannheimer, R., Riva, L. & Spaltro, E. (1998). Il benessere del lavoro. Milano: Sperling & Kupfer.

Spaltro, E. (1999). Il gruppo. Sintesi e schemi di psichica plurale. Bologna: Pendragon.

Spaltro, E. (2000). Il gruppo come tecnologia formativa avanzata. Milano: Franco Angeli.

Spaltro, E. (2001). Osservazione sui climi lavorativi. *Risorsa Uomo*, 3-4: 1000-1008..

Spaltro, E. (2002). L'idea di gruppo e la partecipazione al lavoro. Milano: Franco Angeli.

Spaltro, E. (2002). Formazioni ed emozioni. Milano: Franco Angeli.

Spaltro, E. (2002). Emozioni e apprendimento. Milano: Franco Angeli.

Spaltro, E. (2002). Benessere buon lavoro. Risultati della ricerca effettuata da Intermedia Formazione nell'ambito del PIR Regione Toscana. Milano: Franco Angeli.

De Vito Piscicelli, P. & Spaltro, E. (2002). Psicologia per le organizzazioni: teoria e pratica del comportamento organizzativo. Roma: Carocci.

Spaltro, E. (2003). La forza di fare le cose: fondamenti di psicologia del lavoro (Vol. 5). Bologna: Edizioni Pendragon.

Spaltro, E. (2003). Soggettività. Psicologia del lavoro. Bologna: Pàtron.

Spaltro, E. (2004). Il significato della rivoluzione. Milano: Guerini e Associati.

Spaltro, E. (2004). Psicologia delle organizzazioni. Teoria e tecniche di gestione e sviluppo delle risorse umane. Milano: Franco Angeli.

Spaltro, E. (2004). Il clima lavorativo. Manuale di meteorologia organizzativa. Milano: Franco Angeli.

Spaltro, E. (2005). Conduttori. Manuale per l'uso dei piccoli gruppi. Milano: Franco Angeli.

Spaltro, E. (2005). Sulle possibili evoluzioni della formazione-sviluppo rispetto alla seconda ondata di creazione di ricchezza-benessere. Milano: Franco Angeli.

Spaltro, E. (2007). Il decalogo del benessere. Milano: Franco Angeli.

Spaltro, E. (2007). Orizzonte futuro. Milano: Franco Angeli.

Spaltro, E. (2008). Negoziare il destino. Milano: Franco Angeli.

Spaltro, E. (2008). Avvicinarsi al futuro. Milano: Franco Angeli.

Spaltro, E. (2008). Non c'è futuro senza perdono. Milano: Franco Angeli.

Spaltro, E. (2008). Scarsità ed abbondanza. Milano: Franco Angeli.

Spaltro, E. (2009). La bella educazione. Milano: Franco Angeli.

Spaltro, E. (2009). Pensar plurale ovvero pensar futuro. Milano: Franco Angeli.

Spaltro, E. (2009). L'abbondanza. Milano: Franco Angeli.

Spaltro, E. (2009). Il futuro della bellezza e la bellezza del futuro. Milano: Franco Angeli.

Spaltro, E. (2010). Conduttori. Manuale per l'uso dei piccoli gruppi. Milano: Franco Angeli.

Gorini, O., Lancioni, M., & Spaltro, E. (2010). D.I.S. Dai lavoratori del divertimento al divertimento dei lavoratori. Modena: Edizioni Artestampa.

Spaltro, E. (2010). La persona protagonista del futuro. FOR: Rivista AIF per la Formazione, 5(1-5). .

Spaltro, E. (2010). Il contagio positivo. FOR: Rivista AIF per la Formazione, 6 (1-6)..

Spaltro, E. (2010). Il futuro del denaro. FOR: Rivista AIF per la Formazione, Apr/Giu (1-5)..

Spaltro, E. (2010). Il futuro dell'innovazione. FOR: Rivista AIF per la Formazione, 23 (32-39)..

Spaltro, E. (2011). Il futuro della poesia. FOR: Rivista AIF per la Formazione, 86 (1). .

Spaltro, E. (2011). Il futuro dell'economia. FOR: Rivista AIF per la Formazione, 88(53-56). .

Spaltro, E. (2011). Il futuro dei giovani. FOR: Rivista AIF per la Formazione, 87(49-51).

Spaltro, E. (2011). Il futuro del valore e dei valori. FOR: Rivista AIF per la Formazione, 89(37-42).

Spaltro, E. (2012). Tracking, l'inseguimento di un bersaglio mobile. FOR: Rivista AIF per la Formazione, 90(50-56).

Spaltro, E. (2013). Le buone intenzioni. FOR: Rivista AIF per la Formazione, 94-95(15-20).

Spaltro, E. (2013). Il benvivente. FOR: Rivista AIF per la Formazione, 94-95(81-83).

Spaltro, E. (2013). Per un manifesto di una scuola bella. FOR: Rivista AIF per la Formazione, 94-95(7-10).

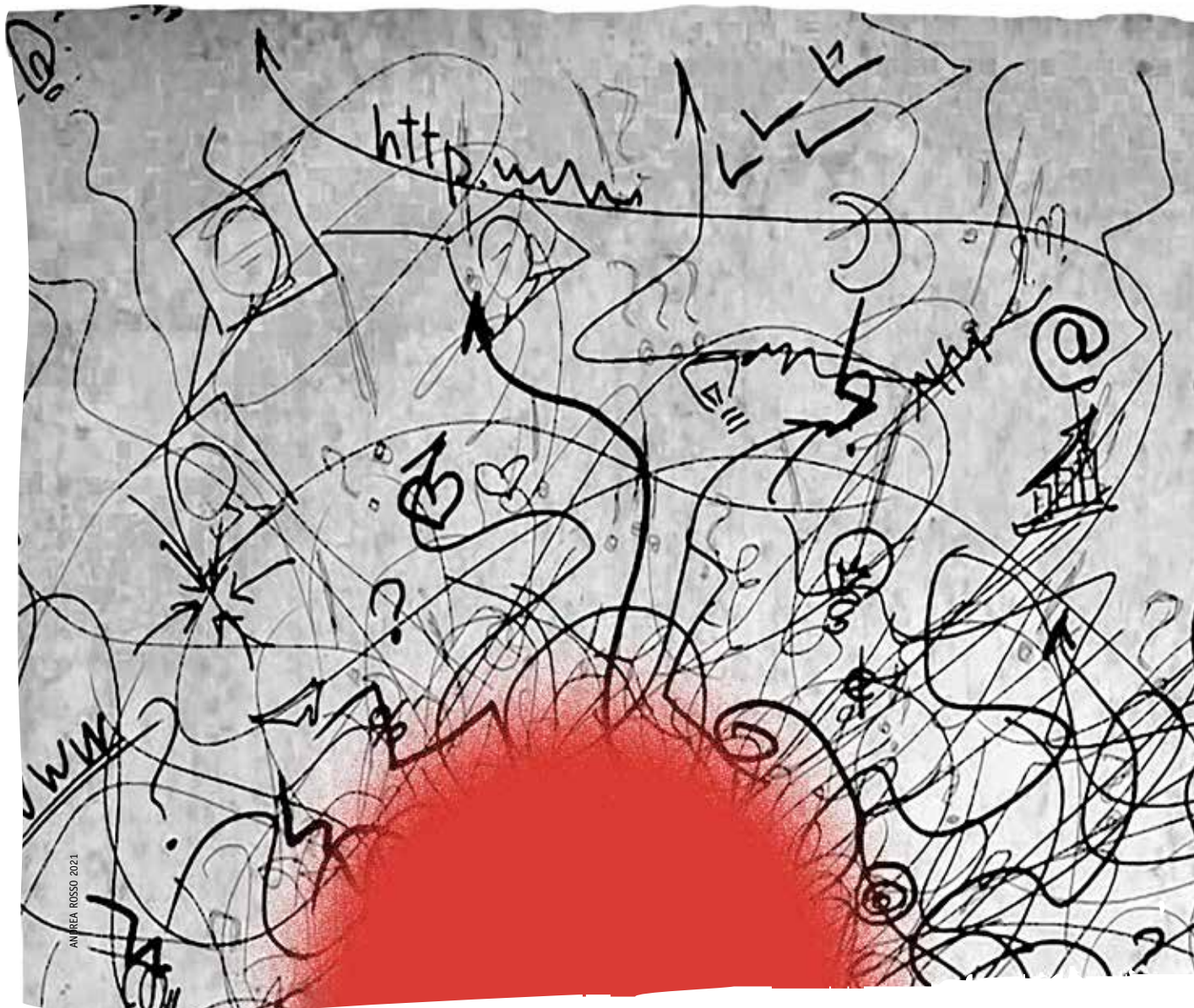
Spaltro, E. (2013). Dieci principi formativi: per una scuola operante in una società abbondante ed immateriale. FOR: Rivista AIF per la Formazione, 94-95(91).

Enzo Spaltro or organization as feeling A few notes and reflections on one of the Fathers of Italian Work Psychology

Enzo Spaltro is well-known to three generations of Work Psychologists in Italy. Many young psychologists have been attracted to this discipline and to the study of human behaviour in work organizations by his books, sometimes not even realizing the importance of his role and his contributions to the development of experimental research and organizational practice.

KEY WORDS: Work psychology, well-being, organizations

link ■ strumenti



Gestione dello stress nei pazienti covid e nei loro familiari in ambiente ospedaliero e territoriale. Validazione di un Protocollo Operativo: (GE.ST. COVID)

Stress management with covid patients and their families - hospital and territorial health care. Validation of an Operational Protocol: GE.ST.COVID

La malattia respiratoria da Covid-19 tende a manifestarsi al suo esordio con sintomi aspecifici: faringodinia iniziale, non sempre presente, febbre alta (significativa se $T \geq 37,5^{\circ}$), tosse insistente solitamente secca, ipo/anosmia, alterazioni del gusto, rachialgie e mialgie, tachicardia inspiegabile. Tale sintomatologia può protrarsi anche per 10-15 giorni. La maggiore minaccia deriva dalle complicanze respiratorie gravi, polmonite bilaterale e insufficienza respiratoria, in genere tardive, ma che dobbiamo considerare nell'approccio ordinario ai pazienti con la sindrome sopra descritta (Gruppo di lavoro Università di Verona).

GIUSEPPINA MARIA LETIZIA DROGO ¹, CLAUDIO DETOGNI ², RAFFAELE ELIA ³, SALVATORE GUASTELLA⁴

PAROLE CHIAVE: Respirazione, paura, ansia, valutazione, Protocollo

Paura, Ansia Stress e Difficoltà Respiratorie

Il grande Maharishi Mahesh Yogi insegna nella Meditazione Trascendentale quanto siano importanti le relazioni tra mente, benessere e respirazione. Il Prof. Nakamura (1981) ricorda che ci sono circa 2000 capillari nel sottocutaneo per millimetro quadrato e che in condizioni di riposo solo 5 portano sangue circolante. Aggiunge che una persona nel momento che applica corretti esercizi di respirazione li attiva tutti e 2.000. Funzione apparentemente strategica nel paziente a rischio di trombosi nel microcircolo particolarmente nelle persone anziane considerando che le funzioni respiratorie di un uomo di sessanta anni sono inferiori a quelle di un bambino

di 9 anni. Inoltre Nakamura nei suoi studi evidenzia come una buona quantità di endorfine si libera in circolo se si respira profondamente. Non ultimo, è dimostrato che una persona in salute respira circa 18 volte al minuto per una quantità di 7.500 centimetri cubi di aria. Durante gli esercizi per una corretta respirazione profonda la stessa persona porta i cicli respiratori a 6 per minuto (tre volte in meno), ma inala una quantità di aria di 12.000 centimetri cubi (quasi il doppio).

Già Schultz (1999) nel Training Autogeno aveva evidenziato l'importanza della respirazione e dell'allenamento. La caratteristica fondamentale di questo metodo è, appunto, la possibilità di ottenere, attraverso esercizi che potremmo considerare "mentali", delle reali modifiche corporee, che a loro volta sono in grado di influenzare la sfera psichica dell'individuo.

Ciò è possibile poiché l'organismo umano è un'unità biopsichica, nel senso che **mente e corpo non sono componenti autonome e indipendenti, ma sono strettamente correlate, in un rapporto di influenza reciproca e costante**; è pertanto possibile attraverso semplici attività mentali produrre modificazioni delle funzioni organiche e viceversa. Lo stesso movimento diaframmatico e le sue escursioni risentono in maniera importante dallo stato emozionale.

Inoltre, gli esercizi di concentrazione di Schultz sono particolarmente studiati e concatenati, allo scopo di portare, progressivamente, al realizzarsi di modificazioni organiche vere e proprie, che sono esattamente opposte a quelle prodotte dallo stress.

A sua volta questa generale **distensione corporea produce distensione psichica**, in quanto non si può intervenire su una parte della totalità mente-corpo senza modificare tutto il resto.

Le difficoltà respiratorie del paziente COVID sono solo legate al virus?

L'Università di Boulder in Colorado (USA) ha dimostrato che in situazioni di paura e stress che perdurino nel tempo le cellule del corpo tendono a sclerotizzarsi, come per proteggere sé stesse e le loro funzioni più delicate. E se volessimo usare le parole della tradizione sciamanica messicana, Carlos Castaneda (1957) nei suoi testi fa dire la stessa cosa agli sciamani «si crede che in ognuno di noi esiste un'energia costante che non aumenta né diminuisce in presenza di attacchi esterni, si tratta di utilizzarla al proprio servizio».

La paura quindi agisce ed ha effetti fino alla più piccola cellula. La paura crea una ritenzione, una contrazione di tutto il corpo.

Il paziente COVID, già in difficoltà respiratoria o semplicemente in preda all'attacco febbrile, nel momento in cui viene a conoscenza di essere contagiato dal virus o semplicemente percepisce la possibilità di essere vittima dell'infezione, sperimenta automaticamente uno stato di ANSIA che sul piano cognitivo si traduce in una serie di richieste che l'operatore stesso a volte fatica a decodificare. Lo stesso accade ai suoi famigliari sia a domicilio che in attesa all'esterno delle strutture ospedaliere.

La SIMG (Società Italiana di Medicina Generale e Delle Cure Primarie) suggerisce che «Il follow up dei pazienti con sintomi compatibili con infezione da COVID-19 e pazienti con infezione confermata da COVID-19 preveda (...) *la valutazione delle condizioni socio-assistenziali e psicologiche.*»

Anche lo stress lavorativo è un tema importante che, nell'emergenza Covid, è diventato drammatico per gli operatori sanitari in prima linea – ha evidenziato il Presidente nazionale dell'Ordine Psicologi David Lazzari. «Queste indicazioni vogliono promuovere interventi psicologici tempestivi e coordinati a favore di questi professionisti, con una metodologia riconosciuta e affidabile».

Il Prof. Tingbo Liang nel Manuale di prevenzione e trattamento COVID-19 della Zhejiang University School of Medicine cinese cita a pagg. 41 e 42:

«I pazienti con COVID-19 confermato hanno spesso sintomi come **rimpianto e risentimento, solitudine e impotenza**, depressione, ansia e fobia, irritazione e privazione del sonno. Alcuni pazienti possono avere attacchi di panico. Le valutazioni psicologiche nei reparti di isolamento hanno dimostrato che, circa **il**

48% dei pazienti con COVID-19 confermato manifestava stress psicologico durante l'ammissione anticipata, la maggior parte dei quali proveniva dalla loro risposta emotiva allo stress. La percentuale di **delirio** è alta tra i pazienti critici. Esiste persino una segnalazione di encefalite indotta dal SARS-CoV-2 che porta a sintomi psicologici quali incoscienza e irritabilità».

Il Prof. Tingbo Liang consiglia «Per i pazienti lievi, si suggerisce un intervento psicologico. L'autoregolazione psicologica comprende l'**allenamento del rilassamento respiratorio** e l'allenamento della consapevolezza».

Nel caso in cui la situazione psicologica sia in qualche modo e ad un certo livello compromessa, sicuramente in fase acuta una delle conseguenze immediate del malessere psichico acuto che colpisce il paziente (COVID e non COVID) è l'**iperventilazione superficiale** che contribuisce al peggioramento del suo stato di sofferenza cellulare attraverso meccanismi conosciuti da decenni (effetto Vigor-Bohr, 1904).

La **sindrome da iperventilazione** è un disturbo a *patogenesi* psicologica e fisiologica, caratterizzato da una respirazione troppo rapida e poco profonda, e *tachipnea* (respirazione troppo frequente, più di 20 inspirazioni al minuto). Kathryn McCance afferma che l'iperventilazione con alcalosi può causare anche sincope (svenimento completo) ipossica o lipotimia (svenimento incompleto senza perdita di coscienza ma solo debolezza estrema), ipertensione transitoria o ipotensione ortostatica.

Una **corretta respirazione consapevole** non solo riequilibra il rapporto O₂/CO₂ con immediato beneficio cellulare, ma ha un *effetto positivo sul controllo dell'ansia con diminuzione dello stress* (A. Lowen, 1993). M. Jones et al. (2013), in una pubblicazione Cochcrane, affermano che può essere utile, per risolvere l'accesso acuto, rallentare volontariamente la respirazione, con *rassicurazioni da parte del personale medico*.

Mentre l'**ansia** ha come effetto tra l'altro l'**errata respirazione** (con le conseguenze negative già viste) a sua volta il riequilibrio consapevole e volontario della respirazione porta ad un beneficio sullo stato ansioso innescando un ciclo virtuoso e positivo sulle condizioni generali del paziente.

In definitiva, la combinazione sinergica e strutturata di comportamenti manifestati da pazienti, operatori e parenti in associazione ad un'azione mirata a riequilibrare la respirazione nel paziente COVID potrebbe portare ad miglioramento sostanziale del quadro clinico e quindi condizionare la decisione nel **trattamento domiciliare vs ospedaliero**.

Inoltre la presa in carico dei familiari del paziente sia dal punto di vista del sostegno psicologico che sulla respirazione, attenuando l'ansia, portano ad un beneficio nel contesto generale in cui sia il paziente che i suoi familiari (potenziali pazienti futuri) si trovano a dover convivere nella loro situazione di quarantena e isolamento.

Ciò premesso dalla seconda metà del 2020 l'ASP di Ragusa ha avviato la progettazione, la validazione e l'implementazione del presente Protocollo sulla Respirazione.

Il protocollo deve intendersi come un vero e proprio atto volto alla prevenzione, alla terapia e alla riabilitazione nelle patologie tipo il COVID-19.

STRUMENTI E PROCEDURE

Di seguito le tappe principali che hanno portato alla validazione e all'implementazione del Protocollo.

Progettazione e validazione del Protocollo

1. Identificazione di un Team Specialistico Multidisciplinare (TSM).

Il team è istato individuato e proposto di concerto con la Direzione Sanitaria aziendale. In prima istanza include pneumologi, infettivologi, personale USCA, medicina interna e psicologi, nonché esperti di emergenza e gestione pazienti critici. Il coinvolgimento di queste *"resource persons"* si è formalizzato in un

incontro preliminare teso ad accertare la disponibilità, l'interesse e la motivazione nei confronti dello studio valutativo. I gruppi per disciplina sono coinvolti includendo rappresentanti di tutta la struttura gerarchica (Direttori, collaboratori, medici e infermieri).

2. Un incontro tecnico di due giorni si è tenuto con il TSM per esaminare la bozza del Protocollo e definire i termini dello studio. Si sono fornite istruzioni sia teoriche che pratiche ai partecipanti su come applicare il Protocollo, con esercizi di simulazione in cui sono state applicate le tecniche oggetto di studio. Nel secondo giorno si è predisposta una scheda condivisa per la valutazione "built-in" utile per la procedura di validazione del Protocollo. Secondo le istruzioni la scheda è compilata dopo ogni caso COVID in cui il Protocollo è applicato. (La scheda di valutazione è riportata in appendice allegato 1).
3. Un Gruppo Ristretto (GR) ha predisposto una bozza del protocollo sulla base degli esiti dell'incontro di 2 giorni precedentemente descritto e di uno studio bibliografico.
4. La bozza del protocollo è stata sottoposta ad un *testing* che prevedeva attività di simulazione e l'uso delle schede di valutazione
5. Un secondo incontro del TSM si è tenuto per l'analisi finale delle informazioni raccolte.
6. Su suggerimento del TSM si è predisposto un video tutorial da poter fare visionare ai pazienti e ai loro familiari
7. Approvazione finale e presa in carico formale da parte dell'Azienda.

Formazione operatori sull'uso del protocollo

1. Formazione di un gruppo di Psicoterapeuti

Subito dopo la validazione del protocollo, è stato formato un gruppo di 23 Psicoterapeuti dell'Emergenza all'utilizzo del Protocollo per via telefonica e video.

2. La metodologia è stata verificata attraverso Gruppi Focali e Gruppi Nominali (Nominal Group Technique) con gli stessi Psicoterapeuti per la valutazione dei risultati (con successiva analisi SWOT).

I gruppi focali sono stati registrati e i risultati sono stati elaborati tramite una SWOT Analysis. La Swot Analysis è uno strumento di pianificazione strategica usato per valutare i punti di forza (Strengths), le debolezze (Weaknesses), le opportunità (Opportunities) e le minacce (Threats) di un progetto o in ogni altra situazione in cui un'organizzazione o un individuo debba prendere una decisione per il raggiungimento di un obiettivo. L'analisi riguarda l'ambiente interno (analizzando punti di forza e di debolezza) o esterno di un'organizzazione (analizzando minacce ed opportunità).

La *Nominal Group Technique* (N.G.T.) è una tecnica diretta e strutturata, basata sul giudizio di esperti, finalizzata alla presa di decisioni su problemi non controllabili attraverso altri protocolli decisionali, per produrre stime e previsioni, per esplicitare in modo condiviso preferenze e/o priorità.

La tecnica NGT ha molti tratti in comune con la tecnica Delphi: entrambe cercano di ridurre gli effetti indesiderati delle interazioni durante processi di decisione o di ricerca e mirano a valorizzare al massimo il ruolo e il sapere degli esperti coinvolti. Una volta definiti gli aspetti di rilevazione questi sono stati votati e elencati in ordine di priorità e così riportati nella SWOT Analysis (si veda Appendice 2)

3. Formazione dei target aziendali individuati sull'uso del protocollo (formazione dei formatori a cascata da parte dei membri del TSM)

Sono stati formati 50 operatori tra Medici, Infermieri e OSS dei reparti di Pronto Soccorso e Malattie Infettive al fine di utilizzare il Protocollo a supporto delle

attività ordinarie di accoglienza dei pazienti che si presentano in PS con sospetto di COVID positivo.

4. Applicazione routinaria e inserimento del dato nella cartella clinica elettronica

Presso l'ASP di Ragusa è in fase sperimentale l'uso della cartella clinica elettronica. In tale cartella è stata inserita la voce relativa all'utilizzo da parte dell'operatore del protocollo sulla respirazione, ciò anche al fine di continuare a valutare la differenza nel quadro evolutivo tra pazienti formati all'uso della respirazione e pazienti non formati.

Primi risultati e discussione

Sono state analizzate 30 griglie di osservazione.

Dalle griglie di osservazione compilate, dall'analisi dei Focus Group e dei gruppi nominali (condotte con 23 operatori) si è rilevato che il protocollo è ritenuto utile, efficace e valido. Può essere applicato con successo in realtà in cui le condizioni siano ottimali.

Dall'analisi qualitativa dei dati si è rilevato che nell'80% dei casi i tre parametri clinici considerati miglioravano:

- Il numero di respiri al minuto diminuiva
- L'ossigenazione misurata attraverso il saturimetro migliorava
- Il battito cardiaco si normalizzava

Inoltre la percezione dell'operatore dello stato di benessere del paziente e la stessa valutazione del paziente sul suo stato di agitazione erano più positivi.

Nel 30% delle griglie esaminate l'indice Modified Early Warning Score (MEWS) diminuisce.

La **Scala Mews** è uno strumento validato che, attraverso una serie di parametri, è in grado di identificare il grado di instabilità clinica del paziente.

Lo scopo dell'utilizzo di questo strumento è quello di riuscire a prevedere l'instabilità del paziente, cercando di prevenire un peggioramento, o una condizione irreversibile, segnalando all'operatore la necessità di implementare e intensificare le cure.

Il punteggio di questa scala viene anche utilizzato come fattore predittivo della durata della degenza e del rischio di mortalità del paziente.

Gli studi mostrano che un punteggio uguale o superiore a 5 identifica un paziente critico ed instabile, le cui condizioni possono velocemente evolvere verso un ricovero in terapia intensiva o addirittura la morte.

Per tutti gli altri pazienti con valori nella norma, il MEWS è comunque uno strumento importante per evidenziare tempestivamente un peggioramento delle condizioni cliniche.

Per i dettagli dell'analisi quali - quantitativa si veda in appendice [Allegato 2].

Dall'analisi delle criticità e dei punti di forza, nel bacino d'utenza dell'ASP di Ragusa il Protocollo è efficace e applicabile nelle specifiche situazioni ponendo attenzione ad alcune peculiarità:

Rispetto all'applicazione con i pazienti positivi:

1. È utile come prevenzione secondaria e in fase di riabilitazione sia in ambiente ospedaliero che domiciliare
2. È particolarmente efficace nei casi di bassa gravità sia sull'effetto ansiolitico sia sul miglioramento dei parametri vitali, come la saturazione dell'O₂, se applicato a pazienti di tutte le età (testata dai 6 ai 70 anni). Nei pazienti gravi l'applicazione risulta molto più difficile.
3. Nei casi *borderline* in cui il paziente viene inviato al Pronto Soccorso per ulteriore valutazione, nonostante la componente ansiogena sia gestibile dal Referente, si ritiene necessario che il Collega del PS sia informato se il paziente è stato addestrato alla respirazione (**paziente GEST**) perché ne tenga conto nella decisione sulla necessità o meno di ricovero (continuando comunque l'applicazione del Protocollo). È importante che la procedura per il riferimento contempli anche una dicitura del tipo "trattasi di paziente GEST".
4. Il personale del PS va informato e formato sull'applicazione del Protocollo. Si

ritiene inoltre necessario formare il personale del PS sulla tipologia e stato psicologico del paziente COVID che ha caratteristiche e comportamenti diversi da quelli tipici dei pazienti in urgenza e che incidono sulla gravità del quadro clinico rilevato al momento dell'accesso.

5. Si ottengono ottimi risultati laddove il Protocollo è applicato nelle situazioni di "svezzamento", cioè quando il paziente grave, ricoverato, ha superato il periodo di crisi ed entra in ansia al momento in cui viene interrotta l'erogazione dell'O2. In questo momento, prima dell'interruzione, risulta fondamentale fornire supporto psicologico e respiratorio consapevole e controllato.
6. È consigliato caldamente l'utilizzo del protocollo anche per via telefonica, nonostante presenti limitazioni e debba essere adattato alla situazione. Gli operatori, in questo caso, potrebbero essere persone anche non sanitarie che sostengono i pazienti telefonicamente. Naturalmente si rende necessaria specifica formazione.
7. È suggerito l'ausilio di video da presentare ai pazienti e a i loro familiari
8. È utile ed efficace in sede di test-rapido. Nel momento in cui viene comunicato l'esito del test, i pazienti positivi normalmente sperimentano una forte sensazione di ansia che spesso si trasforma in panico. L'applicazione del Protocollo preventivamente in questi casi può evitare il panico per il suo effetto ansiolitico. In tutti i casi, ma soprattutto in questi, si raccomanda fortemente di:
 - a. Far precedere gli esercizi respiratori da una adeguata comunicazione empatica da parte dell'operatore ed applicare la seconda parte del Protocollo solo quando il Paziente è in grado di accettarlo.
 - b. Presentare gli esercizi respiratori come mezzo *diagnostico* e non *Terapeutico*. Il Paziente sarà molto più disponibile ad applicare il metodo se pensa che serva per chiarire meglio il suo quadro e livello di gravità piuttosto che una forma atipica di cura.

Problemi aperti

Tra le criticità rilevate quelle che sono state riportate più frequentemente sono le seguenti:

- Il sovraccarico lavorativo degli operatori
- I cambiamenti di tipo logistico che aumentano i livelli di stress dell'operatore
- La sovrapposizione di competenze degli operatori
- Le difficoltà di movimento legati all'uso dei presidi (Tute, Maschera.....)
- La motivazione del personale non sempre disponibile ad inserire nuove modalità di intervento nella propria routine operative
- La difficoltà nell'intervento telefonico legata al non vedere il paziente e quindi non potere valutare tutti gli aspetti legati alla comunicazione non verbale

Conclusioni

Da quanto emerso attraverso il lavoro e i feedback degli operatori che hanno utilizzato il metodo, l'applicazione del protocollo appare essere incoraggiante sia per quanto riguarda la prevenzione di complicazioni secondarie legate all'ansia e alla paura che per la gestione del paziente dal ricovero ospedaliero alla riabilitazione.

Ulteriori studi sono in corso per verificare l'efficacia sia sui pazienti Covid positivi che su quelli non Covid che sui loro familiari, in termini di gestione domiciliare dell'infezione (isolamento, ridefinizione degli spazi domestici, livelli di stress etc). L'utilizzo del Protocollo dà risultati positivi anche quando applicato per via telefonica. Anche in termini di riduzione dei ricoveri impropri e delle ricadute successive in termini di cronicizzazione degli aspetti secondari dell'infezione sono in corso di valutazione le diverse correlazioni.

IL PROTOCOLLO GE.ST COVID GESTIONE TEORICA

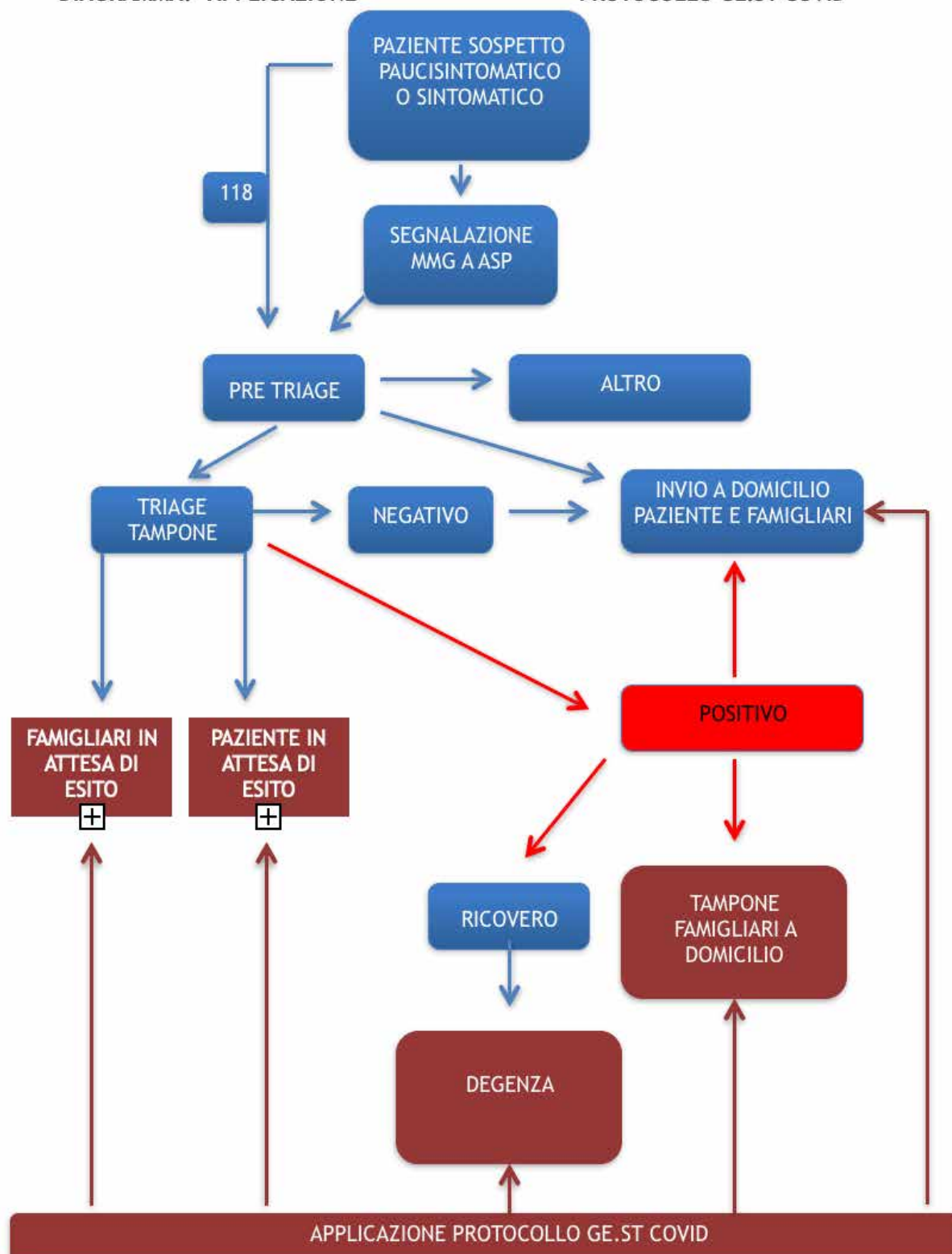
Cos'è	protocollo pratico di intervento su malessere psicologico e difficoltà respiratoria
Scopo	preventivo, terapeutico ed eventualmente riabilitativo di tipo assistenziale
Ad uso	operatori sanitari, USCA, operatori dell'emergenza, medici di medicina generale, assistenti sociali, psicologi
Beneficiari diretti	pazienti, i loro famigliari soprattutto in situazioni COVID
Beneficiari indiretti	gli operatori sanitari e il Sistema Sanitario
Aree	domiciliare, territorio, ospedale
Quando	sempre a domicilio (preventivo), durante degenza (ospedaliera), durante quarantena a domicilio, in dimissione ospedaliera (svezzamento da ossigeno)
Come	sia in presenza che per via telefonica

Il Protocollo GE.ST COVID non è indipendente da altre procedure previste, infatti si articola con i protocolli esistenti sia ospedalieri (pre-triage, triage, ricovero, dimissione) che territoriali (trattamento domiciliare) già in uso né è sostitutivo delle attività sia preventive che terapeutiche in essere.

Come rappresentato nel diagramma di flusso riportato di seguito ed in linea con le Indicazioni Regionali, il paziente sospetto COVID, sia paucisintomatico che sintomatico, va sottoposto a PRE-TRIAGE a seguito segnalazione sia del MMG o per trasporto diretto in emergenza. Se riconosciuto sospetto il paziente passa alla fase di TRIAGE dove viene eseguito il tampone mentre i famigliari solitamente attendono in sale d'attesa.

Applicazione del protocollo GE.ST COVID (in condizioni ottimali)

1. Durante l'attesa dell'esito del tampone la tensione è alta con forte stress che colpisce il paziente e i suoi famigliari. Se la situazione lo permette, questo può essere un primo momento per applicare il protocollo GE.ST COVID sia al paziente che ai suoi famigliari riuniti separatamente da personale appositamente formato.
2. Se il tampone avesse esito **positivo**, il paziente potrebbe essere inviato a **domicilio** dove verrebbe monitorato dal Gruppo USCA e telefonicamente dal MMG e dal gruppo di Psicoterapeuti appositamente formati per il supporto telefonico. Questa rappresenta una seconda opportunità per applicare il protocollo GE.ST COVID sia al paziente che ai suoi familiari. Inoltre nel caso in cui si procedesse all'esame tampone dei famigliari a domicilio, il team che esegue i tamponi potrebbe rappresentare una terza opportunità per applicare il protocollo GE.ST COVID sia al paziente che ai suoi famigliari
3. Se il tampone avesse esito **positivo** e il paziente fosse **ricoverato**, saranno gli operatori a valutare se nella fase di degenza sarà possibile applicare il protocollo GE.ST COVID. Rimane comunque la necessità di supporto ai famigliari a domicilio dove potrà essere applicato il protocollo GE.ST COVID
4. Al momento della dimissione e ritorno del paziente guarito a domicilio sarà opportuno applicare il protocollo GE.ST COVID a scopo **riabilitativo** coinvolgendo anche i famigliari.



PROTOCOLLO GE.ST COVID – PARTE OPERATIVA

Il protocollo GE.ST COVID è complementare e non sostitutivo di altri presidi medici. Anche se le due componenti protocollo sono integrate ed interconnesse, la fase del supporto comunicativo/psicologico dovrebbe anticipare quella della formazione in respirazione.

Il protocollo GE.ST COVID si compone essenzialmente di due parti:

1. la gestione degli aspetti psicologici/comunicativi (supporto psicologico);
2. la gestione della Respirazione consapevole e volontaria (supporto respiratorio).

1. GESTIONE ASPETTI COMUNICATIVO/PSICOLOGICI

Ascolto verbale

Permettere la libera espressione verbale di tutto quello che si vuole in qualsiasi posizione, mantenendo il processo distanziamento e alla fine cercando di riformulare quanto comunicato dal paziente (con una delle modalità di Rogers),

Guardarsi

Mantenere sempre uno sguardo accogliente verso il paziente e i suoi familiari/caregiver: questo permette di sentire che esiste un riferimento certo in fase di smarrimento).

Invitare il paziente a portare gli occhi in contatto con i propri in una interazione attiva di 3 minuti.

Alcuni possono avere difficoltà a guardare negli occhi un'altra persona, in questo caso si può chiedere di chiudere gli occhi visualizzando un contatto mentale con una persona o con un ambiente che determina rilassamento.

Dopo avere ascoltato il paziente ed avere instaurato con lui una relazione di fiducia si passa all'applicazione degli esercizi di respirazione controllata.

È fondamentale anticipare la fase operativa con spiegazioni sul significato delle manovre che verranno mostrate, ciò al fine di motivare il paziente.

Tutto va calibrato sulla tipologia di paziente facendo particolare attenzione con le persone vulnerabili (anziani, gravidanza, portatori di disabilità, etc.).

2. GESTIONE DELLO STRESS ATTRAVERSO LA RESPIRAZIONE CONSAPEVOLE

Vengono individuati tre livelli di applicazione. La scelta del livello da parte dell'Operatore dipende dalla situazione, dal luogo e dal contesto, dall'abilità dell'operatore, dalle condizioni del target e dal suo livello di collaborazione, dal tempo a disposizione.

a. LIVELLO BASE

- Si esigerà sempre un'inspirazione nasale profonda svolta in maniera corretta con le narici dilatate in inspirazione espirando con la bocca senza forzare.
- Cercare di diminuire i cicli respiratori portandoli possibilmente a non più di 6 o 7 al minuto (10 sec ciclo completo). I tempi e la durata dei cicli varia da persona a persona in funzione delle sue condizioni generali. La respirazione non deve essere forzata ma piacevole e rilassata.
- Il ritmo può essere calcolato facendo camminare la persona ad un passo regolare (Larry Rosemberg "meditazione camminata") facendola contare: 7 passi inspirazione 2 passi apnea 7 passi espirazione 2 passi apnea etc.
- L'importante è che il respiro sia:
 - regolare e profondo
 - il più lento possibile
 - non forzato
 - percepito come rilassante

- in concentrazione: la persona deve concentrarsi sulla respirazione eludendo qualsiasi altro pensiero
- completo, cioè con la partecipazione della “respirazione addominale”

b. LIVELLO MEDIO

– *Conoscenza dei movimenti del torace: lo scopo è che la persona prenda conoscenza del movimento della gabbia toracica.*

ESERCIZIO: Inspirazione prolungata con controllo delle mani appoggiate con il palmo alla base del torace, estremità dei medi in contatto. L’atto inspiratorio porterà ad un allontanamento delle punte dei medi tra loro.



ESERCIZIO: gambe piegate, una mano appoggiata con il palmo sul petto: fare un inspirazione prolungata, chiudere gli occhi e «sentire» il petto ingrandirsi; soffiare e «sentire» il petto appiattirsi.

(Matteo Piano 2010-2011)

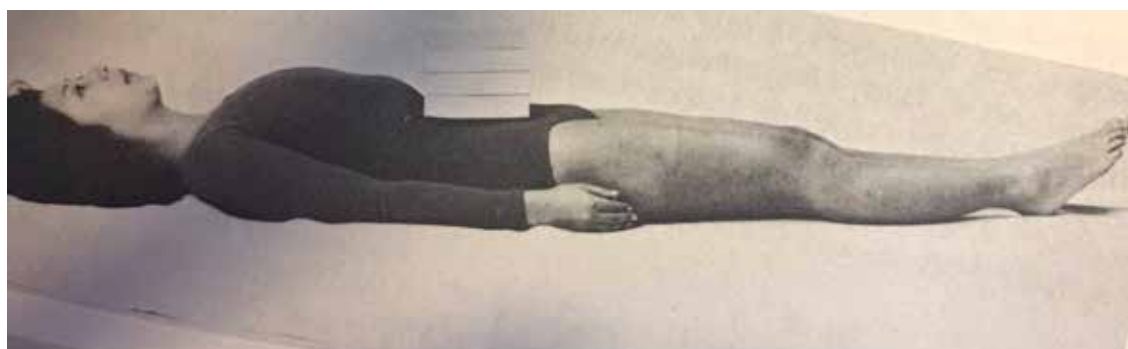
ESERCIZIO: fare un’espiazione dalla bocca e renderla completa pronunciando le sillabe alla fine dell’espiazione «tu-tu-tu-tu» incatenate, fino a che non c’è più aria nei polmoni per poterle pronunciare.

– conoscenza dei movimenti dell'addome (gioco diaframmatico): questa parte è normalmente più complessa da insegnare. È necessario che la persona impari ad utilizzare l'addome per aumentare il volume corrente, cioè la quantità di aria che viene scambiata ad ogni ciclo respiratorio.

ESERCIZIO: supino, gambe piegate, il palmo di una mano sul petto, l'altro sul ventre: glottide chiusa e senza lasciare penetrare l'aria, «appiattire» il petto «gonfiare» il ventre; 2 o 3 di seguito. (Takashi Nakamura)



ESERCIZIO: supino, gambe flesse, inspirazione «tirando dentro il ventre», con l'aiuto di un partner che esercita una pressione sull'addome. Espirazione lenta con il ventre «tirato dentro» oppure porre dei libri sull'addome. Per chi è in grado l'utilizzo di una sciarpa può essere estremamente utile. (Takashi Nakamura)



Studi soprattutto orientali da millenni propongono coreografie di movimenti in sincronia con gli atti respiratori applicando diversi ritmi e tipi di respirazione. Queste coreografie codificate in varie discipline richiedono una formazione più complessa, ma possono essere consigliate dagli operatori in fase riabilitativa oppure utilizzate dagli operatori stessi.

BIBLIOGRAFIA

- Alberti G., Ongaro L. (2008), "La ginnastica respiratoria: attività generalizzata e uguale per tutti o finalizzata e individualizzata" SdS; 76: 57-67,
AA.VV. Fisiologia dell'uomo Edi-Ermes Milano
AA.VV. (1969), Premier degré d'éducation physique et sportive, Amicale des anciens élèves de l'E.N.S.E.P.
AA.VV. (2001), «Effect of rosary prayer and yoga mantras on autonomic cardiovascular rhythms: a comparative study», in British Medical Journal, Volume 23
Atti del Seminario sulla Meditazione Trascendentale – ASP Ragusa 18 e 19 giugno 2019
Bergeron D., Le Baudour C. (2009), Chapter 9: Caring for Medical Emergencies, in First Responder, 8ª ed., New Jersey, Pearson Prentice Hall, 2009, p. 262, ISBN 978-0-13-614059-7.
Bonicelli E. Comari A. M. (1993): Vincere lo stress - Come imparare a riconoscere e prevenire i disturbi dell'umore sul lavoro: stress, ansia, attacchi di panico, depressione, Il Sole 24 Ore libri, Milano.
Buddhadasa (1993) La consapevolezza del respiro-Un manuale per principiante serio, Ubaldini Editore Roma.
Castaneda C. (1997), Tensegrità, Rizzoli Milano
Corbetta V., Annoni M., Gigante A., Dellerma N., Caimi A., Ongaro L., Alberti G. "Training of respiratory muscles in high-school students" Proceedings of XIX International Congress on Sports Rehabilitation and Traumatology "Functional Outcome – Optimizing Functional Outcome in Orthopaedic and Sports Traumatology" Bologna, Italy, April 10-11, 2010, p. 342-345
Ferrari E. (2002), Recitare il rosario fa bene al cuore, Repubblica Salute
Forem J. (1978) Meditazione trascendentale. Maharishi Mahesh Yogi e la scienza dell'intelligenza creativa, Astrolabio Editore – Roma
Jones M., Harvey A., Marston L., O'Connell NE. (2013), Breathing exercises for dysfunctional breathing/Hyperventilation Syndrome in adults., in Cochrane Database Syst Rev, vol. 5
Gruppo di lavoro territoriale covid-2019 Università di Verona (Pandemia da Covid-19 appunti rapidi di diagnosi e terapia empirica per medici di medicina generale)
Giacconi G.(2003), Manuale di respirazione consapevole terapeutica, ASPEERA Editori
Ha'nish O.: Dell'arte di respirare - Il ritmo della vita, la coscienza di sé, Demetra, Verona, 1996.
Le Boulch, J. (1991), Sport Educativo, Milano, Armando Editore
Le Boulch, J. (1997), L'educazione psicomotoria nelle Scuole elementari, Edizioni Scolastiche Unicopli – Milano.
Liang T. (2020), Manuale di prevenzione e trattamento COVID-19, Zhejiang University School of Medicine.
Lowen A. (1980), La depressione e il corpo, Astrolabio Editore – Roma.
Lowen A. (1993), Il respiro, il movimento, il sentire, in Cyber, n°44, Milano.
Lowen A. (1982), Il tradimento del corpo, Edizioni Mediterranee, Roma,
McCance K., Huether S., Fisiopatologia ed elementi di patologia generale, ed. Edra Masson.
Minett G. (1996), Respirare bene fa bene allo spirito - Rebirthing o respirazione cosciente, Meb, Padova.
Nakamura T. (1981), Oriental Breathing Therapy - Japan Publications
Ramacharaka Y, (1905) Science of Breath: a complete Manual of the Oriental Breathing Philosophy of physical, mental, psychic and spiritual development Yogi Publication Society.
Naranjo C. (1996): Carattere e nevrosi - L'enneagramma dei tipi psicologici, Astrolabio Editore, Roma.
Pagnanelli R. (2003), Attacchi di panico - Che cosa sono, come affrontarli, come curarli, Il Punto D'Incontro Edizioni, Vicenza.
Piano M. La respirazione alla base della salute Tesi di laurea A.A. 2010/2011
Ramacharaka Y. (1986): La respirazione e la salute - Come sviluppare il fisico e lo spirito mediante una corretta respirazione, Casa Editrice Roberto Napoleone, Roma.
Ray S.(1996): L'arte del respiro - L'armonia del corpo, della mente e dello spirito attraverso il ritmo naturale del rebirthing, Gruppo Editoriale Armenia, Milano.
Rosenberg L, (1992), Respiro per respiro - La pratica liberatoria della consapevolezza, Ubaldini Editore, Roma.
Schultz J. H. (1999): Il training autogeno: Esercizi inferiori – Feltrinelli Editore Milano.
Shapiro F., Forrest M. S. (1998), Una teoria innovativa per il superamento dell'ansia, dello stress e dei disturbi di origine traumatica, Astrolabio, Roma.
Shilder P. (1999), Immagine di Sé e schema corporeo, Franco Angeli, Milano.
Tugnoli F. (1975), La scuola della respirazione, Edizioni Sugarco, Milano, 1975.
Zaccuri G. (1998), Il controllo dello stress - Metodologie per la gestione degli stati emotivi, Think Editori, Vicenza.

SITOGRAFIA

- Buteyko, K.P. & Ferrario, F. Studi sul metodo di respirazione funzionale <<http://buteykoitalia.homestead.com/>>, 1999, agg. 2011
<https://www.hopkinsmedicine.org/health/conditions-and-diseases/coronavirus/coronavirus-recovery-breathing-exercises>
Roberto Baitelli - Associazione Meditazione Trascendentale Maharishi in Italia <https://meditazione-trascendentale.it/informazioni/dove-si-impara/milano>

ALLEGATO 1

**SCHEDA VALUTAZIONE PROTOCOLLO GE.ST COVID
COVID E EX COVID –**

1. SIGLA COGNOME E NOME M ☐ F ☐
2. ETA'
3. PREV. CURAT. RIABIL.
4. LUOGO: DOMIC. REPARTO RSA (O SIMIL.)
5. PAZIENTE NUOVO RIVISTO
6. DURATA VISITA (MIN) DURATA GEST (MIN)
7. a. POLSO IN POLSO AUT
b. FREQ (MIN) RESP. IN FREQ (MIN) RESP. OUT
c. SATURAZ. O2 IN SATURAZ. O2 OUT.
8. a- VALUTAZIONE SOGGETTIVA PAZIENTE ANSIA (IN) 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
b- VALUTAZIONE SOGGETTIVA PAZIENTE ANSIA (OUT) 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
9. MEWS SCORE 0 1 2 3 4 5
10. EFFICACIA TECNICA NEG 1 2 3 4 5 MOLTO POSIT.
11. **L'Operatore pensa che rispetto alla situazione all'inizio dell'applicazione del Protocollo visto l'eventuale miglioramento si possa dire di aver evitato il ricovero?**

Sì No N/A

NOTE: _____

ALLEGATO 2

Dettaglio Risultati Gruppi focali e swot analysis

Con un gruppo di 23 Psicoterapeuti suddivisi in maniera casuale in 3 gruppi è stata condotto un Focus Group. Di seguito si riportano le domande e le percentuali di risposte e la SWOT Analysis relativa alle domande aperte.

È stata utilizzata la seguente scale da 1 a 5

- 1 = Inefficace
- 2 = poco efficace
- 3 = sufficientemente efficace
- 4 = ben efficace
- 5 = molto efficace

NA= Inapplicabile

- **In una scala da 1 a 5 la parte supporto psicologico del Protocollo quanto è efficace nella gestione dell'ansia?**

Gruppo I = 92% risponde molto efficace

Gruppo II = 92% risponde molto efficace

III Gruppo = 85% risponde molto efficace
Media = 90% molto efficace

- **In una scala da 1 a 5 la parte supporto psicologico del Protocollo quanto è efficace nella gestione della respirazione?**

I Gruppo = 80% risponde molto efficace
Gruppo II = 92% risponde molto efficace
III Gruppo = 77 % molto efficace
Media = 83% molto efficace

- **In una scala da 1 a 5 la parte supporto respiratorio del Protocollo quanto è efficace nella gestione dell'ansia?**

I gruppo = 60% molto efficace
II Gruppo = 80% molto efficace
III Gruppo = 63% molto efficace
Media = 68% molto efficace

- **In una scala da 1 a 5 la parte supporto respiratorio del Protocollo quanto è efficace nella gestione della respirazione?**

I Gruppo = 80% molto efficace
II Gruppo = 72% molto efficace
III Gruppo = 71% molto efficace
Media = 74% molto efficace

È stato valutato anche il video dal punto di vista dei seguenti 4 parametri, sempre utilizzando una scala da 1 a 5 (1 pessimo - 5 ottimo)

utilità
accettabilità
livello di applicabilità del metodo (utilizzo)
chiarezza

I Gruppo

utilità = 80%
accettabilità = 48%
livello di applicabilità del video = 68%
chiarezza = 80%

II Gruppo

utilità = 96%
accettabilità = 96%
applicabilità = 72%
chiarezza = 92%

III Gruppo

utilità = 83%
accettabilità = 76%
applicabilità = 60%
chiarezza = 100%

Di seguito si riporta una elaborazione complessiva di quanto rilevato attraverso i focus group fatti con i 3 gruppi di psicoterapeuti. L'analisi è stata sviluppata considerando i due livelli di cui si compone il protocollo: il Supporto comunicativo empatico, che chiameremo Supporto psicologico e il Supporto respiratorio

SWOT Analysis

Supporto psicologico

	Punti di forza	Punti di criticità (in ordine di priorità. Nominal group technique)
AMBIENTE INTERNO	• Accoglienza empatica del paziente • Gli utenti si sentono accolti affettivamente in un momento difficile in cui si è centrati principalmente sul malessere (supporto affettivo dall'esterno) • Supporto emotivo immediato • Diminuisce il senso di abbandono (Possibilità di Essere con l'altro) • Possibilità di Trovare soluzioni alternative funzionali (<i>"uscire da uno stato depressivo di abbandono"</i>) • Coinvolgimento • Contenimento dell'ansia /Potere avere uno strumento da utilizzare per rasserenarsi • Presenza terapeuta / paziente che ridireziona l'intenzionalità del paziente • Agire sui punti di forza del paziente • Dare Ascolto e sostegno • Dare struttura • Ricostruzione di un terreno in cui il paziente possa ripartire • Aiutare il pz ad accogliere e riconoscere le sue emozioni e a raggiungere uno stato di benessere autodeterminato • L'avere un ruolo attivo del paziente • Ristrutturazione cognitiva dei pensieri disfunzionali • Postura antalgica • Essere presenti comunque nonostante le restrizioni con il supporto telefonico • La presenza stessa del protocollo come strumento standardizzato (da sicurezza sia al paziente che all'operatore) • Affidabilità / <u>concretezza</u> e chiarezza del protocollo • Possibilità di affidarsi /dare fiducia	1. Setting telefonico / Mancanza di contatto visivo e quindi di visione dell'altro 2. Resistenza del pz a questa forma di aiuto / Diffidenza /Sfiducia iniziale 3. Difficoltà applicazione nei pazienti gravi 4. Sensazione di intrusività dell'intervento 5. Tempi e spazi terapeutici astratti (setting) 6. Difficoltà dell'operatore a far sentire la propria vicinanza solo attraverso la voce 7. Paura di sbagliare l'esercizio da parte del pz 8. Imbarazzo 9. La difficoltà di parlare di respirazione visto lo stato emergenziale (a volte parlare di respirazione è stata vista come una cosa poco pertinente) 10. Diversa Lingua (aver incontrato stranieri) 11. Caratteristiche di personalità della persona e differenze culturali 12. Non visibilità della durata degli atti respiratori - Assenza di un parametro oggettivo 13. Verificabilità del protocollo – Assenza di follow up

SWOT Analysis

Supporto psicologico

	Punti di forza	Punti di criticità (in ordine di priorità. Nominal group technique)
AMBIENTE ESTERNO	Opportunità • Coinvolgimento degli operatori e del paziente • Contenimento dell'ansia • Minori ricoveri inappropriati • Possibilità di applicazione con altre patologie e in altri contesti • Applicabilità nelle emergenze • Applicabilità nella prevenzione primaria • Psicoeducazione nelle scuole • Una buona respirazione aumenta il benessere • Prevenzione delle ricadute • La presenza stessa del protocollo come strumento standardizzazione	Rischi • Mancanza di contatto visivo • Mancanza di un setting definito • Applicazione del protocollo in pazienti dove non si può applicare – incontrollabilità • Avviare reazioni emotive incontrollabili • Comunicazione non chiara quando si ha poca conoscenza del protocollo

SWOT Analysis

Supporto respiratorio

	Punti di forza	Punti di criticità (in ordine di priorità - Nominal group technique -)
AMBIENTE INTERNO	• Valutazione soggettiva della propria ansia, poter riflettere sui propri segnali interni – consapevolezza della propria respirazione • Offrire un metodo di autogestione dell'ansia (le persone si rendono conto di essere ansiose e di potere utilizzare un metodo alternativo per gestirla) • Auto osservazione con un dato oggettivo della propria respirazione / Sensazione di Efficacia (data anche dal controllo con il saturimetro) • Autoefficacia, essere l'artefice del proprio miglioramento, questo determina un miglioramento della motivazione. • Immediatezza dell'applicazione / Benessere immediato esplicitato dal pz • Padronanza di uno strumento da riutilizzare • Riconoscimento di un blocco corporeo • Raggiungimento di un equilibrio grazie allo scandire dei tempi della respirazione • Regolarità/ordine, avere una struttura e degli effetti ha un effetto calmante (sistematicità e sequenza logica) • Rallentamento della frequenza cardiaca e aumento dell'ossigenazione (con conseguente diminuzione dell'ansia) • Empowerment del paziente (sono in grado di poter controllare il respiro) • Efficacia e accessibilità (specie del video) • Facilità di fruizione sia per l'operatore che per il paziente	1. Mancanza di osservazione da parte dell'operatore / Mancanza di contatto visivo e non rilevazione della comunicazione non verbale 2. Modalità di applicazione telefonica 3. Mancanza di contatto fisico 4. Non visibilità della durata degli atti respiratori - Assenza di un parametro oggettivo 5. Difficoltà a far comprendere il senso dell'esercizio 6. Difficoltà applicazione con i pazienti gravi 7. Fatica del paziente a prendere contatto col proprio corpo 8. Mancanza di follow up 9. La non adattabilità ad una utenza specifica telefonica

SWOT Analysis

Supporto respiratorio

	Punti di forza	Punti di criticità (in ordine di priorità . Nominal group technique)
AMBIENTE ESTERNO	Opportunità • Miglioramento del proprio benessere • Conoscenza del proprio sentire corporeo • Inter-relazione corpo mente • Possibilità di utilizzare lo strumento in terapia anche in altre situazioni acute che non legate al COVID • Rassicurazione (la conoscenza del proprio respiro porta ad un maggiore controllo e quindi ci si sente rassicurati) • La creazione e implementazione del video • Fruibilità sia per l'operatore che per il paziente	Rischi 1. Mancanza di osservazione da parte dell'operatore 2. Vari passaggi non facilmente verificabile (<i>"essendo il riscontro solo uditivo non è facile la verifica dello stato di calma"</i>) 3. Esecuzione errata dell'esercizio visto il non contatto col corpo 4. Rigidità muscolare 5. Scompenso del pz

Si ringraziano tutti coloro che hanno contribuito alla definizione e implementazione del percorso

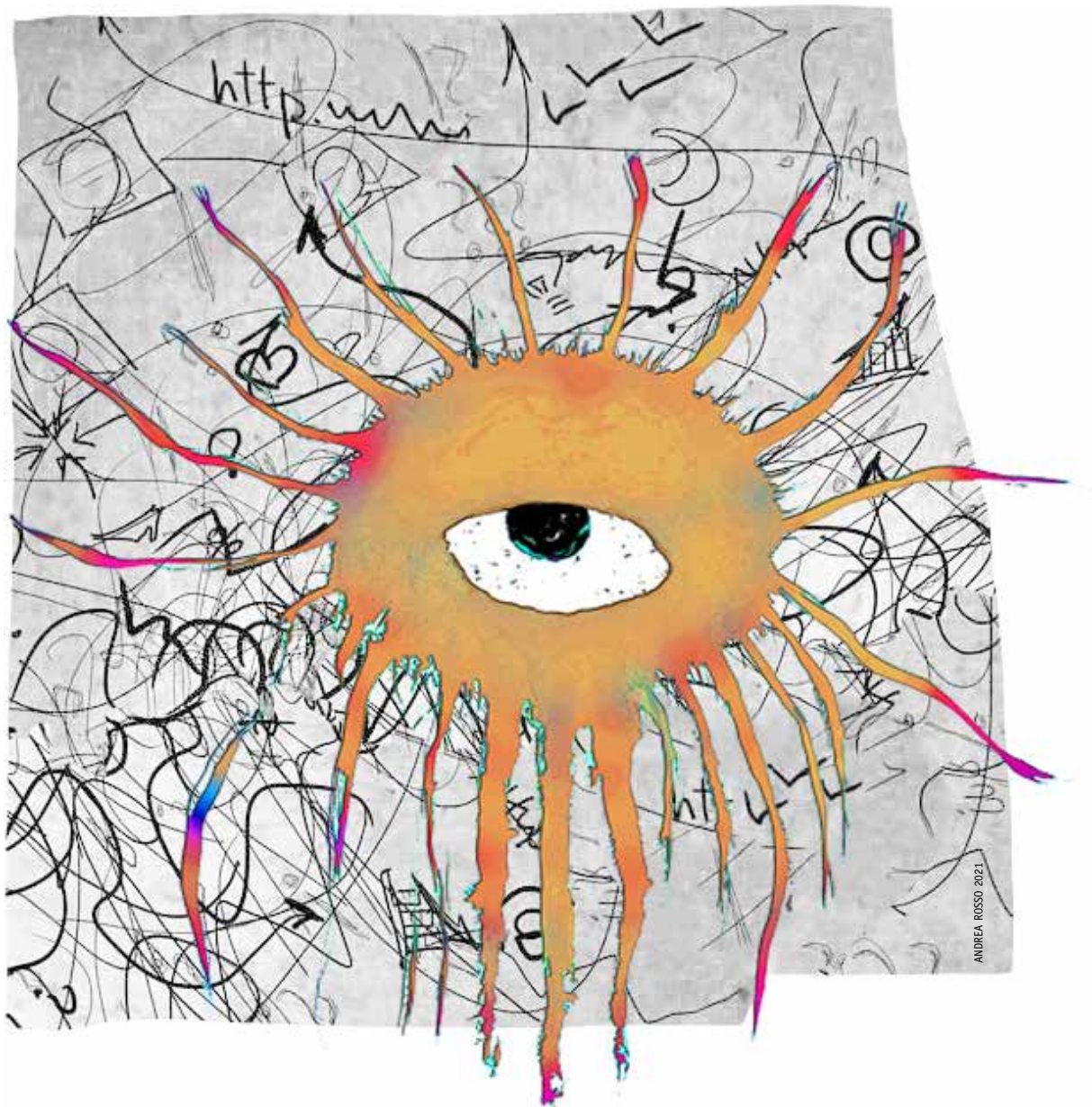
Team Specialistico Multidisciplinare

Giovanni Adamo - USCA
Davide Antoci - Dirigente Medico – USCA
Agata Bucchieri - Inf. Professionale Malattie Infettive
Elia Barone – Dirigente Medico Medicina Generale
Rosalia Barrera – USCA
Gaetano Cabibbo - Direttore UOC Medicina Generale P. O.
Antonella Caccamo - Coord. Infermiere Distretto
Stefania Carbone - Dirigente Medico Malattie Infettive
Antonio Cascio - Dirigente Psicologo Servizio di Psicologia
Giusi Collelli - Infermiere Medicina Generale
Cinzia Corliti - Dirigente Psicologo Servizio di Psicologia
Vito D'Amanti – Direttore F.F. UOC Servizio di Psicologia
Antonio Davì - Direttore UOC Malattie Infettive P. O.
Salvatore Di Quattro - Dirigente Medico Malattie Infettive
Antonella Di Rosolini - Direttore UOS Malattie Infettive P. O.
Emanuela Falco – Dirigente Medico Malattie Infettive
Giuseppe La Russa - Coord. Infermiere Medicina Generale
Maria Stella Mazzei - Infermiere USCA
Giuseppina Meli - Malattie Infettive
Vanni Mezzasalma - USCA
Deborah Modica - USCA VITTORIA
Giuseppe Picardi - Dirigente Medico – USCA
Carmelo Pignatelli - Dirigente Psicologo Servizio di Psicologia
Ersilia Picicuto – USCA
Agata Romeo - Dirigente Psicologo Servizio di Psicologia
Claudio Sortino - Coord. Infermiere Malattie Infettive
Virginia Virdigni - Dirigente Medico Medicina Generale
Antonio Zocco Pisana – Dirigente Medico Pneumologo Territoriale

Il gruppo degli Psicoterapeuti dell’Emergenza incaricati del supporto dei pazienti COVID 19

Margaret Agosta
Paola Aparo
Shana Arrabito
Valentina Belfiore
Veronica Cappello Rizzarello
Floriana Cartia
Claudio Fronte
Daniela Garofalo
Daniela Giunta
Elena Gualtieri
Giuseppina Lo Piccolo
Daniela Maimone
Caterina Melai
Stella Morana
Silvia Nicosia
Valeria Nigro
Giuseppina Petralito
Rosa Alessandra Piazzese
Alessandra Pitino
Eleonora Pitino
Giusi Sanfilippo
Paola Sotgiu
Olga Spadaccino

1. Psicologo e Psicoterapeuta – Servizio Psicologia - Staff Direzione Sanitaria – ASP Ragusa
2. Medico Chirurgo d’Urgenza e Pronto Soccorso, Igienista, Master PH (OMS)
3. Medico Igienista, Direttore Sanitario - ASP Ragusa
4. Psicologo e Psicoterapeuta, Direttore UOC Coordinamento di Staff - ASP Ragusa



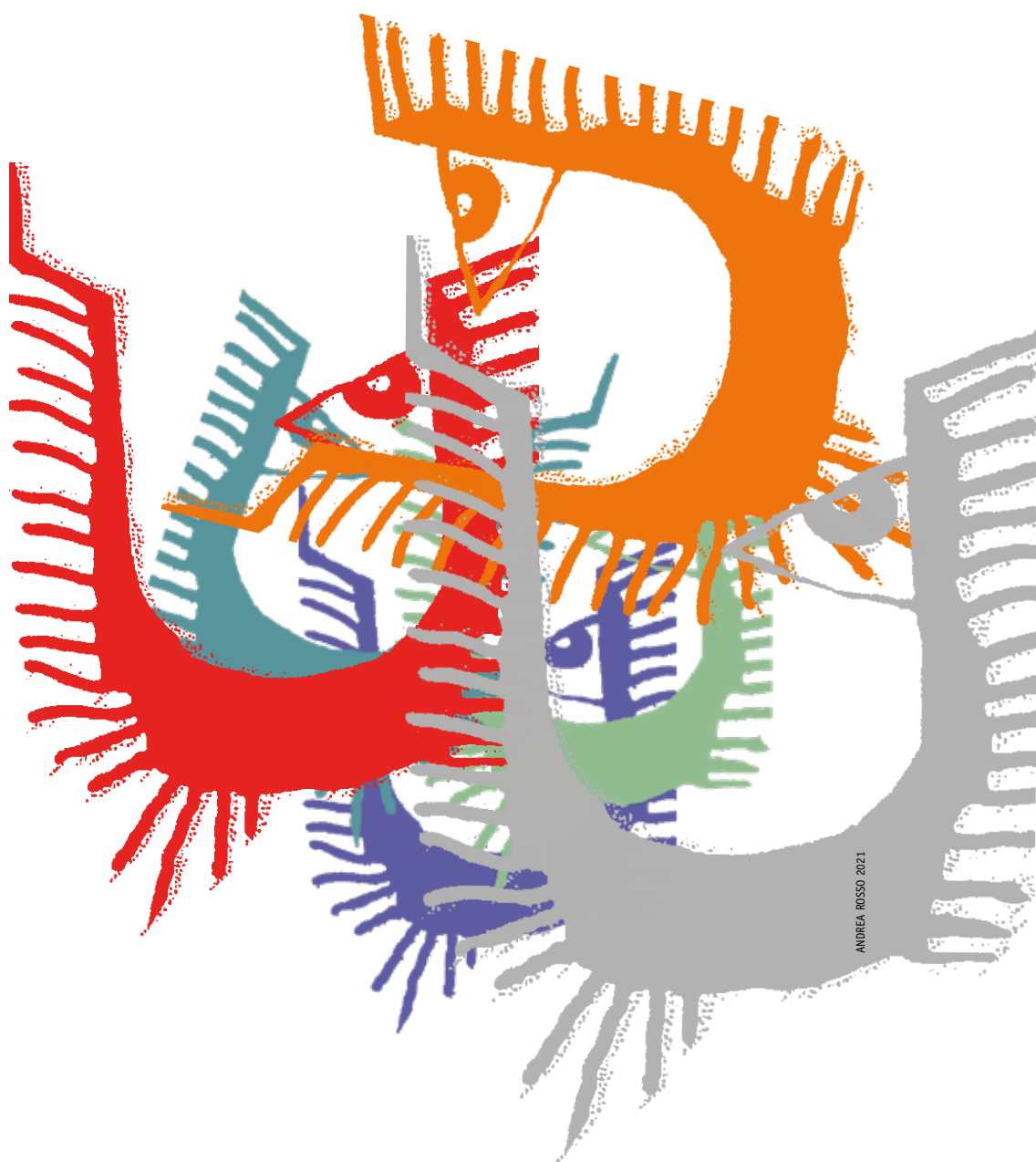
Stress management with covid patients and their families -hospital and territorial health care. Validation of an operational protocol: ge.st.covid

The article is about ways to reduce and manage stress in Covid-19 patients. The Authors think that the patient's feelings of fear, anxiety, solitude and distress account for a good part of their suffering and have tried to find possible ways to soothe them, even referring back to the practices and experience of great Oriental Masters of the past. An operational Protocol has been drawn up by a multidisciplinary team: it includes deep breathing exercises beside guidelines for psychological support.

The Protocol, which is being validated, can also be applied to no-Covid patients with breathing difficulties and psychological distress and is fully illustrated in the second part of the article.

KEY WORDS: Breathing, fear, anxiety, assessment, protocol

link
■ esperienze



Covid-19 e disturbi dell'alimentazione: il ruolo della terapia EMDR

Covid-19 and eating disorders: the role of the EMDR therapy

La pandemia da Covid-19, dichiarata dall'Organizzazione mondiale della Sanità (OMS) l'11 marzo 2020, ha cambiato le condizioni di vita della popolazione mondiale; infatti con più di 6 milioni di contagi e oltre 370.000 morti, la diffusione del nuovo Coronavirus ha costretto diversi paesi a ricorrere ad un momentaneo lockdown per interromperne la trasmissione. Il distanziamento sociale, l'uso obbligatorio di mascherine, le lunghe code ai supermercati e la forzata permanenza presso la propria abitazione, che ne sono conseguite, hanno portato ad un aumento generalizzato di stress, ansia e paura rispetto alla possibilità di contagio da Sars-Cov-2 e di morte (Wang et al., 2020). Se quindi lo stato di emergenza e di incertezza rispetto al Covid-19, ha portato ad un incremento di sintomi ansiosi e depressivi nella maggior parte della popolazione, ciò ha avuto conseguenze ancora più severe su individui con un disturbo mentale preesistente (Chaturvedi, 2020).

Tra le patologie più a rischio, per le caratteristiche e le conseguenze dello stato di lockdown, vi sono i disturbi del comportamento alimentare (DCA) (Reger et al., 2020).

MARIA ZACCAGNINO¹, MARTINA CUSSINO¹, CHIARA CALLERAME¹, CRISTINA CIVILOTTI^{1,2,3}

PAROLE CHIAVE: pandemia, sintomi depressivi, disturbi del comportamento alimentare

Come suggerito dal nome, gli individui affetti da tali disturbi mettono in atto comportamenti alimentari e di controllo del peso, anomali e dannosi per la salute fisica e il funzionamento psicosociale (APA, 2013). Oltre a ciò, le persone con un DCA tendono a giudicare il proprio valore quasi esclusivamente in base al peso e alla forma corporea (ibidem, 2013). Tra le principali categorie diagnostiche riportate nel Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (DSM- 5; APA, 2013) riferite a tali disturbi, vi sono Anoressia Nervosa (AN), caratterizzata da una restrizione dell'apporto calorico giornaliero tale da causare una diminuzione significativa del peso in chi ne è affetto (con un indice di massa corporea inferiore a 17 kg/m nei casi lievi fino ai casi gravi sotto i 15 kg/m), Bulimia Nervosa (BN) e Binge Eating Disorder (BED). Questi ultimi due disturbi evidenziano il continuo ricorso ad abbuffate, in cui l'individuo mangia grandi quantità di cibo in un breve lasso temporale (da 1-3 episodi alla settimana fino a più di 14 nei casi gravi); tali abbuffate sono seguite nel caso di BN dalla messa in atto di condotte di eliminazione (es. uso di lassativi, vomito autoindotto e così via), cosa che invece non si verifica in chi soffre di BED. Pertanto se gli individui affetti da bulimia oscillano tra il normopeso e il lieve sovrappeso, quelli con Binge Eating Disorder possono essere sovrappeso e in alcuni casi obesi, benché tale patologia sia da considerarsi distinta dall'obesità (Zaccagnino, 2017).

I DCA sono, inoltre, un disturbo in continuo aumento: in una *review* sistematica della letteratura, condotta nel 2019, è emerso infatti un incremento della prevalenza dal 3,5%, nel periodo di tempo compreso tra il 2000 e il 2006, al 7.8%, in quello tra il 2013 e il 2018 (Galmiche et al., 2019), con un tasso di mortalità che si attesta intorno al 5% (Fichter e Quadflieg, 2016). In aggiunta, secondo la Società Italiana per lo Studio dei Disturbi del Comportamento Alimentare (SISDCA), solo in Italia, ogni anno questi disturbi colpiscono 8.500 persone, un dato che potrebbe essere in aumento a causa della pandemia da Coronavirus e dei fattori di rischio ad essa connessi.

Durante le prime settimane di *lockdown*, infatti, è quadruplicato il numero di persone che hanno sperimentato la cosiddetta “*food-insecurity*”, cioè una forma di insicurezza rispetto alla possibilità di acquistare cibo a sufficienza per sé e per la propria famiglia (Loopstra, 2020). Tale paura potrebbe trovare spiegazione nelle lunghe file davanti ai supermercati, così come nella scarsa reperibilità di alcune tipologie di alimenti e nella presenza di scaffali completamente vuoti; pertanto le famiglie hanno iniziato a fare scorte alimentari di cibi molto nutrienti e a lunga scadenza, come confermato da una ricerca condotta dalla Coldiretti (Organizzazione degli imprenditori agricoli a livello nazionale ed europeo). Nello specifico, dall’indagine è emerso che gli italiani nel periodo del *lockdown* hanno acquistato in maniera significativamente maggiore farine e semole (+ 150%), dolci (+13 %), pasta e gnocchi (+ 7%), primi piatti pronti (+24%) e impasti per pizze (+38%).

Per una persona affetta da disturbo alimentare, tuttavia, questa situazione può aver costituito un fattore di rischio per il mantenimento ed il peggioramento della sintomatologia: il fatto di avere in casa grandi quantità di cibo, per lo più ad alto contenuto calorico, potrebbe aver facilitato la messa in atto di abbuffate o, al contrario, di comportamenti alimentari ancora più restrittivi e finalizzati al controllo del peso (Brooks et al. 2020). Per individui con Bulimia o *Binge Eating*, ad esempio, essere costretti a stare a casa durante l’intera giornata, per settimane, sempre a contatto con le dispense alimentari piene, potrebbe aver aumentato la tendenza a mangiare grandi quantità di cibo; come effetto secondario, date le difficoltà nel fare la spesa a causa dello stato di emergenza dichiarato, tale comportamento disfunzionale potrebbe aver incrementato la conflittualità intra-familiare ed il conseguente stato di attivazione emotiva negli individui coinvolti (Touyz, Lacey & Hay, 2020).

Come anticipato, a seguito delle misure di contenimento adottate dai governi, la maggior parte della popolazione ha quindi iniziato a trascorre le giornate all’interno della propria abitazione, con un incremento significativo del tempo libero. Ciò ha comportato, tra gli altri, un incremento nell’uso dei *social networks* ed un’esposizione costante ad informazioni ed immagini emotivamente attivanti, legate alla diffusione del virus e del suo tasso di mortalità (Koeze e Popper, 2020). Questo fenomeno, unito allo stato di emergenza, potrebbe aver causato un aumento di ansia e di preoccupazione legate non solo al contagio, ma anche all’incertezza e alla perdita di controllo connesse alla situazione, temi delicati e sensibili per gli individui affetti da un DCA (Brown et al., 2017). Nello specifico, gli individui affetti da tali disturbi riportano una ridotta tolleranza verso l’incertezza e, in quest’ottica, le condotte alimentari disfunzionali potrebbero essere state funzionali alla momentanea riduzione della sensazione di ansia e di stress generata dalla situazione emergenziale (ibidem, 2017).

Inoltre, durante lo stato di emergenza, la popolazione è stata sensibilizzata rispetto all’automonitoraggio del proprio corpo e dello stato di salute, al fine di riconoscere tempestivamente la sintomatologia legata al nuovo Coronavirus (ad esempio febbre, respiro corto e tosse); ciò però può aver accresciuto la sensibilità interocettiva e la cosiddetta “sensibilità all’ansia” (*anxiety sensitivity*), cioè la sensibilità ai sintomi ansiosi che vengono interpretati come pericolosi per la propria salute fisica, psicologica o sociale (Silverman et al. 2003). Entrambe queste sensibilità, tuttavia, sembrano avere un ruolo chiave nell’incrementare il livello di ansia percepito e i comportamenti alimentari disfunzionali che ne conseguono (Smits et al., 2019).

Durante le prime settimane di lockdown è quadruplicato il numero di persone che hanno sperimentato la cosiddetta “food-insecurity”, cioè una forma di insicurezza rispetto alla possibilità di acquistare cibo a sufficienza per sé e per la propria famiglia. Molti hanno iniziato a fare scorte alimentari di cibi molto nutrienti e a lunga scadenza

Uno studio pilota

In accordo con quanto esposto sinora, sono i risultati dello studio pilota svolto presso l’*University Hospital of Bellvitge* su 32 pazienti affetti da un disturbo alimentare

L'esposizione prolungata ai mass media potrebbe aver costituito un ulteriore fattore di rischio per gli individui affetti da DCA a causa dei messaggi trasmessi relativi alla paura di ingrassare e quindi alle diete e all'esercizio fisico. È nota, infatti, la correlazione tra l'esposizione a immagini di corpi magri e atletici, proposti dai media, e una visione negativa del proprio corpo con la conseguente messa in atto di comportamenti alimentari dannosi

durante le prime due settimane di *lockdown* (Fernandez-Aranda et al., 2020). Ai soggetti, infatti, sono stati somministrati quotidianamente dei sondaggi telefonici rispetto al loro stato psicofisico, che hanno rivelato una crescente preoccupazione rispetto all'incertezza sul futuro, alla paura del contagio ed alla perdita del lavoro. Il 56,2% dei pazienti, inoltre, ha riportato un incremento dei sintomi ansiosi a causa dei quali, in alcuni casi, sono state messe in atto condotte alimentari disfunzionali, come il mangiucchiare spesso (*grazing*) ed il mangiare per placare il proprio stato d'ansia (*emotional eating*).

Un altro dato significativo, che gli autori hanno registrato, è stato un aumento della sintomatologia alimentare nel 38% dei casi.

Oltre alle conseguenze già riportate, l'esposizione prolungata ai mass media potrebbe aver costituito un ulteriore fattore di rischio per gli individui affetti da DCA a causa dei messaggi trasmessi relativi alla paura di ingrassare e quindi alle diete e all'esercizio fisico (Cooper et al., 2020). È nota, infatti, la correlazione tra l'esposizione a immagini di corpi magri e atletici, proposti dai media, e una visione negativa del proprio corpo con la conseguente messa in atto di comportamenti alimentari dannosi (Sabik, Falat & Magagnos, 2020; Slater, Cole & Fardouly, 2019). Appare chiara quindi la valenza che questi messaggi, legati al peso e all'alimentazione sana, possano aver avuto in un periodo critico come quello appena vissuto, specialmente per chi soffre di un disturbo alimentare (Cooper et al., 2020).

In aggiunta a ciò, ad incrementare la paura di prendere peso è stata l'impossibilità di svolgere attività fisica fuori dalla propria abitazione. A tal proposito sono noti gli effetti positivi dello sport sulla salute psicofisica, se praticato in misura moderata (USDHHS, 2008); pertanto la chiusura dei centri sportivi e le limitazioni imposte sull'attività fisica all'aperto possono aver contribuito all'aumento di preoccupazioni relative al peso e alla forma fisica e, più in generale, della sensazione di stress. E ciò sembra vero specialmente per le persone che nella quotidianità utilizzano lo sport come forma di regolazione emotiva delle emozioni negative provate (Dalle Grave, Calugi & Marchesini, 2008).

Questi aspetti, inoltre, assumono ancora più rilevanza se considerati alla luce dell'isolamento imposto dal *lockdown* e della conseguente diminuzione del supporto sociale. Quest'ultimo infatti è considerato un fattore protettivo per tutte le psicopatologie, compresi i DCA (Linville et al., 2012), e aiuta a ridurre il senso di solitudine che viceversa sembra ricoprire un ruolo importante nell'insorgenza e nel mantenimento dei disturbi psicologici (Holt-Lunstad et al., 2015). L'isolamento, inoltre, è considerato un effetto secondario dell'insorgenza di un disturbo alimentare e, combinandosi con altri fattori, sembra svolgere un ruolo chiave nella cronicizzazione del disturbo (Balbo, 2015).

Alla luce di quanto esposto finora appare chiaro che, durante le misure di contenimento, ci siano stati una serie di fattori tra cui la crescente food-insecurity, la preoccupazione legata al peso e al corpo, le limitazioni rispetto all'esercizio fisico e l'isolamento che, per le caratteristiche del disturbo, possono aver avuto un impatto negativo, specialmente sugli individui affetti da DCA o con una vulnerabilità rispetto a questo tema. A supporto di ciò vi è uno studio condotto nel Regno Unito su 153 soggetti affetti da un disturbo alimentare, in remissione o guariti. A tali individui è stato chiesto di compilare un questionario online anonimo con domande inerenti all'impatto sociale del lockdown, all'uso di internet e ai comportamenti alimentari o legati all'esercizio fisico messi in atto (BranleyBell & Talbot, 2020). Dai risultati è emerso che l'86,7% dei partecipanti ha riportato un incremento della sintomatologia legata al DCA, l'86,4% ha rivelato intensi sentimenti di isolamento sociale a causa della pandemia e l'81,4% ha riferito di passare molto più tempo online, attività che per il 55% dei casi ha influito sul peggioramento della sintomatologia legata al DCA. In aggiunta la ricerca ha riportato che il 36,5% dei partecipanti ha incrementato l'attività fisica, il 65,9 % ha dichiarato di passare più tempo a ruminare sul proprio peso, sull'esercizio fisico e sui pasti e, in ultimo, il 66,7% ha riportato di avere una differente relazione con il cibo, a seguito della pandemia.

Alla luce di queste evidenze, è possibile affermare che le conseguenze della pandemia, analizzate finora, possono aver acuito un disturbo alimentare già presente o il rischio di svilupparne uno.

È necessario tuttavia considerare ulteriori aspetti, più generali, legati alla diffusione del SARS-CoV-2 che possono aver contribuito ad aggravare il quadro esposto in precedenza.

Tra questi vi è l'esposizione ad esperienze di vita stressanti, sia in relazione alla propria salute e a quella dei cari, che alle condizioni di vita generali; infatti molte persone hanno assistito alla malattia o, in alcuni casi, alla morte di parenti e/o amici, con i quali non hanno potuto avere contatti, se non telefonici. Inoltre, diverse famiglie hanno iniziato ad avere preoccupazioni economiche, a causa degli stipendi dimezzati e della possibilità di perdere il lavoro, e problematiche relative alla gestione dei figli e all'adattamento ad una nuova quotidianità.

A tal proposito diversi studi hanno dimostrato che essere esposti ad eventi di vita stressanti può predire l'insorgenza di un DCA, così come influire sul mantenimento e su un'eventuale ricaduta dello stesso (Degortes et al., 2014; Grilo et al., 2012; Pike et al., 2006).

Individui a rischio

In linea con quanto affermato, ad essere maggiormente a rischio potrebbe essere il personale sanitario, costretto in alcuni casi a vivere lontano dalla propria famiglia, sottoposto a ritmi di lavoro stressanti ed esposto quotidianamente a scene di sofferenza e di morte.

A rischio sono anche gli individui che si sono ammalati di Covid-19, specialmente coloro che hanno avuto bisogno dell'ospedalizzazione e delle terapie intensive; infatti essi, oltre alla difficile esperienza di malattia sperimentata, potrebbero ritrovarsi a provare vissuti di stigma e ostracismo da parte delle persone intorno a loro (Cooper, 2020). In linea con quanto affermato, uno studio condotto da Mihashi e collaboratori su soggetti ricoverati, a causa della SARS, ha riscontrato un aumento, tra gli altri, dei comportamenti alimentari disfunzionali a seguito della guarigione (Mihashi et al., 2009).

Inoltre, a causa della diffusione del Coronavirus e di tutto ciò che ne è conseguito, è stato registrato un allarmante aumento dei casi di violenza domestica e di maltrattamento infantile (Galea, Merchant & Lurie, 2020), fattori questi che sembrano aumentare il rischio di insorgenza e mantenimento di un DCA, oltre che del disturbo post traumatico da stress (Hazzard et al., 2019; Trottier & MacDonald, 2017). Diversi studi, infatti, hanno dimostrato un aumento del rischio di sviluppare un disturbo alimentare in adolescenza (Hazzard et al., 2019) per le vittime di abusi (fisici, sessuali o psicologici) durante l'infanzia, così come l'essere testimoni di ripetuti episodi di conflittualità genitoriale (Bi et al. 2018). Il 78% dei pazienti affetti da un DCA riporta, nella sua storia di vita, almeno un episodio di abuso fisico, emotivo o sessuale, neglect parentale, bullismo e/o morte di una delle figure d'attaccamento (Tasca, 2019).

Oltre all'aver vissuto esperienze infantili difficili, gli individui con un disturbo alimentare, sia uomini che donne, riportano elevati tassi di violenza tra partner intimi (*intimate partner violence*) e violenza domestica (Bundock et al., 2013), in crescente aumento nel periodo della pandemia da Covid-19.

Alla luce del quadro finora delineato, appare chiaro come l'insieme di tali fattori possano aver contribuito all'insorgenza di comportamenti alimentari disfunzionali e al peggioramento della sintomatologia preesistente, in parte dovuta anche al limitato accesso alle cure da parte dei pazienti a causa della redistribuzione del personale sanitario. Per quanto riguarda i pazienti ricoverati, c'è stata, infatti, una riduzione delle visite giornaliere da parte degli specialisti (es psichiatra, nutrizionista, infermieri e così via) e delle ore dedicate al supporto psicologico, oltre che la sospensione di tutte le terapie e le supervisioni legate ai pasti, condotte in gruppo (Davis et al., 2020). In aggiunta a ciò, durante la pandemia, tali pazienti hanno potuto ricevere visite da un'unica persona, sottoposta quotidianamente a controlli rispetto a temperatura, sintomi influenzali ed eventuali contatti con persone affette dal Coronavirus (*ibidem*, 2020).

Come prendersi cura dei pazienti non ospedalizzati

Per quanto riguarda i pazienti affetti da DCA non ospedalizzati, è prassi clinica, specialmente nei casi in cui la sintomatologia è severa, che essi vengano costantemente monitorati con esami e controlli per verificare il loro stato di salute (Anderson et al.,

A causa della diffusione del Coronavirus e di tutto ciò che ne è conseguito, è stato registrato un allarmante aumento dei casi di violenza domestica e di maltrattamento infantile, fattori questi che sembrano aumentare il rischio di insorgenza e mantenimento di un DCA, oltre che del disturbo post traumatico da stress

Durante l'emergenza Covid-19 psicologi e psicoterapeuti si sono attivati per garantire un supporto ai pazienti e alle loro famiglie tramite chiamate e/o videochiamate, utilizzando piattaforme presenti sul web. Studi condotti precedentemente hanno dimostrato che, per i DCA e per altre psicopatologie, il trattamento erogato a distanza ha un'efficacia comparabile a quello svolto in presenza, specialmente nei casi di terapia cognitivo-comportamentale, terapia familiare e supporto alla genitorialità

2017). A causa, però, dell'utilizzo delle risorse sanitarie per fronteggiare l'emergenza e del limitato accesso alle strutture ospedaliere per ridurre il rischio di contagio, questi controlli sono stati annullati e rimandati nel 50% circa dei casi (Davis et al., 2020). Questo può avere avuto un effetto negativo soprattutto su coloro che all'inizio del *lockdown* avevano iniziato da poco un percorso di terapia, prendendo queste limitazioni e il distanziamento fisico come motivazioni per evitare i centri di cura e così mantenere il sintomo.

Sulla base di quanto esposto, durante l'emergenza Covid-19 psicologi e psicoterapeuti si sono attivati per garantire un supporto ai pazienti e alle loro famiglie tramite chiamate e/o videochiamate, utilizzando piattaforme presenti sul web (Cooper et al., 2020). Studi condotti precedentemente hanno dimostrato che, per i DCA e per altre psicopatologie, il trattamento erogato a distanza ha un'efficacia comparabile a quello svolto in presenza, specialmente nei casi di terapia cognitivo-comportamentale, terapia familiare e supporto alla genitorialità (de Zwaan et al., 2017; Zerwas et al., 2017).

Inoltre, alla luce della loro efficacia su individui affetti da anoressia nervosa, bulimia e *binge eating* (Kenny, Carter, & Safer, 2019; Lock et al., 2017), alcuni clinici hanno insegnato ai loro pazienti interventi di auto-aiuto, per gestire in autonomia i momenti critici che potevano insorgere durante il *lockdown*. Tra questi vi è la psicoeducazione, il *problem-solving*, il *self-monitoring* rispetto ai propri pensieri ed emozioni e la tecnica dell'*urge surfing*, basata sull'osservazione non giudicante di un certo stimolo attivante per la persona, fino alla progressiva diminuzione della sua intensità (Cooper et al., 2020). A garantire, inoltre, una connessione con il paziente, alla luce dell'isolamento sociale imposto, può essere stato utile l'utilizzo di e-mail e messaggistica da parte del terapeuta. Questi strumenti, se usati nel modo corretto e abbinati ad una terapia, possono aiutare il paziente ad auto-monitorarsi ed autoregolarsi, incrementando la comunicazione tra terapeuta e paziente ed incoraggiando quest'ultimo ad esprimere contenuti di livello emotivo (Taylor, in press).

Entrando ora nel merito delle terapie condotte, con buoni risultati, in modalità online durante il periodo della pandemia, vi è, tra le altre, quella che utilizza l'EMDR (*Eye Movement Desensitization and Reprocessing*). Tale metodologia ricorre alla stimolazione bilaterale per aiutare il paziente a rielaborare ricordi traumatici e si è rivelata efficace anche quando erogata mediante supporti tecnologici (Spence et al., 2013), dimostrandosi promettente per il trattamento dei disturbi alimentari (Balbo, Zaccagnino, Cussino & Civilotti, 2017). Diversi studi hanno dimostrato, infatti, che la terapia condotta con EMDR porta ad un miglioramento significativo della sintomatologia legata a tali disturbi (Halvgaard, 2015; Zaccagnino et al., 2017; Smajić & de la Fosse, 2019.) ed ha effetti positivi sulla percezione dell'immagine corporea e sull'autostima (Dziegielewski & Wolfe, 2000), a breve e a lungo termine (Bloomgarden & Calogero, 2008).

Questa metodologia inoltre, identificando i ricordi percepiti dall'individuo come disturbanti e permettendo una rielaborazione più adattiva delle esperienze difficili, assume una valenza ancora maggiore alla luce della pandemia e delle sue conseguenze; come già anticipato, infatti, la diffusione del Coronavirus ha potenzialmente esposto gli individui ad eventi di vita stressanti e, nei casi più gravi, addirittura traumatici che possono aver acuito un quadro sintomatologico già preesistente o aver costituito un fattore di rischio per l'insorgenza dello stesso.

In tali casi, utilizzando la metodologia EMDR, è stato possibile per i clinici aiutare i pazienti ad accedere a quei ricordi dolorosi e progressivamente integrare emozioni, sensazioni e convinzioni negative, ad esse legate, fino ad una loro completa rielaborazione.

Compito del terapeuta è indagare non solo quelle esperienze che creano disagio nel presente, ma anche aiutare il paziente ad accedere ai ricordi traumatici precoci che hanno contribuito all'insorgenza del disturbo attuale e di strategie disfunzionali di autoregolazione e di gestione delle situazioni stressanti (Zaccagnino, 2017).

Come anticipato, infatti, il ruolo di esperienze infantili sfavorevoli (es. maltrattamento e abusi) ed i traumi relazionali, connessi alle dinamiche dell'attaccamento, sono riconosciuti come fattori di rischio per lo sviluppo dei disturbi del comportamento alimentare così come è stato sottolineato dal DSM-5 (APA, 2013; Felitti & Anda, 2010; Murphy et al., 2013; Münch, Hunger & Schweitzer, 2016; Tasca, 2019). È noto, infatti, il ruolo protettivo della responsività e della disponibilità genitoriale rispetto ai bisogni del bambino per lo sviluppo delle capacità di riconoscere e regolare le

emozioni, ma anche per la formazione di modelli sé-altro adeguati (Bowlby, 1973). In quest'ottica, aver vissuto durante l'infanzia, esperienze di trascuratezza ed indisponibilità fisica o emotiva da parte del proprio *caregiver* e/o aver vissuto episodi di abuso, può aver facilitato lo sviluppo di strategie alternative e poco funzionanti, al fine di adattarsi al proprio contesto di vita (Groh et al., 2017; Clear, Gardner, Webb, e Zimmer-Gembeck, 2019). In linea con ciò, lo sviluppo di comportamenti alimentari disfunzionali può essere considerato un tentativo di gestire emozioni e ricordi soverchianti, legati a tali esperienze traumatiche (Racine & Wildes, 2014). Appare quindi chiara l'importanza dell'identificazione e della successiva rielaborazione di tali traumi precoci, al fine di diventare progressivamente in grado di separare il presente dal proprio passato, narrando un'autobiografia coerente ed aumentando così la consapevolezza rispetto al proprio funzionamento attuale (Zaccagnino, 2017). Al fine di raggiungere questo obiettivo, è importante la fase di psicoeducazione, in cui il clinico aumenta la consapevolezza del paziente rispetto alle dinamiche di funzionamento che lo caratterizzano e lo conduce verso l'esplorazione e l'attuazione di nuove e più adeguate strategie di *coping* nella gestione di eventi disturbanti. In questo senso, la psicoeducazione costituisce un momento fondamentale per far comprendere il significato della sintomatologia all'interno della traiettoria degli eventi di vita traumatici inerenti anche la storia di attaccamento (*ibidem*, 2017). Tale fase, inoltre, può risultare utile sia per insegnare al paziente strategie più funzionali per gestire in autonomia i momenti critici che possono essere insorti durante la pandemia (come accennato sopra), che per rafforzare l'alleanza terapeutica tra clinico e paziente. Infatti, l'alleanza terapeutica, elemento fondante di tutti gli approcci psicoterapeutici, permette al paziente di sentirsi accolto in un contesto non giudicante e di esprimere liberamente ciò che gli crea disagio.

La creazione, quindi, di uno spazio in cui relazionarsi con il terapeuta in un clima di alleanza e di fiducia può essere risultata ancora più importante alla luce dell'isolamento sociale imposto dal *lockdown*, per manifestare, tra le altre, le preoccupazioni relative all'incertezza ed alla paura di contagio, insorte a causa dell'infezione da Sars-Cov-2. Una fase della terapia EMDR che può aver assunto ancora più importanza in un momento critico come quello appena vissuto, è l'installazione delle risorse. Obiettivo di tale fase è aiutare il paziente ad identificare le proprie qualità e, all'interno della propria storia di vita, i momenti o le azioni in cui si è sentito bene, pieno di vita e/o in cui ha avuto successo.

Questo tipo di lavoro permette all'individuo di potenziare il proprio senso di autoefficacia e di sicurezza, oltre che sviluppare una maggiore motivazione al trattamento: fattori, ritenuti protettivi per fronteggiare e gestire in maniera funzionale situazioni di emergenza, come quella causata dalla diffusione del Coronavirus.

La creazione di uno spazio in cui relazionarsi con il terapeuta in un clima di alleanza e di fiducia può essere risultata ancora più importante alla luce dell'isolamento sociale imposto dal lockdown, per manifestare, tra le altre, le preoccupazioni relative all'incertezza ed alla paura di contagio, insorte a causa dell'infezione da Sars-Cov-2

¹ Centro EMDR per l'anoressia, Milan, Italy

² Department of Psychology, University of Turin, Turin, Italy

³ Salesian University Institute Torino Rebaudengo (IUStO), Turin, Italy

BIBLIOGRAFIA

- American Psychiatric Association. (2014). *DSM-5 Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Anderson, L. K., Reilly, E. E., Berner, L., Wierenga, C. E., Jones, M. D., Brown, T. A., Kaye, W. H., & Cusack, A. (2017). Treating eating disorders at higher levels of care: Overview and challenges. *Current Psychiatry Reports*, 19(48).
- Balbo, M. (2015). *EMDR e disturbi dell'alimentazione: tra passato, presente e futuro*. Giunti.
- Balbo, M., Zaccagnino, M., Cussino, M., & Civiliotti, C. (2017). Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) and eating disorders: A systematic review. *Clinical Neuropsychiatry: Journal of Treatment Evaluation*.
- Bloomgarden, A., & Calogero, R. M. (2008). A randomized experimental test of the efficacy of EMDR treatment on negative body image in eating disorder inpatients. *Eating disorders*, 16(5), 418-427.
- Bowlby J. (1973): *Attaccamento e perdita*, vol. 2: *La separazione dalla madre*. Boringhieri, Torino, 1975.
- Branley-Bell, D., & Talbot, C. V. (2020). Exploring the impact of the COVID-19 pandemic and UK lockdown on individuals with experience of eating disorders.
- Brooks, S. K., Webster, R. K., Smith, L. E., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N., & Rubin, G. J. (2020).

The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *The Lancet*. Brown, M., Robinson, L., Campione, G. C., Wuensch, K., Hildebrandt, T., & Micali, N. (2017). Intolerance of Uncertainty in Eating Disorders: A Systematic Review and Meta-Analysis. *European Eating Disorders Review*, 25, 329-343

Bundock, L., Howard, L. M., Trevillion, K., Malcom, E., Feder, G., & Oram, S. (2013). Prevalence and risk of experiences of intimate partner violence among people with eating disorders: A systematic review. *Journal of Psychiatric Research*, 47(9), 1134-1142.

Chaturvedi, S. K. (2020). Covid-19, Coronavirus and Mental Health Rehabilitation at Times of Crisis. *Journal of Psychosocial Rehabilitation and Mental Health*, 1-2.

Clear, S. J., Gardner, A. A., Webb, H. J., & Zimmer-Gembeck, M. J. (2019). Common and distinct correlates of depression, anxiety, and aggression: Attachment and emotion regulation of sadness and anger. *Journal of Adult Development*, 1-11.

Cooper, M., Reilly, E. E., Siegel, J. A., Coniglio, K., Sadeh-Sharvit, S., Pisetsky, E., & Anderson, L. (2020). Eating disorders during the COVID-19 pandemic: An overview of risks and recommendations for treatment and early intervention.

Dalle Grave, R., Calugi, S., & Marchesini, G. (2008). Compulsive exercise to control shape or weight in eating disorders: Prevalence, associated features, and treatment outcome. *Comprehensive Psychiatry*, 49(4), 346-352.

Davis, C., Chong, N. K., Oh, J. Y., Baeg, A., Rajasegaran, K., & Chew, C. S. E. (2020). Caring for children and adolescents with eating disorders in the current COVID-19 pandemic: A Singapore perspective. *Journal of Adolescent Health*.

De Zwaan, M., Herpertz, S., Zipfel, S., Svaldi, J., Friederich, H., Schmidt, F., Mayr, A., Lam, T., Schade-Brittinger, C., & Hilbert, A. (2017). Effect of internet-based guided self-help vs individual face-to-face treatment on full or subsyndromal binge eating disorder in overweight or obese patients: The INTERBED Randomized Clinical Trial. *JAMA Psychiatry*, 74, 987-995.

Degortes, D., Santonastaso, P., Zanetti, T., Tenconi, E., Veronese, A., & Favaro, A. (2014). Stressful life events and binge eating disorder. *European Eating Disorders Review*, 22(5).

Dziegielewska, S. F., & Wolfe, P. (2000). Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) as a time-limited treatment intervention for body image disturbance and self-esteem: A single subject case study design. *Journal of psychotherapy in independent practice*, 1(3), 1-16.

Felitti, V. J., & Anda, R. F. (2010). The relationship of adverse childhood experiences to adult medical disease, psychiatric disorders, and sexual behavior: Implications for healthcare. *The impact of early life trauma on health and disease: The hidden epidemic*, 77-87.

Fernandez-Aranda, F., Casas, M., Claes, L., Bryan, D. C., Favaro, A., Granero, R., ... & Menchón, J. M. (2020). COVID-19 and implications for eating disorders. *European eating disorders review: the journal of the Eating Disorders Association*, 28(3), 239.

Fichter, M. M., & Quadflieg, N. (2016). Mortality in eating disorders results of a large prospective clinical longitudinal study. *International Journal of Eating Disorders*, 49(4), 391-401.

Galea, S., Merchant, R. M., & Lurie, N. (2020). The mental health consequences of COVID-19 and physical distancing: The need for prevention and early intervention. *JAMA Internal Medicine*. Published online April 10, 2020.

Galmiche, M., Déchelotte, P., Lambert, G., & Tavolacci, M. P. (2019). Prevalence of eating disorders over the 2000-2018 period: a systematic literature review. *The American journal of clinical nutrition*, 109(5), 1402-1413.

Grilo, C. M., Pagano, M. E., Stout, R. L., Markowitz, J. C., Ansell, E. B., Pinto, A., Zannarini, M. C., Yen, S., & Skodol, A. E. (2012). Stressful life events predict eating disorder relapse following remission: Six-year prospective outcomes. *International Journal of Eating Disorders*, 45(2), 185-192.

Groh, A. M., Fearon, R. P., van IJzendoorn, M. H., Bakermans-Kranenburg, M. J., & Roisman, G. I. (2017). Attachment in the early life course: Meta-analytic evidence for its role in socioemotional development. *Child Development Perspectives*, 11(1), 70-76

Hazzard, V. M., Bauer, K. W., Mukherjee, B., Miller, A. L., & Sonnevile, K. R. (2019). Associations between childhood maltreatment latent classes and eating disorder symptoms in a nationally representative sample of young adults in the United States. *Child Abuse & Neglect*, 98.

Halvgaard, K. (2015). Single case study: does EMDR psychotherapy work on emotional eating?. *Journal of EMDR Practice and Research*, 9(4), 188-197.

Holt-Lunstad, J., Smith, T. B., Baker, M., Harris, T., & Stephenson, D. (2015). Loneliness and social isolation as risk factors for mortality: A meta-analytic review. *Perspectives on Psychological Science*, 10(2), 227-237

Kenny, T. E., Carter, J. C., & Safer, D. L. (2019). Dialectical behavior therapy guided self-help for binge eating disorder. *Eating Disorders: Journal of Treatment and Prevention*.

Koeze, E., & Popper, N. (2020, April 7). The virus changed the way we internet. <https://www.nytimes.com/interactive/2020/04/07/technology/coronavirus-internetuse.html>

Linville, D., Brown, T., Sturm, K., & McDougal, T. (2012). Eating disorders and social support: Perspectives of recovered individuals. *Eating Disorders*, 20(3), 216-231.

Lock, J. D., Darcy, A. M., Fitzpatrick, K. K., Vierhile, M., & Sadeh-Sharvit, S. (2017). Parental guided self-help family based treatment for adolescents with anorexia nervosa: A feasibility study. *International Journal of Eating Disorders*, 50(9), 1104-1108

Loopstra, R. (2020). Vulnerability to food insecurity since the COVID-19 lockdown. https://foodfoundation.org.uk/wp-content/uploads/2020/04/Report_COVID19FoodInsecurity-final.pdf

Mihashi, M., Otsubo, Y., Yinjuan, X., Nagatomi, K., Hoshiko, M., & Tatsuya, I. (2009). Predictive factors of psychological disorder develop during recovery following SARS outbreak. *Health Psychology*, 28(1), 91-100.

Münch, A.L., Hunger, C., Schweitzer, J. (2016) An investigation of the mediating role of personality and family functioning in the association between attachment styles and eating disorder status. *BMC Psychology*, 4:36

Murphy, A., Steele, M., Dube, S. R., Bate, J., Bonuck, K., Meissner, P., Steele, H. (2013). Adverse Childhood Experiences (ACEs) Questionnaire and Adult Attachment Interview (AAI): Implications for parent child relationships. *Child Abuse & Neglect*, 38(2), 224-233.

Pike, K. M., Wifley, D., Hilbert, A., Fairburn, C. G., Dohm, F. A., & Striegel-Moore, R. H. (2006). Antecedent

- life events of binge-eating disorder. *Psychiatry Research*, 142(1), 19- 29.
- Racine, S. E., & Wildes, J. E. (2015). Emotion dysregulation and anorexia nervosa: an exploration of the role of childhood abuse. *International Journal of Eating Disorders*, 48(1), 55-58.
- Reger, M. A., Stanley, I. H., & Joiner, T. E. (2020). Suicide mortality and coronavirus disease 2019—a perfect storm? *JAMA psychiatry*.
- Sabik, N. J., Falat, J., & Magagnos, J. (2020). When self-worth depends on social media feedback: Associations with psychological well-being. *Sex Roles*, 82(7-8), 411-421.
- Silverman W.K., Goedhart A.W., Barrett P., Turner C. (2003). The facets of anxiety sensitivity represented in the Childhood Anxiety Sensitivity Index: Confirmatory analyses of factor models from past studies. *Journal of Abnormal Psychology* 112, 3, 364-374.
- Slater, A., Cole, N., & Fardouly, J. (2019). The effect of exposure to parodies of thin-ideal images on young women's body image and mood. *Body Image*, 29, 82-89.
- Smaji, V. A., & de la Fosse, C. (2019). EMDR treatment for anorexia nervosa triggered by early traumatic experiences. *Psychotherapy in Achieving Health and Well-being for Children and Young People*, 2(2), 65-76.
- Smits, J. A., Otto, M. W., Powers, M. B., & Baird, S. O. (2019). Anxiety sensitivity as a transdiagnostic treatment target. In *The Clinician's Guide to Anxiety Sensitivity Treatment and Assessment* (pp. 1-8). Academic Press.
- Spence, J., Titov, N., Johnston, L., Dear, B. F., Wootton, B., Terides, M., & Zou, J. (2013). Internet-delivered eye movement desensitization and reprocessing (iEMDR): an open trial. *F1000Research*, 2.
- Taylor, C. B., Sadeh-Sharvit, S., Fitzsimmons-Craft, E. E., Topooco, N., Rojas-Ashe, E., & Wilfley, D. E. (in press). Utilization of Technologies to Support Patients with Eating Disorders. In G. M. Reger (ed.) *Technology and Mental Health: A Clinician's Guide to Improving Outcomes*. Routledge Press.
- Tasca, G. A. (2019). Attachment and eating disorders: a research update. *Current opinion in psychology*, 25, 59-64.
- Touyz, S., Lacey, H., & Hay, P. (2020). Eating disorders in the time of COVID-19. *Journal of Eating Disorders* (2020) 8:19
- Trottier, K., & MacDonald, D. E. (2017). Update on psychological trauma, other severe adverse experiences and eating disorders: state of the research and future research directions. *Current Psychiatry Reports*, 19, 45.
- U.S. Department of Health and Human Services. (2008). Physical activity guidelines for Americans. President's Council on Physical Fitness & Sports Research Digest, 9(4), 1-8.
- Wang, C., Pan, R., Wan, X., Tan, Y., Xu, L., Ho, C. S., & Ho, R. C. (2020). Immediate psychological responses and associated factors during the initial stage of the 2019 coronavirus disease (COVID-19) epidemic among the general population in China. *International journal of environmental research and public health*, 17(5), 1729.
- Zaccagnino, M. (2017). *Nuove prospettive nella cura dei disturbi alimentari: Il ruolo dell'attaccamento nel lavoro clinico con EMDR*. Franco Angeli.
- Zaccagnino, M., Cussino, M., Callera, C., Civilotti, C., & Fernandez, I. (2017). Anorexia nervosa and EMDR: A clinical case. *Journal of EMDR Practice and Research*, 11(1), 43-53.
- Zervas, S. C., Watson, H. J., Hofmeier, S. M., Levine, M. D., Hamer, R. M., Crosby, R. D., Runfola, C. D., ... & Bulik, C. M. (2017). CBT4BN: A randomized controlled trial of online chat and face-to-face group therapy for bulimia nervosa. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 86, 47-53.

SITOGRAFIA

www.salute.gov.it

Covid-19 and eating disorders: the role of the EMDR therapy

The Covid-19 pandemic, officially recognized by the World Health Organization on March 11, 2020, has changed the lifestyle of people all over the world; with more than 6 million infected and 370,000 victims, the spread of the Coronavirus has obliged several countries to enforce lockdown measures in order to stop contagion. Social distancing, face masks, long queues at supermarkets, the obligation to stay at home have caused a general increase in stress, anxiety and fear of contagion and death (Wang et al., 2020). The consequences have been even more severe for people already suffering from mental health problems (Chaturvedi, 2020). Eating disorders are among the pathologies which may be most affected by the consequences of the lockdown measures (Reger et al., 2020).

KEY WORDS: pandemic, depressive symptoms, eating disorders

Problematiche psichiatriche e psicologiche del migrante: riflessioni sul trattamento di casi complessi

Uno studio condotto presso lo Spazio Salute Immigrati dell'Azienda Unità Sanitaria Locale di Parma, Italia

Psychiatric and psychological problems of the migrant: reflections on how to treat complex cases

A study conducted at the Immigrant Health Space of the Local Healthcare Unit of Parma, Italy

I flussi di migranti verso Paesi diversi dai loro territori di provenienza costituiscono oggi sicuramente uno dei problemi di maggior rilevanza a livello italiano, europeo e forse anche mondiale: ancor oggi molti di essi subiscono direttamente esperienze traumatiche, sia nel proprio Paese che nei Paesi di transito o d'arrivo, che provocano loro l'insorgenza di complesse problematiche psichiatriche e psicologiche. Il presente studio, condotto presso lo Spazio Salute Immigrati dell'Azienda Unità Sanitaria Locale di Parma (Italia), cerca di descrivere le modalità di presa in carico e di trattamento di queste persone attraverso l'analisi dei percorsi terapeutici attivati su un campione di 185 migranti presenti nella provincia di Parma nel periodo Dicembre 2015 - Luglio 2019.

FULVIO FRATI*, VERONICA NERI **

PAROLE CHIAVE: Approccio bio-psico-sociale, Disturbi mentali, Flussi migratori, Migranti, Provincia di Parma.

Introduzione

I flussi di migranti verso Paesi diversi dai loro territori di provenienza costituiscono oggi uno dei problemi di maggior rilevanza a livello italiano, europeo e forse anche mondiale. Molti di essi subiscono direttamente, sia nel proprio Paese che nei Paesi di transito o d'arrivo, esperienze traumatiche che provocano l'insorgenza di complesse

problematiche psichiatriche e psicologiche, che spetta poi ai Servizi Sanitari e Sociali dei territori d'accoglienza governare e trattare.

In Psicologia clinica e in Psichiatria (e, più in generale, anche in tutte le altre discipline Sanitarie) si definiscono "casi complessi" le situazioni di quei pazienti ed utenti nelle quali non solo occorre necessariamente l'intervento di professionisti di varie aree (medico-infermieristica, psicologico-psichiatrica, sociale ed educativa), ma anche un attento coordinamento delle diverse discipline ed aree operative implicate, avendo come obiettivo finale un'adeguata risposta ad uno specifico problema clinico ma anche e soprattutto la salute e il benessere complessivo della persona in un'ottica "bio-psico-sociale" (Engel, 1977).

La gestione dei "casi complessi" tra la popolazione migrante in provincia di Parma

In provincia di Parma, per la presa in carico e la gestione di questa tipologia di situazioni nella popolazione straniera di recente immigrazione è vigente da diversi anni un Protocollo d'intesa tra vari Enti pubblici ed Associazioni del Volontariato e del Privato Sociale, che ha istituito il cosiddetto C.I.S.S. ("Coordinamento Interdisciplinare Socio Sanitario") finalizzato all'individuazione dei percorsi di cura e di integrazione sociale delle situazioni di particolare vulnerabilità tra i cittadini stranieri richiedenti e titolari di protezione internazionale. Di tale organismo fanno parte, in particolare, l'Azienda Unità Sanitaria Locale di Parma, l'Azienda Ospedaliera Universitaria di Parma, il Centro Immigrazione Asilo e Cooperazione Internazionale (CIAC Onlus) di Parma ed i Comuni a capo dei Distretti del Territorio Provinciale (Parma, Borgo Val di Taro, Fidenza e Langhirano)

Il presente studio, condotto presso lo Spazio Salute Immigrati dell'Azienda Unità Sanitaria Locale di Parma che del CISS è quindi parte integrante, cerca di descrivere le modalità di presa in carico e di trattamento di queste persone (definibili appunto come «casi complessi») attraverso l'analisi dei percorsi terapeutici, concordati in sede di CISS, di una popolazione di 185 migranti presenti nella provincia di Parma nel periodo da Dicembre 2015 a Luglio 2019. In tale periodo di circa tre anni e otto mesi, infatti, sono state collegialmente prese in esame presso il CISS le situazioni di questi 185 utenti, di cui 134 maschi e 51 femmine.

Utenti per i quali è stata valutata la presa in carico da parte del Coordinamento Interdisciplinare Socio-Sanitario (CISS) da dicembre 2015 a luglio 2019 compresi (dati dal 17.12.2015 al 18.07.2019)

	BENEFICIARI:
MASCHI	134
FEMMINE	51
TOTALE:	185

Di questo campione complessivo, quindi, i maschi costituiscono il 72% e le femmine il 28%.

Le specifiche vulnerabilità prevalenti manifestate dalle persone prese in esame dal CISS in tale periodo riguardano un'ampia gamma di problematicità, e sono pertanto riassunte nella tabella seguente.

**Vulnerabilità prevalente nei beneficiari
dei quali è stata valutata la presa in carico
da parte del Coordinamento Interdisciplinare Socio-Sanitario
da dicembre 2015 a luglio 2019 compresi
(dati dal 17.12.2015 al 18.07.2019)**

VULNERABILITA' PREVALENTE:	BENEFICIARI:
Minori Stranieri Non Accompagnati (MSNA)	14 (di cui uno non MNSA certo)
Vittime di tratta	18 (di cui 4 non vittime di tratta certe)
Disagio mentale	63
Grave problematica sanitaria	31
Disabilità	3
Vittima di violenza e/o tortura (inclusa violenza domestica)	40
Abuso di sostanze	5
Problematiche sociali e di disadattamento	4
Problematica abitativa	1
Difficoltà legate alla genitorialità (gravidanza, donne sole con minore)	4
Nessuna vulnerabilità prevalente (valutazione prevista o effettuata ma nessuna presa in carico)	2
BENEFICIARI TOTALI:	185

In particolare, all'interno di questa popolazione complessiva di 185 utenti esaminati dal CISS esistevano già, al momento della loro presa in esame, 30 specifiche diagnosi psicopatologiche, eseguite da uno Psichiatra o da uno Psicologo, le quali sono riassunte nella tabella seguente.

**Diagnosi psicologiche/psichiatriche dei beneficiari
dei quali è stata valutata la presa in carico da parte del CISS
da dicembre 2015 a luglio 2019 compresi
(dati dal 17.12.2015 al 18.07.2019)**

DIAGNOSI:	BENEFICIARI:
Disturbo post-traumatico da stress	6
Disturbi psicotici	5
Disturbi d'ansia	2
Disturbi dell'umore	4
Disturbi di personalità	2
Disturbi da disadattamento sociale	4
Disturbo di conversione	1
Disturbi cognitivi	1
Disturbi del sonno	1
Disagio psicologico non altrimenti specificato	4
DIAGNOSI TOTALI:	30

Della complessiva popolazione esaminata di 185 utenti, poi, 24 utenti (pari al 13 %) sono stati valutati dal CISS come necessitanti una presa in carico di tipo psichiatrico, 36 altri utenti (pari al 19 %) sono stati considerati come necessitanti una presa in carico di tipo psicologico e altri 22 utenti (pari al 12 %, per un totale quindi di 82 utenti su un totale complessivo di 185 situazioni complesse esaminate) sono stati considerati come necessitanti di una presa in carico sia psichiatrica sia psicologica. I restanti 103 casi esaminati, pari al 56 % del totale, non sono invece stati giudicati come necessitanti invii o prese in carico psichiatriche o psicologiche, in quanto portatori di altri tipi di problematicità.

**Utenti valutati da parte del CISS di Parma
e contraddistinti da invii o prese in carico
psichiatriche e/o psicologiche
da dicembre 2015 a luglio 2019 compresi
(dati dal 17.12.2015 al 18.07.2019)**

	UTENTI:
Invio o presa in carico psichiatrica	24 (13%)
Invio o presa in carico psicologica	36 (19 %)
Invio o presa in carico sia psichiatrica che psicologica	22 (12%)
TOTALE:	82 (44 %)

Complessivamente, quindi, per tutti i 185 pazienti considerati dal CISS come “casi complessi” nel periodo qui esaminato, vale a dire dal Dicembre 2015 al Luglio 2019, sia che fossero essi portatori di problematiche psicologiche e/o psichiatriche sia che presentassero invece difficoltà prevalenti di altro tipo (e, in ogni caso, sulla base delle problematiche specifiche per ciascun caso evidenziatesi) sono stati progettati ed attivati interventi di tipo bio-psico-sociale integrato, attraverso il coinvolgimento congiunto di strutture sanitarie pubbliche e di servizi sociali pubblici e privati, al fine di svolgere programmi di assistenza e di cura “mirati” sulla base delle specifiche necessità di ciascuno di essi, come specificato nella tabella seguente.

**Strutture coinvolte nella gestione dei casi di utenti
dei quali è stata valutata la presa in carico
da parte del Coordinamento Interdisciplinare Socio-Sanitario
da dicembre 2015 a luglio 2019 compresi
(dati dal 17.12.2015 al 18.07.2019)**

Servizi o strutture Coinvolte nel caso	Spazio Salute Immigrati	Servizi Psichiatrici AUSL Parma	Altri Servizi Sanitari pubblici o privati convenzionati	Servizi Sociali del Comune di Residenza	Struttura di accoglienza dell'utente	Altro (specificare)
VULNERABILITA' PREVALENTE						
Minori Stranieri Non Accompagnati (MSNA)	13	1	3	2	14	Sportello provinciale asilo, laboratorio, iscrizione a scuola
Vittime di tratta	6	3	6	0	14	Tirocinio, formazione / lavoro, sportello asilo territoriale, Unità di strada, Servizio anti-tratta, Laboratorio
Disagio mentale	37	30	22	1	54	Corso di formazione, tirocinio, progetto rifugiato in famiglia, CPIA, laboratori, Croce Rossa internazionale, Informa stranieri, Sportello territoriale/provinciale asilo, Dormitorio, Volontariato, Servizio centrale, Psicologo della scuola, Spazio Salute Fidenza, Comune
Grave problematica sanitaria	16	3	23	3	20	Dormitorio comunale, sportello territoriale asilo, Procura, sportelli provinciali informativi, comunità terapeutica, Associazione Nazionale Mutilati e Invalidi Civili
Disabilità	2	0	3	0	3	
Vittima di violenza e/o tortura (inclusa violenza domestica)	27	5	19	1	33	CPIA, corso di formazione al lavoro, attestato hccp, associazione ottavo colore, unità di strada, centro antiviolenza, tirocinio, sportello territoriale/provinciale asilo, tribunale dei minori, prefettura, corsi promozione salute, dormitorio, centro interculturale
Abuso di sostanze	4	1	4	1	2	Formazione lavorativa, dormitorio, sportelli territoriali asilo
Problematiche sociali e di disadattamento	2	0	2	0	3	Sportello asilo, servizi di bassa soglia
Problematica abitativa	1	0	0	0	0	Sportello asilo, dormitorio
Difficoltà legate alla genitorialità (gravidezza, donne sole con minore)	2	1	1	1	4	Dormitorio
Nessuna vulnerabilità prevalente (valutazione prevista o effettuata ma nessuna presa in carico)	0	0	0	0	0	0
BENEFICIARI TOTALI:	185					

Anche per ognuno degli 82 utenti per i quali il CISS aveva individuato la necessità di una presa in carico psicologica e/o psichiatrica sono stati quindi proposti percorsi di cura e di assistenza personalizzati, al fine del loro miglior inserimento sociale possibile, basati sul coinvolgimento costante di vari Servizi e strutture nel rispetto di una visione integrata di tipo "bio-psico-sociale".

Essi sono stati condotti come segue:

1) Dei 24 utenti per i quali il CISS aveva ravvisato la necessità di una presa in carico psichiatrica, 16 hanno ricevuto assistenza psichiatrica presso lo Spazio Salute Immigrati di Parma, 19 hanno ricevuto assistenza psichiatrica presso i Servizi del Dipartimento di Salute mentale (Salute Mentale Adulti, Servizi per le Dipendenze Patologiche e Neuropsichiatria Infantile) dell'Azienda U.S.L. di Parma e 12 hanno ricevuto assistenza sanitaria anche da parte di altri Servizi pubblici o privati presenti sul territorio provinciale. L'assistenza psichiatrica specialistica a circa 2/3 di essi è

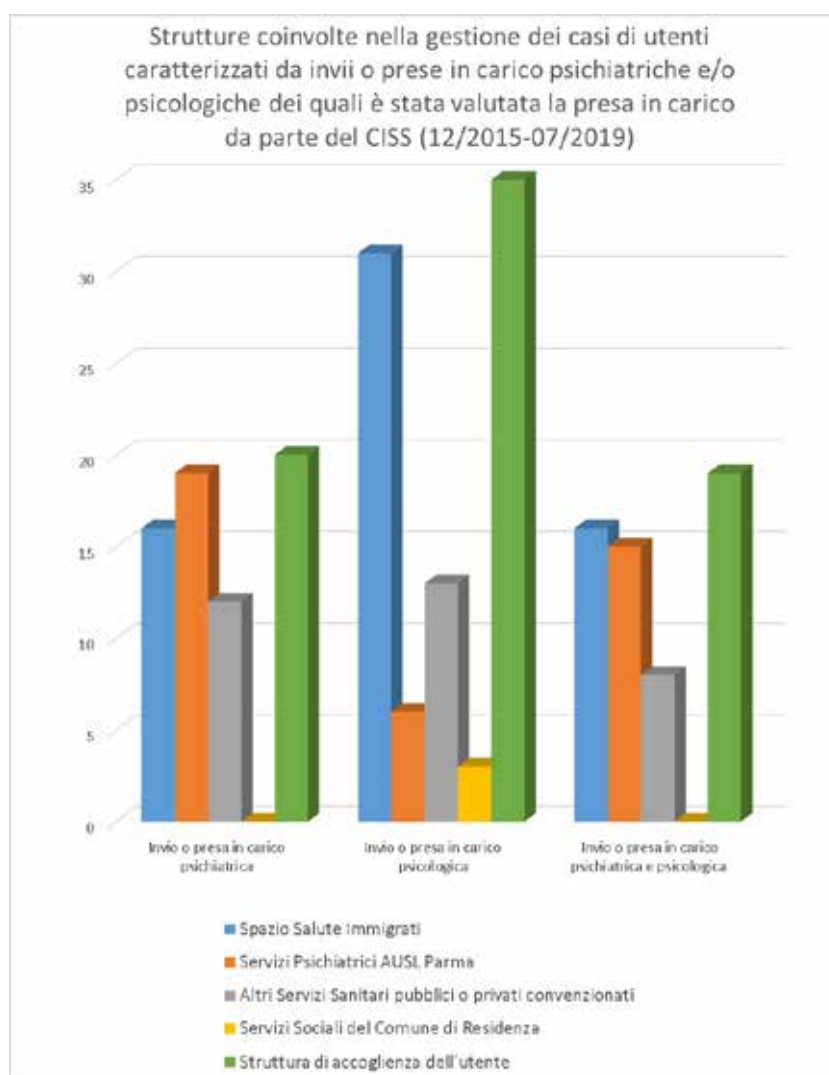
stata quindi fornita sia presso lo Spazio Salute Immigrati di Parma sia presso i Servizi del Dipartimento di Salute mentale del territorio provinciale, mentre metà di essi ha ricevuto anche altri tipi di assistenza sanitaria da parte di Servizi sanitari pubblici o privati convenzionati; per questo gruppo complessivo di utenti sono state peraltro attivate 20 strutture di accoglienza (solo una parte residuale di essi, quindi, non era o non era più ospite, durante il periodo di erogazione di tali prestazioni, di una struttura d'accoglienza di tipo residenziale).

2) Dei 36 utenti per i quali il CISS aveva ravvisato la necessità di una presa in carico psicologica, 31 hanno ricevuto prestazioni psicologiche presso lo Spazio Salute Immigrati di Parma, 6 hanno ricevuto prestazioni psicologiche presso i Servizi di Salute mentale dell'Azienda U.S.L. di Parma, 13 hanno ricevuto assistenza sanitaria da parte di altri Servizi pubblici o privati presenti sul territorio provinciale. Per questo tipo di utenza, quindi, l'assistenza psicologica è stata fornita quasi esclusivamente presso lo Spazio Salute Immigrati di Parma (solo in un sesto dei casi essa è stata fornita presso i Servizi del Dipartimento di Salute mentale); inoltre, per quasi la metà di essi sono state fornite prestazioni sanitarie anche da parte di altri Servizi pubblici o privati presenti sul territorio provinciale, e per una piccola parte di essi (solo, infatti, in 3 casi) sono state fornite prestazioni assistenziali da parte dei Servizi Sociali dei rispettivi Comuni di residenza. Peraltro, per questo gruppo complessivo di utenti sono state attivate 35 strutture di accoglienza, e quindi soltanto uno di essi, durante il periodo di erogazione di tali prestazioni, non era ospite di una struttura d'accoglienza di tipo residenziale.

3) Dei 22 utenti per i quali il CISS aveva ravvisato la necessità di una presa in carico sia psichiatrica che psicologica, 16 (quindi oltre i 2/3 di essi) hanno ricevuto questo tipo di prestazioni presso lo Spazio Salute Immigrati di Parma, 6 hanno ricevuto prestazioni psicologiche o psichiatriche presso i Servizi del Dipartimento di Salute mentale dell'Azienda U.S.L. di Parma ed 8, infine, hanno ricevuto assistenza sanitaria anche da parte di altri Servizi pubblici o privati presenti sul territorio provinciale. Per questo gruppo complessivo di utenti sono state peraltro attivate 19 strutture di accoglienza, e quindi soltanto tre di essi, durante il periodo di erogazione di tali prestazioni, non erano ospiti di una struttura d'accoglienza di tipo residenziale.

Per tutti e tre questi gruppi di «casi complessi» con bisogni psicologici e/o psichiatrici, quindi, appare evidente la centralità delle strutture di accoglienza residenziale, come rappresentato nel grafico qui a lato.

Pertutti gli utenti che fruivano di questo tipo di programmi personalizzati con supporto psicologico e/o psichiatrico, infine, sono stati di volta in volta coinvolti anche vari altri Servizi di tipo educativo, sanitario, sociale o giuridico presenti sul territorio provinciale o regionale, come riassunto nell'ultima colonna della tabella seguente.



Strutture coinvolte nella gestione dei casi di utenti caratterizzati da invii o prese in carico psichiatriche e/o psicologiche dei quali è stata valutata la presa in carico da parte del Coordinamento Interdisciplinare Socio-Sanitario da dicembre 2015 a luglio 2019 compresi (dati dal 17.12.2015 al 18.07.2019)

Servizi o strutture Coinvolte nel caso	Spazio Salute Immigrati	Servizi Psichiatrici AUSL Parma	Altri Servizi Sanitari pubblici o privati convenzionati	Servizi Sociali del Comune di Residenza	Struttura di accoglienza dell'utente	Altro (specificare)
Invii o prese in carico						
Invio o presa in carico psichiatrica	16	19	12	0	20	Corso di formazione, tirocinio, attestato HACCP, CPIA, Informastranieri, sportello territoriale asilo, patente
Invio o presa in carico psicologica	31	6	13	3	35	Corso di formazione, e corso patente, Croce Rossa Internazionale, Sportello territoriale, volontariato, tirocinio, Tribunale dei minori, Prefettura, corso promozione salute, Sportello provinciale asilo.
Invio o presa in carico psichiatrica e psicologica	16	15	8	0	19	Progetto rifugiato in famiglia, CPIA, laboratorio, Centro disturbi cognitivi, Associazione ottavo colore, Comune, tirocinio, psicologo scolastico.

La presa in carico psicologica dei migranti valutati come “casi complessi” presso lo spazio salute immigrati di Parma

La presa in carico psicologica dei migranti valutati come “casi complessi” presso lo Spazio Salute Immigrati di Parma avviene di norma tenendo conto delle loro esigenze individuali, della loro estrema sofferenza personale, delle indicazioni cliniche reperibili in letteratura e nel massimo rispetto di quanto previsto dal vigente Codice Deontologico degli Psicologi italiani.

Le due “diretrici fondamentali” di tale presa a carico sono perciò individuabili, da parte degli operatori coinvolti in tale processo, in una relazione terapeutica fondata sulla propria “autenticità” e su di una reale “capacità di ascolto” del paziente da parte degli operatori stessi.

Il primo importante requisito affinché si instauri una vera relazione d’aiuto tra un operatore del sistema dei Servizi alla persona ed un utente che ad esso si rivolge, non importa se tale operatore appartenga al settore pubblico o a quello privato, è infatti l’autenticità dell’operatore stesso, e cioè la modalità attraverso cui la sua persona si mostra. In questo contesto, per l’operatore saper ascoltare significa innanzitutto essere in grado di non giudicare: di non dare consigli non richiesti, ma di fornire tutt’al più solo utili informazioni se esplicitamente sollecitate, accettando profondamente dentro di sé il punto di vista di chi gli si rivolge richiedendo aiuto e cercando sempre di comprendere sia le parole che gli stati d’animo di chi ha di fronte, seppur eventualmente contrastanti con i propri punti di vista e le proprie opinioni. È infatti fondamentale, durante gli incontri ed i colloqui che si svolgono all’interno di una relazione d’aiuto, che l’utente si senta prima di tutto accettato e quindi, di conseguenza, anche realmente capito. Ciò appare indispensabile sia per favorire innanzitutto la costruzione di un legame di fiducia dell’utente con l’operatore sia per facilitare, di conseguenza, un’apertura ed una condivisione con l’operatore, da parte dell’utente, di ciò che per lui appare più recondito e difficile da esprimere.

Un elemento necessario per lavorare professionalmente nel settore dei Servizi di aiuto alla persona, ed in particolare nello Spazio Salute Immigrati di Parma, è pertanto la capacità, da parte dell’operatore, di riconoscere l’unicità dell’individuo che si rivolge

a lui, al di là delle caratteristiche superficiali. Per far ciò l'operatore deve, per prima cosa, conoscere i propri atteggiamenti, valori e comportamenti, in modo da non condizionare e soprattutto non giudicare chi ha di fronte. Si può (e si deve infatti) arrivare, in questo modo, ad avere e mostrare rispetto di sé e degli altri attuando nel concreto quel "principio di reciprocità" che nella relazione d'aiuto autentica appare a mio avviso irrinunciabile.

Occorre, in altre parole, da parte dell'operatore, arrivare a trasmettere all'utente un proprio convinto atteggiamento interno, ancor prima che esterno, di accettazione della persona che gli è davanti come individuo. Solo attraverso tale comunicazione si potrà infatti instaurare un rapporto di reciproca collaborazione, finalizzata alla tutela del paziente/utente nel completo rispetto sia della sua identità sia delle regole e delle norme che governano il proprio ruolo nella società civile. Per far ciò l'operatore ha bisogno di apprendere per sé stesso, tramite un lungo addestramento, tre caratteristiche di funzionamento mentale, fondamentali e irrinunciabili:

1. La rinuncia a qualunque atteggiamento manipolativo o anche solo condizionante nei confronti del paziente/utente.
2. La profonda consapevolezza della propria sostanziale impotenza di fronte alle scelte profonde del paziente/utente con cui sta interagendo, con la conseguente rinuncia a qualunque velleità relativa ad una propria ipotetica, spesso presente negli operatori in via di formazione, "onnipotenza terapeutica".
3. La conseguente, e non raggiungibile se non si rispettano le due precedenti condizioni, capacità di trattenere dentro di sé qualunque "proiezione" sul paziente, inclusa la proiezione dei propri desideri relativi al paziente stesso, in modo da consentire a se stesso il raggiungimento di una condizione mentale di neutra disponibilità all'ascolto autentico. Con un'espressione famosa, anche se un po' complessa e di non facile ed immediata comprensione, Bion ha definito sinteticamente tale condizione interna all'operatore come "attenzione fluttuante, senza memoria e senza desiderio", intendendo con ciò che l'operatore non deve giudicare l'utente, né "proiettare" su di lui i propri desideri e le proprie pregiudiziali aspettative.

Quindi il colloquio tra utente ed operatore può, nel rispetto di queste condizioni, proporsi di affrontare e sviluppare, sulla base dei bisogni e delle disponibilità dell'utente, varie aree tematiche da definirsi insieme (operatore ed utente in sostanziale accordo) caso per caso e di volta in volta. Tra le aree tematiche occorre a mio avviso citare almeno le seguenti:

- la reciproca comunicazione e l'interazione con l'altro;
- la soluzione dei conflitti ed il "problem-solving" dei bisogni che il paziente esprime e desidera affrontare;

1. la capacità di contatto con la propria vita emotiva, al fine di comprendere ed elaborare i sentimenti propri ed altrui che possono risultare significativi per la persona in difficoltà e per il suo rapporto con gli altri soggetti per lui significativi;
2. la capacità di formulare, tenere a mente e sottoporre a falsificazione o verifica le varie ipotesi necessarie per affrontare ogni specifica situazione che l'utente considera significativa;
3. la possibilità di sperimentare nel concreto lo scambio di esperienze, la costruzione di un linguaggio comune e la capacità di condividere le scelte circa gli interventi da attuare;
4. le modalità condivise di comportamento anche in relazione alla loro trasferibilità in diversi contesti e territori.

L'operatore dovrà sempre convintamente conformarsi ai sei principi deontologici fondamentali del professionista psico-sociale italiano contemporaneo, in un'ottica "europea":

1. Rispetto di tutti i diritti fondamentali delle persone, come questi ultimi sono stati definiti dalla "Dichiarazione universale dei diritti umani" adottata in riunione solenne a Ginevra dall'Assemblea Generale delle Nazioni Unite il 10 Dicembre 1948
2. Responsabilità individuale, professionale, sociale;
3. Integrità, onestà e probità dell'operatore: vale a dire, nel concreto, chiarezza, franchezza e lealtà a livello sia professionale sia personale;
4. Autonomia ed identità professionale ben consolidate da parte dell'operatore stesso;

5. Competenza (comprendendo in questo termine sia la consapevolezza delle proprie risorse sia l'autoconsapevolezza dei propri inevitabili limiti);
6. Promozione attiva del benessere individuale e sociale.

In coerenza con gli obiettivi suddetti, e tenendoli sempre presenti, durante gli incontri ed i colloqui con i loro pazienti ed utenti, gli operatori psico-sociali possono di volta in volta affrontare, ad esempio, le problematiche relative ai seguenti aspetti:

1. l'analisi della domanda loro realmente rivolta dall'utente;
2. l'ascolto come strumento di contrasto del disagio;
3. le operazioni mentali dell'ascolto;
4. i meccanismi di difesa che impediscono l'ascolto del disagio delle persone;
5. la capacità di essere in ascolto dell'altro (bambino, ragazzo, adolescente, adulto) e in ascolto di sé anche in presenza di disagi gravi;
6. le modalità, a volte simili ed a volte differenti, delle proprie resistenze all'ascolto del disagio del bambino, dell'adolescente e dell'adulto;
7. l'impatto con i propri sentimenti disorientanti di dolore, di impotenza, di rabbia e con altri sentimenti stressanti, con la conseguente eventuale esigenza di ricorrere a forti meccanismi difensivi di fuga, di minimizzazione, di distacco emotivo;
8. la consapevolezza circa le proprie modalità comunicative e relazionali abitualmente agite nei diversi contesti, individuandone i vantaggi e gli svantaggi che determinano la qualità e l'efficacia delle nostre relazioni;
9. la capacità di gestire con competenza i passaggi comunicativi che intervengono nella relazione d'aiuto, attraverso la pratica dell'ascolto profondo e della "collaborazione reciproca";
10. l'empatia effettivamente "messa in campo" all'interno di quella specifica situazione e di quella specifica relazione d'aiuto;
11. l'approfondimento, e l'eventuale trasformazione in direzione maggiormente positiva ed accettabile, delle emozioni di ansia e disagio reciprocamente espresse da operatore ed utente;
12. l'integrazione "corpo-mente" sia nel paziente sia nell'operatore stesso.

A nostro avviso, quindi, parafrasando e rendendo più comprensibile la sopra citata definizione di Bion, l'atteggiamento interiore di fondo che deve caratterizzare ogni operatore di qualunque qualifica all'interno di una relazione d'aiuto, e che è genericamente valido verso ogni tipo di paziente/cliente/utente, potrebbe sinteticamente essere definito come quello della "

disponibilità, nel rispetto delle norme, senza memoria e senza desiderio".

E, come ci insegna Josè Bleger nel suo celebre saggio sul colloquio presente nel suo testo *Psicoigiene e psicologia istituzionale*, ogni volta che l'operatore vorrebbe dire qualcosa, ma non è del tutto certo dell'assoluta correttezza sia tecnica sia deontologica di quello che sta per dire, dovrebbe, semplicemente, tacere ed ascoltare ancora.

Tutto ciò deve, infine, essere realizzato all'interno di una "cornice" formale che rispetti il cosiddetto principio del "consenso informato", inteso nel suo duplice aspetto di "consenso informato al trattamento dei dati personali e sensibili" (come stabilito da tutta la normativa attualmente vigente a livello nazionale ed europeo in materia di "privacy") e di "consenso informato al trattamento sanitario".

Conclusioni

Complessivamente, per i 185 pazienti presi in esame dal CISS dal dicembre 2015 al luglio 2019 sono stati progettati interventi di tipo bio-psico-sociale integrato. In particolare, per gli 82 utenti che avevano manifestato significative problematiche psicologiche o psichiatriche il programma di cura e di integrazione previsto è stato portato avanti attraverso il coinvolgimento congiunto di strutture sanitarie pubbliche e di servizi sociali pubblici e privati, sempre cercando di attuare la massima sinergia tra i professionisti di area psichiatrica, psicologica, sociale, educativa ed eventualmente anche giuridica.

Molti di questi programmi individualizzati e integrati, in particolar modo quelli avviati negli ultimi due anni, sono tuttora in corso e, considerando la vastità delle

problematiche presentate da queste tipologie di utenti, è plausibile prevedere che essi proseguiranno ancora, almeno nell'immediato futuro.

* Fulvio Frati – Psicologo, Psicoterapeuta, Criminologo Clinico presso lo Spazio Salute Immigrati dell'Azienda U.S.L. di Parma – Via XXII Luglio 27 – 43123 Parma - email: ffrati@ausl.pr.it – fulviofrati@libero.it

** Veronica Neri – Dottore in Scienze e Tecniche Psicologiche – Via Svizzera, 5 – 41122 Modena- email: veronica.neri@fastwebnet.it

BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

- Amnesty International (2017). Rapporto annuale 2016-2017. Disponibile da: <https://www.amnesty.it/rapporti-annuali/rapporto-annuale-2016-2017/>
- Amnesty International (2018). Rapporto annuale 2017-2018. Disponibile da: <https://www.amnesty.it/rapporti-annuali/rapporto-annuale-2017-2018/>
- Andreoli V. (1984). La norma e la scelta. Milano: A. Mondadori, 1984.
- Arrighetti, A., & Lasagni, A. (2011). Rimesse e migrazione. Ipotesi interpretative e verifiche empiriche. Milano: Franco Angeli, 2011.
- Bacigalupi, M., & Spina, A. (2018). Riconoscere un problema nascosto: L'emersione del trauma. Relazione presentata al convegno Parole e Gestì di cura, Zugliano (UD), Febbraio 2018.
- Bettin, G., & Cela, E. (2014). L'evoluzione storica dei flussi migratori in Europa e in Italia. Cattedra UNESCO SSIIM, 1-31.
- Bion W. R. (1981). Il cambiamento catastrofico. Torino: Loescher, 1981.
- Bion W. R. (1948). La psichiatria in tempo di crisi. In Psicosocioanalisi e crisi delle istituzioni, a cura di E. Cassani e G. Varchetta. Milano: Guerini, 1990.
- Bion W. R., (1993). Memoria del futuro. Milano: Cortina, 1993.
- Bleger J. (1966). Psicoanalisi del setting psicoanalitico. In Genovese C., (a cura di), Setting e processo psicoanalitico. Milano: Cortina, 1988.
- Bleger J., (1989). Psicoigiene e psicologia istituzionale. A cura di M. Rossetti e M. E. Petrilli. Loreto: Libreria Editrice Lauretana, 1989.
- Cantor-Graee, E., & Selten, J.P., (2005). Schizophrenia and Migration: a meta-analysis and review. The American Journal of Psychiatry, 162 (1), 12-24.
- Caritas e Migrantes. (2015). XXIV Rapporto Immigrazione 2014, Migranti, attori di sviluppo. Todi (PG): Tau Editrice., 2015 Disponibile da: <http://immigration.caritas.it/sites/default/files/2016-09/XXIV%20Rapporto%20Immigrazione%202014.pdf>
- Centro Studi e Ricerche Idos. (2011). Le migrazioni in Italia, scenario attuale e prospettive. Roma: Edizioni Idos, 2011.
- Coda Moscarola, F., & Fornero, E. (2005). Immigrazione: quale contributo alla sostenibilità del sistema previdenziale?. In M. Livi Bacci, L'incidenza economica dell'immigrazione. Torino: Giappichelli Editore, 2005.
- Cohal, A. (2014). Mutamenti nel romeno di immigrati in Italia. Milano: Franco Angeli Editore, 2014.
- De Berr, J., Raymer, J., Van Der Erf, R. Van Wissen, L. (2010). Overcoming the Problems of Inconsistent International Migration data: A New Method Applied to Flows in Europe. In European Journal of Population, 26 (4), 459-481.
- Dominelli, C. (2011). Il nodo della cittadinanza: ecco come funziona in Italia e nel resto d'Europa. Il Sole 24 Ore, 23 Novembre 2011. Disponibile da : https://www.ilssole24ore.com/art/notizie/2011-11-23/nodo-cittadinanza-ecco-come-110830.shtml?uuid=AaxcWsNE&refresh_ce=1
- Einaudi, L. (2007). Le politiche dell'immigrazione in Italia dall'Unità ad oggi. Bari: Laterza, 2007.
- Engel, G.L. (1977). The need for a new medical model. A challenge for biomedicine. Science: 196: 129-136.
- Fondazione ISMU, Devillanova, C. (2011). Immigrazione e finanza pubblica, XXVI rapporto sulle migrazioni 2010. Milano: Franco Angeli, 2011.
- Fondazione Leone Moressa. (2013). Rapporto sulla popolazione ucraina in Italia. Mestre (VE), 2013.
- Fondazione Leone Moressa. (2015a). Rapporto annuale sull'economia dell'immigrazione. Mestre (VE): Il Mulino, 2015.
- Fondazione Leone Moressa. (2015b). Il valore dell'immigrazione. Mestre (VE): Franco Angeli, 2015.
- Fondazione Migrantes. (2015). Rapporto italiani nel mondo 2015. Todi (PG): Tau Editrice, 2015.
- Gabriele, S. (2012). Dare e avere: migrazioni, bilancio pubblico e sostenibilità. In L. Ronchetti (cur.), I diritti di cittadinanza dei migranti. Il ruolo delle Regioni (pp. 301-327). Milano: Giuffrè Editore.
- Giorgia.vo. (2014, 8 dicembre). Wikimedia Commons. File:Rotte di migranti nel mediterraneo.svg. Disponibile da: [https://commons.wikimedia.org/w/index.php?curid=37196373%20https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Rotte_di_migranti_nel_mediterraneo.svg%20https://it.wikipedia.org/wiki/Rotte_di_migranti_nel_Mediterraneo%20\[CC%20BY-SA%204.0%20\(https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0\)\]](https://commons.wikimedia.org/w/index.php?curid=37196373%20https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Rotte_di_migranti_nel_mediterraneo.svg%20https://it.wikipedia.org/wiki/Rotte_di_migranti_nel_Mediterraneo%20[CC%20BY-SA%204.0%20(https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0)])
- Giardina, F. (2017). I disturbi da stress e/o traumatici del migrante. Relazione presentata al convegno Parole e Gestì di cura, Zugliano (UD), Febbraio 2018.
- ISTAT. (2011a). Il futuro demografico del Paese, Previsioni Regionali della Popolazione Residente al 2065. Disponibile da: <https://www.istat.it/it/files//2011/12/futuro-demografico.pdf>
- ISTAT. (2011b). Misurare l'immigrazione e la presenza straniera: una sfida continua per la statistica ufficiale. Disponibile da: https://www.istat.it/it/files/2011/02/Dossier_Istat_stranieri.pdf

ISTAT, il tuo accesso diretto alla statistica italiana. (2019). Stranieri residenti al 1° gennaio 2018. Disponibile da: http://dati.istat.it/Index.aspx?DataSetCode=DCIS_POPSTRRES1

ISTAT. (n.d.). Notizie sulla presenza straniera in Italia. Disponibile da: <http://www4.istat.it/it/immigrati>

Medici Senza Frontiere (2016). Traumi ignorati. Richiedenti asilo in Italia: un'indagine sul disagio mentale e l'accesso ai servizi sanitari territoriali. Disponibile da: http://archivio.medicisenzafrontiere.it/pdf/Rapp_Traumi_Ignorati_140716B.pdf

Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali. A cura della Direzione generale dell'immigrazione e delle politiche di integrazione. (2015). I Migranti nel Mercato del Lavoro in Italia, V Rapporto Annuale. Disponibile da: <https://immigrazione.it/rivista/articolo/5029>

Nykterinos (2017, 08 gennaio). File:Migranti sbarcati in Italia 1997-2016.png. [CC BY-SA 4.0 (<https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/>)]. Disponibile da: https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Migranti_sbarcati_in_Italia_1997-2016.png

OECD. (2013). International Migration Outlook 2013. OECD Publishing. Disponibile da: http://dx.doi.org/10.1787/migr_outlook-2013-en

Thierry, X., Herm, A., Kupiszewska, D., Nowok, B., & Poulain, M. (2005). How the UN recommendations and the forthcoming EU regulation on international migration statistics are fulfilled in the 25 EU countries? Relazione presentata al XXV International Population Conference. Luglio 2005. Disponibile da: https://www.academia.edu/1232806/How_the_UN_recommendations_and_the_forthcoming_EU_regulation_on_international_migration_statistics_are_fulfilled_in_the_25_EU_countries

Tuttitalia.it. (2019). Statistiche Demografiche. Cittadini stranieri in Italia – 2018. Disponibile da: <https://www.tuttitalia.it/statistiche/cittadini-stranieri-2018/>

Tuttitalia.it. (2019). Statistiche Demografiche. Cittadini stranieri 2018 - Emilia-Romagna. Disponibile da: <https://www.tuttitalia.it/emilia-romagna/statistiche/cittadini-stranieri-2018/>

United Nations. Department of Economic and Social Affairs. Population Division. (2013). Trends in international migrant Stock: the 2013 revision - migrants by Age and Sex. Disponibile da <https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/migration/migrant-stock-age-2013.pdf>

United Nation. Department of Economic & Social affairs. (2016). International Migration Report 2015. New York, 2016. Disponibile da: https://www.un.org/en/development/desa/population/migration/publications/migrationreport/docs/MigrationReport2015_Highlights.pdf

Wikipedia, l'enciclopedia libera. (2019). Immigrazione in Italia. Disponibile da: https://it.wikipedia.org/wiki/Immigrazione_in_Italia

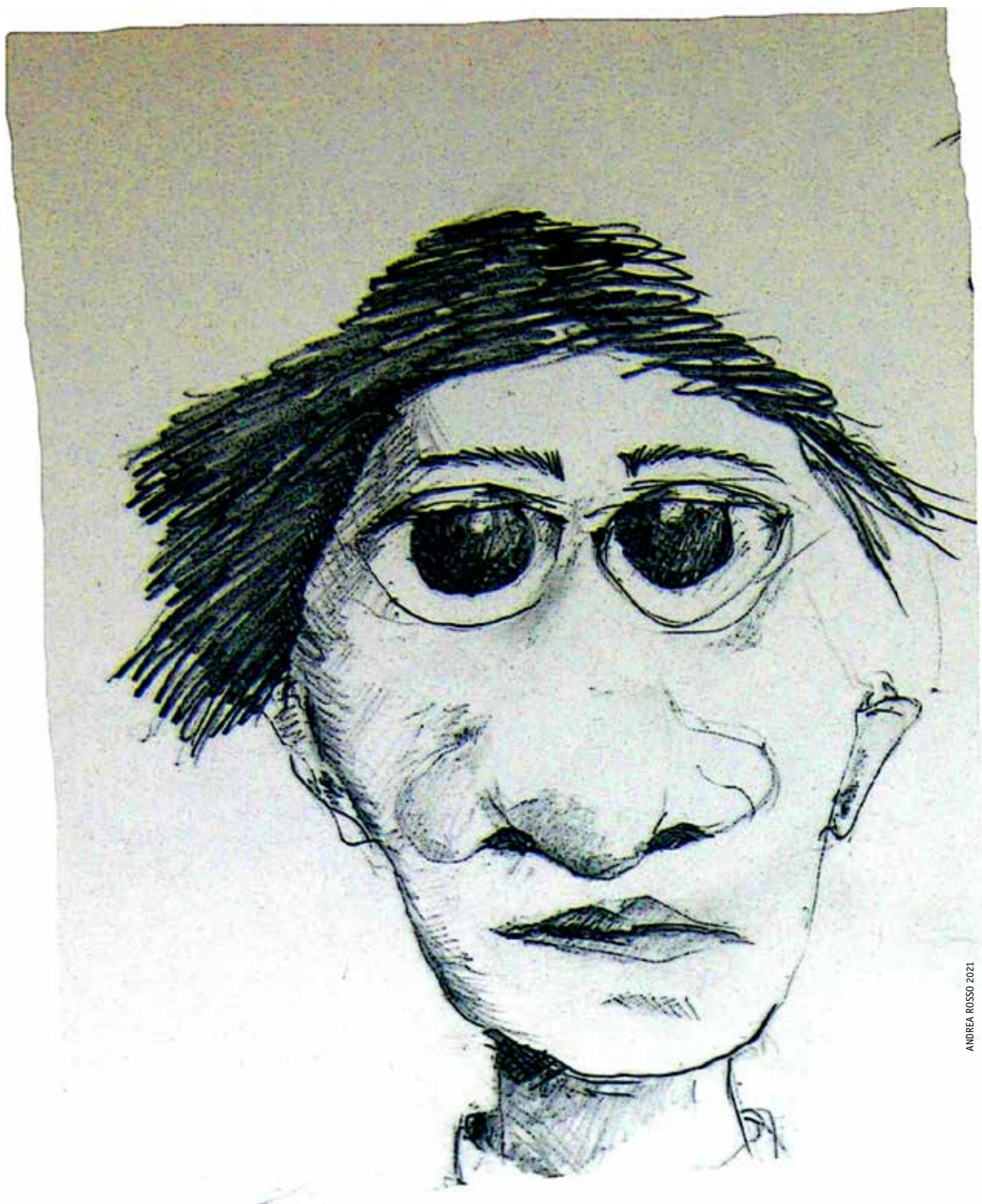
Psychiatric and psychological problems of the migrant: reflections on how to treat complex cases

The flows of migrants to Countries other than their territories of origin are certainly one of the most significant problems at the Italian, European and perhaps even Global levels today: many of them have to cope with traumatic experiences, which cause them to develop complex psychiatric and psychological problems, both in their own country, in transit countries and in countries of arrival.

The present study, conducted at the Immigrant Health Space of the Local Healthcare Unit of Parma (Italy), aims to describe the methods of treating and taking care of these people through the analysis of the therapeutic processes activated on a sample of 185 migrants in the Province of Parma in the period from December 2015 to July 2019.

KEYWORDS: Bio-psycho-social approach, Mental disorders, Migration flows, Migrants, Province of Parma

link
■ ricerche



ANDREA ROSSO 2021

Processi di adattamento nei sanitari dalla prima alla terza ondata pandemica

Adaptation processes in healthcare personnel from the first to the third pandemic waves

Durante l'epidemia Covid-19 l'Italia è stato uno dei Paesi più colpiti, con conseguenze dirette sul carico lavorativo ed emotivo del personale sanitario. Da aprile 2020 a giugno 2021 l'UOS di Psicologia Ospedaliera dell'AULSS 9 Verona – Regione del Veneto ha svolto quotidianamente attività di profilassi psicologica e di sostegno emotivo in risposta ai bisogni manifestati dai dipendenti durante la pandemia. Nel corso dell'attività clinica sono stati raccolti 304 questionari GHQ-12, con l'obiettivo di valutare quali effetti ha avuto il Covid sul benessere psicologico dei sanitari in relazione al reparto di provenienza (aree Covid+ e aree No-Covid) e al periodo di rilevazione (aprile-settembre 2020 e marzo-giugno 2021).

I risultati mostrano alcuni dati significativi: a) la presenza di uno stato di "evidente disagio" tra gli operatori; b) un progressivo aumento dei livelli di distress tra i dipendenti delle aree Covid+ e una progressiva diminuzione degli stessi in aree No-Covid, in relazione alle ondate pandemiche. Le evidenze riscontrate mettono in luce la necessità di implementare pratiche che possano prevenire l'esordio di condizioni psicopatologiche e promuovere il benessere psicologico dei lavoratori.

AUTORI: PIETRO MADERA, FRANCESCA DAL MASO*, SEBASTIANO ZANETTI**

PAROLE CHIAVE: Covid-19; personale sanitario; General Health Questionnaire; distress.

Introduzione

Dalla sua comparsa a Wuhan nel dicembre 2019, la Sars-CoV-2 si è diffusa rapidamente e con risultati imprevedibili in tutto il mondo. L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha dichiarato il COVID-19 un'emergenza sanitaria di interesse internazionale. Durante la pandemia l'Italia è stata uno dei Paesi più colpiti, contando oltre 4.616.808 individui contagiati e più di 129.558 vittime (Istituto Superiore di Sanità, 2021). Nel tentativo di salvaguardare la salute della collettività sono state adottate molteplici misure precauzionali: l'isolamento, il distanziamento sociale, l'uso di dispositivi di protezione per ridurre la diffusione di nuove infezioni, etc. (Tan et al., 2020b; Wang et al., 2020b; Wilder-Smith e Freedman, 2020). Ciò ha determinato un significativo e progressivo deterioramento del benessere fisico e psichico della popolazione (Li, Wang, Xue, Zhao, & Zhu, 2020), aggravato dalle condizioni di incertezza e dalla gravità della situazione pandemica. Indubbiamente, la categoria più esposta a fattori stressogeni è stata quella degli

operatori sanitari. Tra le cause principali si annoverano: un costante aumento del tasso epidemiologico e dei decessi, l'assenza di trattamenti medici specifici, la mancanza di dispositivi di protezione e la sensazione di supporto inadeguato della rapida e improvvisa riorganizzazione del personale, un aumento del carico di lavoro (Lai et al., 2020; Shanafelt, Jonathan, & Mickey, 2020). Inoltre, in coloro che hanno lavorato a diretto contatto con pazienti Covid, sono insorte preoccupazioni relative al poter diventare vittime e veicoli di contagio (Moazzami, Razavi-Khorasani, Moghadam, Farokhi, & Rezaei, 2020; Liu et al., 2020; Ran et al., 2020).

Studi recenti hanno evidenziato quali sono stati gli outcome psicologici più comuni nel personale ospedaliero (Luo, Guo, Yu, Jiang, & Wang, 2020; Preti et al., 2020). I dati hanno evidenziato un aumento significativo dei livelli di ansia e depressione (Luo et al., 2020), di burnout e di sintomi somatici (Barello, Palamenghi, & Graffigna, 2020).

Alla luce di tali evidenze, lo scopo di questo lavoro è stato quello di valutare l'impatto che la pandemia ha avuto sul personale di alcuni ospedali spoke dell'ULSS 9 Scaligera (Verona), da aprile 2020 a giugno 2021. Tali effetti sono stati indagati anche in relazione all'area di lavoro (Area Covid+ e Area No-Covid) e al periodo di rilevazione (prima ondata-2020 e terza ondata-2021).

Materiali e metodi

La presente indagine è una raccolta dati multi-centrica condotta presso le diverse sedi ospedaliere dell'ULSS 9 Scaligera: San Bonifacio (VR), Villafranca (VR) e Legnago (VR), durante il periodo da aprile 2020 a giugno 2021 (prima ondata: aprile-settembre 2020, terza ondata: marzo-giugno 2021).

L'Unità Operativa Semplice di Psicologia Ospedaliera dell'Azienda ULSS 9 Scaligera (Regione del Veneto) ha costituito già dal 23 marzo 2020 un'équipe psicologica per l'emergenza (EPE) composta da 8 professionisti per svolgere attività di profilassi e sostenere emotivamente in modo tempestivo medici, infermieri e operatori socio-sanitari. La distribuzione dell'équipe psicologica nei diversi reparti e sedi ha permesso un'azione coordinata e capillare.

L'indagine è stata un'iniziativa nata in risposta alle richieste di supporto psicologico manifestate dai dipendenti sanitari impiegati sia in reparti a diretto contatto con pazienti Covid (gruppo aree Covid+), sia in reparti Covid-free (gruppo aree No-Covid). I sanitari dell'area Covid+ provenivano da diversi reparti: area internistica, chirurgica, emergenziale, gruppo tamponi, lungodegenza. Quelli delle aree No-Covid provenivano da senologia, neuropsichiatria, oncologia, Spisal, servizi territoriali, servizi ambulatoriali, area materno-infantile, personale amministrativo.

Il protocollo realizzato prevedeva: a) incontri giornalieri di *defusing* in presenza in piccoli gruppi (a fine turno) con gli operatori sanitari dell'area Covid+ e, a inizio turno con i sanitari del Pronto Soccorso, al fine di fare una prima rielaborazione dell'impatto emotivo della pandemia a livello personale; b) colloqui psicologici individuali in presenza con lo scopo di sostenere il personale sanitario e prevenire che molte situazioni di disagio evolsero in quadri sintomatologici gravi e significativi; c) corsi di formazione ECM per il personale sanitario. All'interno di questa cornice ai partecipanti veniva somministrato il *General Health Questionnaire-12* (Giorgi et al., 2014; Goldberg et al., 1997). È uno strumento self-report, di facile e rapida somministrazione, ed ha lo scopo di rilevare i livelli di distress psicologico indagando la presenza di depressione, ansia, deterioramento sociale e ipocondria (principalmente indicata da sintomi somatici) di cui il soggetto può aver sofferto nelle ultime due settimane. È composto da 12 item che descrivono stati psicologici connotati e attività quotidiane (ad esempio: capacità di concentrazione, senso di utilità, disturbi del sonno, incapacità di fronteggiare le difficoltà, ...). Al soggetto viene chiesto di rispondere confrontando la propria situazione presente rispetto a quella abituale, su una scala Likert 4 punti (0-3). Il punteggio totale colloca l'individuo su un continuum i cui poli sono costituiti da una condizione di "benessere psicologico" (assenza di sintomi psichici) a una condizione di "disordine psichico". I livelli di gravità sono: tipico (< 12 pt), più del tipico (13-15 pt), evidente disagio (16-20 pt) e grave distress (>20 pt).

Risultati

Di seguito vengono riportati i risultati. Le analisi statistiche sono state effettuate con il software SPSS-20. La prima parte dei risultati verterà sulla composizione del campione; in seguito verrà preso in esame il questionario GHQ-12, dapprima analizzando il campione nella sua interezza e, successivamente, distinguendo i dati per area di provenienza (Covid+ e NO-Covid) e per periodo di rilevazione. I dati sono stati sottoposti ad analisi di tipo descrittivo e inferenziale (Chi quadro e t di Student) con criterio di significatività fissato a $p = 0.05$.

Caratteristiche del campione

Il campione complessivo oggetto di questa indagine è composto da 304 partecipanti (270 donne, 34 uomini), così formato: 204 dipendenti provenienti dalle aree Covid+ e 100 dipendenti delle aree NO-Covid.

L'analisi del Chi quadro ha riscontrato differenze significative nella distribuzione campionaria rispetto al genere (prevalentemente femminile; $p < 0.01$), alla sede ($p < 0.01$) e all'area di provenienza (prevalentemente dalle Covid+; $p < 0.01$). Vedi Tabella 1.

Caratteristiche del campione (n° tot = 304)	
Genere **	
Uomini	34(11.2%)
Donne	270 (88,8%)
Sede ospedaliera **	
San Bonifacio	143 (47%)
Legnago	57 (18.8%)
Villafranca	104 (34.2%)
Reparto di provenienza **	
<u>Covid+</u> Area	204 (67.1%)
<u>No-Covid</u> Area	100 (32.89%)
Periodo di rilevazione	
2020	149 (49%)
2021	155 (51%)

Tabella 1 - Caratteristiche del campione; N(%); * $p < 0.05$, ** $p < 0.01$

GHQ-12

Complessivamente, il personale sanitario ha riportato al GHQ-12, un punteggio medio di $16,20 \pm 6,88$ equivalente ad un livello di “evidente disagio”.

Da una prima analisi, considerando il campione nell'intero periodo di rilevazione, non emergono differenze significative per quanto riguarda il genere e l'area di lavoro (vedi Tabella 2). Il gruppo proveniente dall'area Covid+ ha riportato mediamente un punteggio totale di $16,36 \pm 6,89$, mentre il gruppo No-Covid di $15,86 \pm 6,91$ ($p > 0,05$).

Punteggi al GHQ-12 e livelli di distress			
	Covid+ Area	No-Covid Area	tot
GHQ-12 tot	16.36 (6.89)	15.86 (6.91)	16.20 (6.88)
Uomini	16.35 (7.84)	19.94 (6.52)	18.15 (7.33)
Donne	16.36 (6.81)	15.02 (6.72)	15.95 (6.80)
Livello di distress			
Tipico	67 (32.84%)	39 (39%)	106 (34.87%)
Più del tipico	32 (15.69%)	11 (11%)	43 (14.14%)
Evidente disagio	47 (23.04%)	22 (22%)	69 (22.70%)
Grave distress	58 (28.43%)	28 (28%)	86 (28.29%)

Tabella 2 - Punteggi General Health Questionnaire (GHQ-12), M (DS) e N(%)

Complessivamente, il 32.84% di chi proveniva dall'area Covid+ rispetto al 39% di chi lavorava in aree No-Covid, ha presentato un livello di disagio “tipico”, il 15.69% rispetto al 11% “più del tipico”, il 23.04% rispetto al 22% “evidente disagio” e il 28.43% rispetto al 28% “grave distress”.

Mantenendo questa distinzione per area di lavoro (Covid+, No-Covid), si è ritenuto opportuno approfondire le analisi, ponendo il focus sui risultati ottenuti al GHQ-12 in base al periodo di rilevazione. Mediante il t di Student sono stati confrontati i punteggi ottenuti durante la prima e la terza ondata: nel 2020 la media totale è di $17,91 \pm 7,49$ in area No-covid mentre nel 2021 è di $14,25 \pm 6,06$ ($p < 0,01$); allo stesso modo in area Covid+ nel 2020 la media totale è di $15,76 \pm 6,91$ mentre nel 2021 è di $17,00 \pm 6,84$ ($p = 0,20$). Emerge quindi un progressivo aumento del distress dei dipendenti delle aree Covid+ e una progressiva diminuzione dello stesso indicatore in area No-Covid (vedi Tabella 3 e Grafico 1).

Punteggi al GHQ-12 durante 1° e 3° ondata			
	2020	2021	
GHQ-12 totale			
Covid+ Area	15.76 (6.91)	17 (6.84)	
No-Covid Area	17.91 (7.49)	14.25 (6.06)	**

Tabella 3 - Punteggi General Health Questionnaire (GHQ-12) distinti per area di provenienza e periodo di rilevazione; M (DS) ; * $p < 0,05$, ** $p < 0,01$

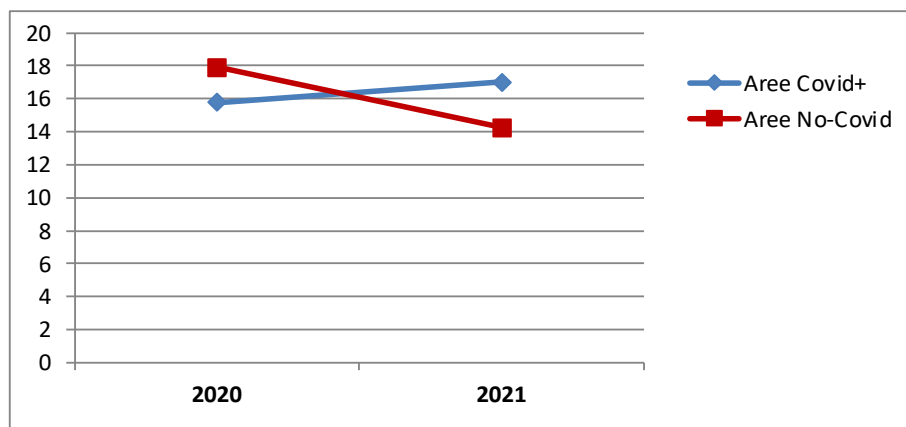


Grafico 1 - Distribuzione dei punteggi al General Health Questionnaire (GHQ-12) distinti per area di provenienza e periodo di rilevazione

Discussione e conclusioni

In seguito all'inizio della pandemia Sars-Cov-2 gli operatori sanitari si sono trovati a dover fronteggiare una situazione di emergenza complessa, sia dal punto di vista organizzativo, che dal punto di vista delle risorse personali e di adattamento (*coping*). Ad un primo esame, considerando l'intero periodo di rilevazione, non emergono differenze significative al questionario GHQ-12 per quanto riguarda genere e area di lavoro. Tuttavia, è possibile constatare come gli operatori sanitari, in generale, abbiano riportato punteggi indicativi di uno stato di "evidente disagio". Ciò corrisponde a uno stato diffuso di malessere psicologico, imputabile all'impatto che la pandemia Covid-19 ha avuto sulla sfera personale, lavorativa e sociale dei dipendenti.

Analisi più approfondite evidenziano un dato rilevante: confrontando i punteggi medi ottenuti al GHQ-12 nelle due aree emerge una differenza significativa in relazione al periodo delle ondate pandemiche. Infatti, tra 2020 e 2021 si può riscontrare un'inversione di tendenza rispetto al vissuto di distress psicologico degli operatori. In particolare, nelle aree No-Covid si evidenzia una diminuzione dei livelli di distress, viceversa nelle aree Covid+ si evidenzia un graduale aumento.

Nel corso del tempo sembra essersi verificato un progressivo processo di adattamento da cui sono scaturiti esiti diversi a seconda dell'area di lavoro. Da un lato, negli operatori impiegati in area No-Covid si è verificata una diminuzione dei livelli di distress – probabilmente conseguenziale ad un adattamento passivo alla situazione; ciò può aver determinato la riorganizzazione delle strategie di *coping*, la modifica dei propri schemi mentali e comportamentali agevolando quindi il ritorno ad un livello di attivazione basale.

Dall'altro lato, nei sanitari dell'area Covid+, si è verificato un aumento dei livelli di distress. L'esposizione costante a questo contesto lavorativo emergenziale ha determinato un esaurimento delle risorse adattive e quindi un peggioramento del distress negli operatori.

Alla luce delle evidenze riscontrate, risulta fondamentale una presa in carico della salute psicologica degli operatori sanitari, a prescindere dall'area di lavoro. In particolare, si rende necessaria la promozione del benessere psicologico dei dipendenti anche attraverso la costruzione di opportuni spazi di condivisione, discussione e rielaborazione emotiva dei vissuti personali, così da restituire agli operatori un maggiore senso di efficacia e di controllo della situazione. La presenza di procedure definite e di un'adeguata distribuzione delle informazioni è stato un primo fattore protettivo (Ballottin, Crescentini, & Amore, 2020) che ha favorito un miglior adattamento durante la prima ondata di emergenza Covid. Tuttavia, il protrarsi della pandemia ha messo in luce i limiti di un approccio esclusivamente "protocollare", che seppur efficace nel breve termine, si è rivelato insufficiente nel lungo termine non essendo in grado di rispondere ai bisogni emotivi e psicologici del personale sanitario.

Alla luce di queste considerazioni, l'UOS Psicologia Ospedaliera ha organizzato una



formazione *ad hoc* per gli operatori sanitari (dal titolo “Anticoronavirus psicologico: dalla resistenza allo stress verso il benessere psicologico”) al fine di riflettere sull’esperienza vissuta e promuovere le strategie di *coping* finalizzate ad una rapida ripresa della salute psicofisica. Sono state previste 24 edizioni di un modulo formativo esperienziale di 3 ore e mezza ciascuno per un massimo di 15 operatori sanitari in presenza distribuiti sui 3 presidi dell’Azienda Ospedaliera Ulss 9 (ospedali della provincia di Verona: San Bonifacio, Villafranca e Legnago) a partire da maggio fino ad ottobre 2021.

Stabilito che la salute è “uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale” (Organizzazione Mondiale della Sanità, 1946), diventa quindi evidente la necessità di riservare uno spazio dedicato a questi processi psicologici poiché, se avviati correttamente, permettono l’elaborazione emotiva dell’esperienza pandemica facilitando e favorendo il recupero rapido del benessere e prevenendo l’esacerbazione di stati di disagio più o meno latenti.

* Psicologo clinico, Responsabile UOS Psicologia Clinica, Ospedale di San Bonifacio, AULSS 9 Scaligera, Verona. E-mail: pietro.madera@aulss9.veneto.it

Dott.ssa in Psicologia clinica, tirocinante presso UOS Psicologia Clinica Ospedaliera Ospedale San Bonifacio, AULSS 9 Scaligera, Verona. E-mail: francesca.dalmaso95@gmail.com

** Psicologo clinico, specializzando in Psicoterapia, UOS Psicologia Clinica Ospedaliera Ospedale San Bonifacio, AULSS 9 Scaligera, Verona. E-mail: sebastiano.zanetti.12@gmail.com

BIBLIOGRAFIA

Ballottin, A., Crescentini, A., & Amore, F. (2020). Una proposta operativa di intervento nel cambiamento dei processi produttivi e il ruolo dello psicologo del lavoro e delle organizzazioni [A proposal for intervention about the change of production processes and the role of work and organizations psychologists]. Retrieved from <https://www.psy.it/wp-content/uploads/2020/05/SIPL0-DOCUMENTO.pdf>

Barello, S., Barello, S., Palamenghi, L., & Graffigna, G. (2020). Burnout and somatic symptoms among frontline healthcare professionals at the peak of the Italian COVID-19 pandemic. *Psychiatry*

Giorgi, G., Perez, J. M. L., D'Antonio, A. C., Perez, F. J. F., Arcangeli, G., Cupelli, V., & Mucci, N. (2014). The general health questionnaire (GHQ-12) in a sample of Italian workers: mental health at individual and organizational level. *World Journal of Medical Sciences*, 11, 47–56. doi: 10.5829/idosi.wjms.2014.11.1.83295

Goldberg, D. P., Gater, R., Sartorius, N., Ustun, T. B., Piccinelli, M., Gureje, O., & Rutter, C. (1997). The validity of two versions of the GHQ in the WHO study of mental illness in general health care. *Psychological Medicine*, 27, 191–197. doi: 10.1017/S0033 29179 60042 42

Istituto Superiore di Sanità (2021). *Epidemia COVID-19. Aggiornamento nazionale 15 settembre 2021* Retrieved from <https://www.epicentro.iss.it/coronavirus/sars-cov-2-sorveglianza-dati>

Lai, J., Ma, S., Wang, Y., Cai, Z., Hu, J., Wei, N., ... & Hu, S. (2020). Factors associated with mental health outcomes among health care workers exposed to coronavirus disease 2019. *JAMA network open*, 3(3), e203976-e203976.

Li, S., Wang, Y., Xue, J., Zhao, N., & Zhu, T. (2020). The Impact of COVID-19 Epidemic Declaration on Psychological Consequences: A Study on Active Weibo Users. *International journal of environmental research and public health*, 17(6), 2032. <https://doi.org/10.3390/ijerph17062032>

Liu, X., Kakade, M., Fuller, C. J., Fan, B., Fang, Y., Kong, J., ... Wu, P. (2012). Depression after exposure to stressful events: lessons learned from the severe acute respiratory syndrome epidemic. *Comprehensive psychiatry*, 53(1), 15-23. doi: 10.1016/j.comppsy.2011.02.003

Luo, M., Guo, L., Yu, M., Jiang, W., & Wang, H. (2020). The psychological and mental impact of coronavirus disease 2019 (COVID-19) on medical staff and general public – A systematic review and meta-analysis. *Psychiatry research*, 291, 113-190. doi: 10.1016/j.psychres.2020.113190

Moazzami, B., Razavi-Khorasani, N., Dooghaie Moghadam, A., Farokhi, E., & Rezaei, N. (2020). COVID-19 and telemedicine: Immediate action required for maintaining healthcare providers well-being. *Journal of clinical virology: the official publication of the Pan American Society for Clinical Virology*, 126, 104-345. doi: 10.1016/j.jcv.2020.104345

Preti, E., Di Mattei, V., Perego, G., Ferrari, F., Mazzetti, M., Taranto, P., ... Calati, R. (2020). The Psychological Impact of Epidemic and Pandemic Outbreaks on Healthcare Workers: Rapid Review of the Evidence. *Current psychiatry reports*, 22(8), 43. doi: 10.1007/s11920-020-01166-z

Ran L., Chen X., Wang Y., Wu W., Zhang L., Tan X. (2020). Risk Factors of Healthcare Workers with Corona Virus Disease 2019: A Retrospective Cohort Study in a Designated Hospital of Wuhan in China. *Clin. Infect. Dis.* ciaa287. 10.1093/cid/ciaa287.

Shanafelt, T., Ripp, J., & Trockel, M. (2020). Understanding and addressing sources of anxiety among health care professionals during the COVID-19 pandemic. *Jama*, 323(21), 2133-2134.

Tan W., Hao F., McIntyre R. S., Jiang L., Jiang X., Zhang L., et al. . (2020b). Is returning to work during the COVID-19 pandemic stressful? A study on immediate mental health status and psychoneuroimmunity prevention measures of Chinese workforce. *Brain. Behav. Immun.* 87, 84–92. 10.1016/j.bbi.2020.04.055

Wang C., Pan R., Wan X., Tan Y., Xu L., McIntyre R. S., et al. (2020b). A longitudinal study on the mental health of general population during the COVID-19 epidemic in China. *Brain. Behav. Immun.* 87, 40–48. 10.1016/j.bbi.2020.04.028

Wilder-Smith, A., & Freedman, D. O. (2020). Isolation, quarantine, social distancing and community containment: pivotal role for old-style public health measures in the novel coronavirus (2019-nCoV) outbreak. *Journal of travel medicine*.

World Health Organization. (1946) Constitution of the world health organization

Adaptation processes in healthcare personnel from the first to the third pandemic waves

During the Covid-19 epidemic, Italy was one of the countries which were most affected, with direct consequences on the work and emotional weight of healthcare personnel. From April 2020 to June 2021, the UOS of Hospital Psychology at AULSS 9 Verona - Veneto Region, carried out daily psychological prophylaxis and emotional support activities, in response to the needs expressed by employees during the pandemic.

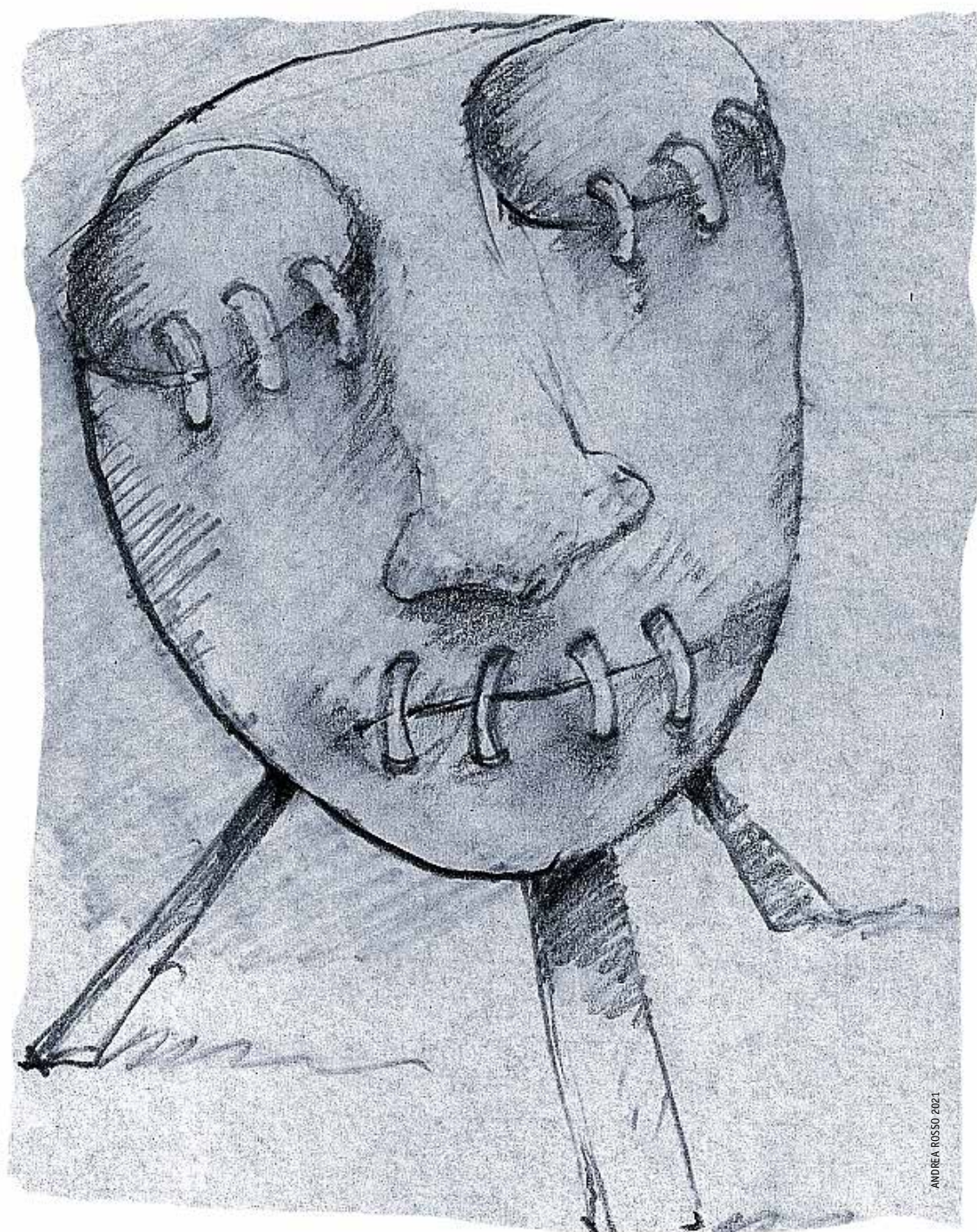
During this clinical activity were also collected 304 GHQ-12 questionnaires, with the aim of evaluating what effects Covid had on the psychological well-being of healthcare workers in relation to the working department (Covid+ areas and No-Covid areas) and the survey period (April-September 2020 and March-June 2021).

The results show some significant data: a) the presence of a state of “evident distress” among workers; b) a progressive increase in levels of distress among employees in Covid+ areas and a progressive decrease of the same in No-Covid areas, in relation to the pandemic waves.

These findings highlight the necessity of implementing practices that can prevent the onset of psychopathological conditions and promote the psychological well-being of workers.

Keywords: Covid-19; healthcare workers; General Health Questionnaire 12; distress.

link
■ una storia
clinica



ANDREA ROSSO 2021

Psicoterapia e disturbi da abuso di sostanze. Dal trattamento supportivo alla cura fenomenologica

Psychotherapy and addiction disorders. From supportive therapy to phenomenological treatment

Un argomento non sempre adeguatamente tematizzato riguarda la psicoterapia dei disturbi da abuso di sostanze. Partendo dalla considerazione del carattere complesso e multiproblematico di questa peculiare psicopatologia, si proverà a rintracciare nel trattamento supportivo il canone fondamentale del processo di cura. In seguito, estendendo il discorso, si cercherà di includere nel novero delle psicoterapie adatte a rispondere agli aspetti tipici di queste condizioni cliniche la possibilità di una cura orientata fenomenologicamente

ANTONIAETTA GRANDINETTI*, FRANCESCO GRIECO**

PAROLE CHIAVE: disturbi da abuso di sostanze, psicoterapia supportiva, fenomenologia clinica.

In questa sede si cercherà di puntualizzare un aspetto piuttosto controverso della terapia dei disturbi da abuso di sostanze, vale a dire l'intervento psicoterapico, nelle sue possibilità e criticità. Proveremo ad articolare il discorso, avvalendoci anche dell'ausilio di una narrazione clinica, al fine di sviluppare un abbozzo di discussione tesa a indicare le "virtuali" condizioni di possibilità che consentono la messa in opera di tale intervento.

Una questione che colpisce immediatamente è la scarsa considerazione di cui godono i disturbi da abuso di sostanze, in genere, nei programmi di formazione delle scuole di psicoterapia, emblematica testimonianza, probabilmente, del carattere ostico e spesso poco disponibile al cambiamento mostrato dai pazienti affetti da questa condizione clinica; la stessa definizione OMS di "malattia cronico-ricidivante" probabilmente scoraggia dal prendere sul serio il lavoro psicoterapeutico diretto a un problema clinico di tale portata. Eppure innumerevoli esperienze, riflessioni e teorizzazioni hanno incardinato concrete prassi terapeutiche sul terrapieno solido dei trattamenti classici. È pur tuttavia evidente che i *setting* tradizionali necessitano di un adeguamento anche sostanziale allo specifico psicopatologico che i disturbi da abuso di sostanze esibiscono, cosa che impone alla stessa articolazione didattica il superamento di inerzie generalizzanti.

Ma procediamo con ordine: dalla tossicodipendenza – quale forma storicamente emersa dal contesto della modernità e prototipo su cui si è esercitato in senso esplicativo il pensiero clinico riguardo ai fondamenti e ai significati dell'uso delle sostanze psicoattive genericamente definite "droghe" – agli attuali disturbi da abuso di sostanze patologiche, si è snodato un percorso di interpretazioni del fenomeno e di prassi di cura fatto di momenti descrivibili in maniera piuttosto agevole come fasi

discrete di un cammino continuo, quantunque accidentato. Inizialmente è possibile inquadrare una fase paternalistica, sostanziata da una certa valutazione del comportamento tossicomane con molteplici incrinature moralistiche: senza abbandonare del tutto il concetto acritico di “vizio”, ridefinito in un’accezione sociologica tramite l’attributo di devianza, si procedeva all’attuazione di pratiche fondamentalmente rieducative. Successivamente è emersa una cultura più scientificamente informata, con presupposti di tipo liberale, che si poneva nella condizione di rispondere in primo luogo alle emergenze sanitarie e sociali (pensiamo alla cosiddetta “riduzione del danno”), e quindi provava ad attivare nel paziente un processo trasformativo che potesse fondarsi sui suoi bisogni effettivi e sulle potenzialità, per lo più inesprese, collocate *in nuce* nello stesso soggetto (il colloquio motivazionale ne è l’esempio più calzante e al tempo stesso ancor oggi più imprescindibile). Tuttavia, considerare i disturbi da abuso di sostanze come entità presentanti alla base una psicopatologia¹ suscettibile di essere affrontata con gli strumenti utilizzabili in altre condizioni di disagio psichico, benché adattati in modo appropriato, ci sembra una matura necessità, rispetto alla quale siamo sollecitati a credere che non tutto il potenziale terapeutico esprimibile in tal senso sia stato ancora sperimentato, a parte esperienze pilota ancora di nicchia.

Un solo esempio, piuttosto promettente, che ci limiteremo a segnalare, è relativo alla questione del trauma complesso e dei suoi sviluppi sull’equilibrio psichico di un soggetto. Esiste ormai una vasta letteratura sull’argomento che ha generato protocolli di intervento specifici e rigorosi², specialmente all’interno del mondo cognitivista oltre che psicomotorio, con procedimenti terapeutici manualizzati, utilizzo dell’EMDR³ e della *Mindfulness*⁴. La condizione di abuso di sostanze, molto spesso, s’invera in una storia clinica complessa, con attaccamento disorganizzato, fenomeni dissociativi e disturbi della metacognizione⁵, per cui sarebbe auspicabile un trattamento che si concentri sugli sviluppi traumatici utilizzando gli strumenti adatti. Le esperienze in tal senso sono tuttora limitate a poche realtà di riferimento, ma sarebbe un notevole passo avanti estenderle il più possibile, con una sola indicazione imprescindibile: il contesto adatto a praticare tali procedure di cura sarebbe la Comunità (psico)terapeutica⁶, una struttura riadattata a una visione avanzata della psicopatologia, che potrebbe fornire anche il necessario contenimento rispetto all’emersione di vissuti emozionali torridi che, lasciati sconsideratamente in libertà, destabilizzerebbero i pazienti e potrebbero provocare il ritorno alla modulazione emotiva ottenuta attraverso il comportamento sintomatico.

Ma, a parte tale situazione ottimale, come poter intervenire, soprattutto in ambito istituzionale, sui disturbi da abuso di sostanze con una psicoterapia? Sorvoliamo sul caso di un paziente attualmente astinente e compensato o che magari presenti una condizione clinica meno seria, dato che in questi casi si potrebbe intraprendere una forma qualsiasi di terapia psicologica, e concentriamoci invece sui pazienti gravi, con compromissioni diffuse a vari ambiti vitali. Siamo qui di fronte a soggetti in genere fortemente disregolati, magari con disturbi di personalità marcati e varie complessità aggiuntive; una complicazione dopo l’altra che rende aggrovigliata la questione della cura e fa ben comprendere il carattere difficile di una tale psicopatologia.

Una risposta generalmente efficace e facilmente approntabile è data da forme di *counseling*, di colloqui psicosociali che si limitano a rispondere a obiettivi limitati su un piano sostanzialmente di realtà, colloqui che vengono messi in atto anche da figure non specialistiche (quindi non solo da psicoterapeuti), formate al tipo di intervento cui sono chiamate, intervento consistente per lo più nel cogliere le questioni di fondo e nello stimolare una possibile risoluzione⁷. Non faremo altresì riferimento, limitandoci alla semplice citazione, alla terapia cognitivo-comportamentale “classica”, trattamento fortemente manualizzato che incrocia esplorazione e modificazione di contenuti consci e preconschi con virile piglio psico-pedagogico e che sostiene validamente alcune operazioni di cura come ad esempio la *prevenzione della ricaduta*⁸. Rifacciamoci piuttosto alla classica distinzione tra interventi espressivi e supportivi, con le annesse mescolanze di ingredienti.

Più volte è stato proposto uno schema che introduce una prospettiva dimensionale, al cui interno poter collocare le forme di trattamento secondo il classico binomio espressivo/supportivo; se da un lato polare si situa la psicoterapia espressiva (esemplificata innanzitutto dalla psicoanalisi, classicamente intesa), procedendo

Dalla tossicodipendenza – quale forma storicamente emersa dal contesto della modernità e prototipo su cui si è esercitato in senso esplicativo il pensiero clinico riguardo ai fondamenti e ai significati dell’uso delle sostanze psicoattive genericamente definite “droghe” – agli attuali disturbi da abuso di sostanze patologiche, si è snodato un percorso di interpretazioni del fenomeno e di prassi di cura fatto di momenti descrivibili in maniera piuttosto agevole come fasi discrete di un cammino continuo, quantunque accidentato

I disturbi da abuso di sostanze sono espressioni di una psicopatologia complessa e grave, e per quanto siano certamente esperibili forme cliniche più semplici e lineari al punto da richiedere interventi più classici e convenzionali, una buona parte di esse presenta criticità sul piano meramente clinico, e non solo

verso l'altro polo ritroviamo successivamente forme miste a diversa gradazione di ibridazione, per approdare finalmente alla psicoterapia supportiva⁹. Parallelo a questo continuum bipolare, se ne sovrappone un altro, costituito dalle indicazioni dei diversi trattamenti prescrivibili a seconda dell'ipotesi diagnostica, che ripercorre lo stesso andamento in modo tale che le situazioni meno gravi coincidano con il piano della massima espressività; quindi, proseguendo nell'altra direzione, con l'aumentare del grado di difficoltà clinica si prospettano le forme miste, fino a far coincidere la "pura" supportività con le situazioni più gravi¹⁰.

Per Gabbard, verso il polo espressivo si collocano in primo luogo gli interventi basati su *interpretazione, chiarificazione e confronto*, mentre «più vicini al polo supportivo¹¹ del continuum sono l'*incoraggiamento a elaborare* e la *validazione empatica*¹²»; si tratta, tuttavia, di prevalenze all'interno di uno specifico trattamento, ma le funzioni di supporto sono certamente tese innanzitutto a incrementare l'alleanza terapeutica in quei pazienti più difficili da trattare. Infine, non è da trascurare in certi casi la necessità di lasciar trapelare dalla conduzione della terapia un'impronta pedagogica.

In corrispondenza dell'estremità supportiva del continuum si trovano gli *interventi psicoeducazionali* e i *consigli ed elogi*. Sono interventi di norma molto più frequenti nella psicoterapia supportiva [...] Negli interventi psicoeducazionali il terapeuta fornisce ai pazienti informazioni specifiche correlate alla sua formazione professionale [...] Gli elogi sono diretti a rinforzare comportamenti e atteggiamenti positivi e costruttivi; con i consigli il terapeuta esprime invece le sue opinioni su questioni che sono oggetto di preoccupazione per lui o per il paziente¹³.

Tutti i precedenti riferimenti fanno capo specificamente all'indirizzo psicodinamico, ma certamente è possibile declinare questi concetti in riferimento a pratiche più generaliste di cura.

A questo punto si impone una riflessione necessaria: in un senso preminente, come esposto in precedenza, i disturbi da abuso di sostanze sono espressioni di una *psicopatologia* complessa e grave, e per quanto siano certamente esperibili forme cliniche più semplici e lineari al punto da richiedere interventi più classici e convenzionali, una buona parte di esse presenta criticità sul piano meramente clinico, e non solo. Problemi di natura sociale e legale si sovrappongono spesso a una strutturazione della personalità deficitaria, con relativa sintomatologia, e distorsioni della relazionalità, oltre che a complicazioni somatiche; senza contare, naturalmente, che la complicata condizione di abuso di sostanze è già di per se stessa foriera di estrema refrattarietà alle modificazioni. Tutto questo, dunque, implica la necessità di un trattamento compatibile, adatto a forme cliniche tipicamente gravi. Per le ragioni suesposte, la terapia supportiva sembrerebbe la strada più concretamente percorribile. Va pure aggiunto che il trattamento dei disturbi da abuso di sostanze, in una percentuale alta di casi, avviene in ambito istituzionale. Questo ha come conseguenza la necessità di affidarsi a modalità terapeutiche flessibili e meno vincolate a rigidità protocollari; la stessa funzione del terapeuta si esplica attingendo a un ventaglio di interventi possibili ampio e variato.

I caratteri di fondo di un trattamento supportivo sono stati ampiamente delineati dalla letteratura scientifica¹⁴; proviamo pertanto a riassumere per grandi linee la questione, non prima, però, di aver chiarito meglio lo statuto di questa forma terapeutica. Infatti, troppo spesso un intervento supportivo è stato inteso come qualcosa di grossolano e inferiore, un'arte povera e abborracciata destinata a fare il suo lavoro laddove non fosse possibile implementare una "vera" psicoterapia, con il risultato di delegittimare una pratica fondamentale, stringendola nell'angolo e dichiarandola una forma di cura meramente suggestiva, un'opzione puramente persuasiva, oppure legittimando lo scarto sostanziale e valoriale tra un artigianato prosastico (proprio di chi "semplicemente" *supporta*) e un'arte poetica fomentata da uno spirito espressionistico (la psicoterapia *pura*). La realtà, crediamo, è un'altra: attingendo generosamente, nel suo procedere, al prezioso bagaglio costituito dai cosiddetti *fattori comuni* delle psicoterapie, il trattamento supportivo si propone come l'asse operativo fondante la nostra pratica terapeutica, il vero nucleo essenziale che, quale *sostanza*, accoglie

in sé gli *accidenti*, rappresentati dalle più svariate tecniche sviluppate dalle diverse prospettive, in funzione di complemento della cura; ciò, in altri termini, evoca anche la possibilità di una *psicoterapia integrata*. In tal senso la terapia supportiva cambia *status*, ponendosi quale forma generalista, di base, rispetto alla quale l'intervento espressivo si posiziona nell'ambito più ristretto di una prassi specifica, se non specializzata.

E veniamo ora alla descrizione di questo linguaggio, provando a coglierne la grammatica ed, eventualmente, la sintassi. Non a caso ci siamo espressi in questo modo: potremmo infatti piuttosto agevolmente parlare del sistema della *lingua* psicoterapeutica "generalista", come un sistema unitario, articolato nei relativi dialetti (i diversi modelli di cura) e inoltre, rispetto alla *concreta* attività dei singoli terapeuti, caratterizzato dalla dialettica interconnessa, *saussurianamente*, tra la *langue* comune e la *parole* del singolo curante, in reciproco influenzamento. E questa "lingua comune", comprendente i suddetti *fattori di base*, in sostanza è rappresentata proprio dalla psicoterapia supportiva, dalla quale originano le prospettive delle singole scuole e, successivamente, le prassi reali dei terapeuti in carne e ossa; in un continuo rimando che peraltro si diffonde nei due sensi, poiché aspetti sviluppati in autonomia dagli psicoterapeuti possono indurre da un lato delle modificazioni interne ai vari indirizzi e, dall'altro, imporsi nella visione generalista, magari ispirando alternative o suggerendo limature a concezioni e strategie d'intervento.

Un aspetto ulteriore che vorremmo sottolineare è la versatilità del trattamento supportivo, il quale può anche prestarsi, al di là dell'aspetto psicoterapeutico in senso stretto, a una certa psicoterapeuticità diffusa, alla creazione di un ambiente terapeutico generalizzato; ad esempio nel modo di organizzare un servizio. La pandemia da Covid-19 ha fatto emergere, in situazioni particolari in cui non era possibile mantenere la terapia classica, per ovvi motivi, una potenziale risorsa nel consentire di *mantenere il legame, e quindi la relazione* con pazienti difficili e problematici, ad esempio attraverso contatti telefonici o anche telematici, i quali hanno altresì mostrato una capacità di intervento sufficientemente credibile, facendo strategicamente sperimentare una nuova pratica clinica di una certa efficacia. Qui non siamo in presenza di un'attività psicoterapeutica *stricto sensu*, in quanto non sarebbero soddisfatte le condizioni pregiudiziali per tale situazione clinica, bensì di un intervento supportivo necessario e prezioso in condizioni di emergenza. Una psicoterapia telematica – o telefonica – certo, non sostituirà la versione classica dell'intervento, non ne è un aggiornamento rispetto ai tempi, bensì può rappresentare un'estensione globale del "prendersi cura" come attività generale, al di là dei momenti canonici deputati, un "setting oltre il setting" che, governato con perizia e consapevolezza, amplierebbe la terapeuticità nei momenti di crisi o di contingenza straordinaria.

Giungiamo quindi al punto centrale. Dagli esiti rintracciabili negli studi dedicati alla questione – dei quali non faremo menzione nel dettaglio – così come dalla stessa riflessione sul proprio lavoro da parte degli psicoterapeuti, emergono in maniera condivisa alcuni punti essenziali che fanno riferimento ai *tòpoi* sui quali si fonda l'azione terapeutica in funzione di supporto. Vogliamo innanzitutto evidenziare lo stile del linguaggio utilizzato, definibile come *conversazionale*, più libero e partecipativo rispetto allo stile classico, meno incline a interpretazioni profonde e a ruoli ben definiti nello scambio comunicativo. Il clima appare pervaso da un'atmosfera laicamente colloquiale, lontana dal *pathos* dell'allusione e dell'evocazione implicato nell'incipiente emergere di contenuti inconsapevoli, così come dall'aura sapienziale che connota, atmosferiologicamente¹⁵, certe sedute. Semmai qui il carattere generale suggerito è "socratico", di scoperta comune e condivisa di aspetti consci o pre-consci, di una maieutica attrezzata ad affrontare questioni interpersonali ed, eventualmente, a ricostruire un percorso biografico coerente. Naturalmente, tutto il processo di cura si fonda sulle possibilità offerte da una valida alleanza terapeutica, la costituzione della quale è il naturale obiettivo iniziale e lo sfondo continuo sulla cui base vanno nutrite le altre operazioni; l'atteggiamento empatico, l'ascolto interessato, l'accettazione rispettosa, la validazione emozionale, la normalizzazione sono le coordinate entro cui si svolge la collaborazione paziente-terapeuta. Di primaria importanza sono altresì la riduzione dell'ansia e del vuoto Alessitimico da un lato, e d'altro canto la necessità di esprimere approvazione (anche, in certi casi, tramite

Potremmo piuttosto agevolmente parlare del sistema della lingua psicoterapeutica "generalista" come un sistema unitario, articolato nei relativi dialetti (i diversi modelli di cura) e inoltre, rispetto alla concreta attività dei singoli terapeuti, caratterizzato dalla dialettica interconnessa, saussurianamente, tra la langue comune e la parole del singolo curante, in reciproco influenzamento

Emergono in maniera condivisa alcuni punti essenziali che fanno riferimento ai tòpoi sui quali si fonda l'azione terapeutica in funzione di supporto. Vogliamo innanzitutto evidenziare lo stile del linguaggio utilizzato, definibile come conversazionale, più libero e partecipato rispetto allo stile classico, meno incline a interpretazioni profonde e a ruoli ben definiti nello scambio comunicativo

consigli e rassicurazioni) e di offrire collaborazione nella risoluzione dei problemi; una certa quota di ristrutturazione egoica implica inoltre aumento dell'autostima e di un sano adattamento, i quali sollecitano sia la capacità di autoregolazione emozionale, sia di previsione degli effetti del comportamento sulla base di un più maturo senso di realtà. Questi aspetti così individualmente definiti dentro una ricognizione analitica vanno poi intrecciati a formare il tessuto resistente ed elastico dell'effettiva operatività verso uno specifico caso, quel che abbiamo definito l'"aspetto sintattico". Va comunque sottolineato che, nei disturbi da abuso di sostanze, vanno tenuti in considerazione dei piani specifici di intervento, poiché:

Nel paziente da abuso di sostanze è opportuno integrare ulteriori strumenti terapeutici specificamente indirizzati a contenere i sintomi e a proteggere il paziente dalle ricadute [...] Singole sessioni cognitivo-comportamentali indirizzate alla prevenzione delle ricadute, gestione del craving, e regolazione emotiva dovrebbero essere integrate alla PS¹⁶.

Spostandoci ora su un territorio differente benché, come vedremo, adiacente, vogliamo riferirci alle opportunità che ci vengono concesse da forme di psicoterapia a indirizzo fenomenologico. A partire dalla prospettiva *fenomenologico-esistenziale* in psichiatria¹⁷ e dall'esperienza storica dell'*analisi esistenziale* di Ludwig Binswanger¹⁸, così come dall'utilizzo discreto di concetti nati da tale orientamento in alcuni percorsi psicoterapici, negli ultimi anni si è incominciato con una certa insistenza a intravedere la possibilità di un trattamento *pienamente* fenomenologico che, esondando dalla semplice tensione descrittiva della scuola di psicopatologi richiamantisi a tale modello, possa contemplare una declinazione specifica dei principi fondamentali della fenomenologia psichiatrica nel senso della *cura*, per lo più in situazioni cliniche complesse. Sorvoliamo, semplicemente citandole, le connessioni tra questa prospettiva e altri modelli, come quello psicodinamico o costruttivista, per riferirci a un suo utilizzo terapeutico "puro".

L'*antropoanalisi* binswangeriana rappresenta certamente il caposaldo e il precedente storico più accreditato di questo genere di cura; i presupposti su cui si articolava il procedimento terapeutico è un fondamento solido per gli attuali clinici che si richiamano al modello:

Binswanger esplora il soggetto in tre direzioni: 1) il soggetto è dapprima studiato nel *suo Io*, nei suoi valori propri, relazioni (amori, amicizia, coesistenza), 2) è studiato in seguito nel *suo proprio movimento*, cioè nella sua maniera di inserirsi nel mondo, 3) infine è studiato nella *sua apertura al mondo*, cioè nelle sue prospettive e nei suoi progetti vitali¹⁹.

Pur nella pluralità di atteggiamenti possibili, di certo il punto di partenza vincolante sta tutto nel metodo, vale a dire nell'*epochè*: secondo la teoria della conoscenza husserliana, l'operazione preliminare consiste nella "sospensione del giudizio", la quale permette ai fenomeni di imporsi direttamente alla coscienza senza mediazioni, per poter giungere alla radice delle "cose stesse". In ambito terapeutico questo implica la messa da parte delle teorie che rappresentano il bagaglio delle conoscenze acquisite, per poter incontrare il fenomeno-paziente nella sua peculiare "essenza", prestando una particolare attenzione ai *modi* con cui egli si relaziona al mondo, al suo *essere-nel-mondo*, come maniera propria di abitarlo. Il suo rapporto con il tempo, lo spazio, la co-esistenza, il corpo costituisce qualcosa di specifico e idiosincratico. Il processo di cura, inoltre, si apre a un linguaggio metaforico, inteso però nel senso non banalmente convenzionale di segno arbitrario, bensì in ciò che allude a immagini prototipiche ed essenziali, qualcosa che si impone in quanto espressione di fenomeni "archetipici", tuttavia non caratterizzati da aspetti energetico-pulsionali, ma in quanto pura espressione di forme originarie della coscienza.

Quindi, sulla base di un clima terapeutico in cui dominano i fenomeni generali suscitati – un'atmosfera empatica e non giudicante, un atteggiamento del curante teso all'ascolto e alla condivisione dei vissuti emozionali – e dopo la messa in pratica della riduzione fenomenologica, vengono innestate su tali premesse le prassi deri-

vate dal saper cogliere le strutture essenziali ed esistenziali, le quali formano anche l'oggetto su cui verte la relazione terapeutica nel suo svolgersi, eludendo i tecnicismi canonici per altre prospettive.

Naturalmente, in causa risulta esserci anche l'aspetto ermeneutico, il piano dei significati, la comprensione dei fenomeni:

Ma in che modo l'ermeneutica potrebbe essere la risposta all'obiezione di soggettivismo? In quanto l'ermeneutica non è un'interpretazione a casaccio, avventata, sbadata e irrevocabile. Essa risponde a precise leggi di necessità²⁰.

La coppia paziente-terapeuta, coinvolta in un processo di trasformazione congiunta, è unita «nella comprensione, essendo all'opera un meccanismo di rispecchiamento reciproco e quindi di mimesi²¹». Con l'espressione *Prassi mimetica*, Calvi intende una prassi intenzionale che «vuol dire prossimità e scambio, confronto e ulteriore avvicinamento, influenzamento reciproco fino alla metamorfosi», benché «l'attività individuale non sparisce, ma si attenua più o meno profondamente, cosicché l'identità permane²²».

Ritornando alla psicoterapia dei disturbi da abuso di sostanze – le quali, come è stato affermato in precedenza, sono condizioni in gran parte multiproblematiche –, si può considerare il loro trattamento su base fenomenologica una indicazione seria e convincente, suffragata com'è da diverse esperienze maturate nel tempo. Una certa refrattarietà al linguaggio strettamente tecnico registrabile in simili condizioni fa propendere per una cura che affronti senza mediazioni il disagio.

Il primo passo di un simile processo è senz'altro rappresentato dalla costituzione di una valida alleanza terapeutica, esito non scontato, contaminato com'è da resistenze, atteggiamenti manipolativi e ambivalente incapacità di prospettare deviazioni esistenziali dal modo di vita perseguito fino a quel punto; la constatazione di un restringimento vitale, di una rinuncia alla propria tensione progettuale, si controbilancia con il possibile lutto originato dalla cessazione di un comportamento atto al godimento e dall'inerzia esistenziale che compensa la perdita di evolutività personale con il conforto del già noto e dell'anestetizzazione immediata. Il curante, a questo punto, non può far altro che mettere in moto un'operazione rischiosa, rendere la propria *presenza* un punto di riferimento, un potenziale contrafforte, non tanto mettendosi in competizione con la sostanza d'abuso o il comportamento patologico, quanto coinvolgendo il paziente direttamente, senza la protezione di una distanza imperturbabile, e animando il trattamento con il calore, che a volte può divenire torrido, delle emozioni. Ma questo significa anche saper rientrare nei ranghi al momento opportuno, portare il paziente a ritirare le sue proiezioni idealizzanti che costituirebbero l'ennesima deriva verso la dipendenza e la privazione, l'allontanamento da una tensione che porti finalmente all'autonomia.

Il lavoro su una condizione emotiva desertificata, alessitimica, è talmente prioritario, da lasciare in secondo piano le altre operazioni di cui sopra, accessibili soltanto in seguito, a processo più avanzato. Solo un vissuto emozionale deflagrato che scuota il paziente, lo esponga a una possibile ricostituzione di sé – con la dovuta attenzione da parte del terapeuta che questo non lo faccia deragliare psicologicamente, il che comporterebbe un cattivo governo degli affetti e quindi la probabilità del ritorno all'atto patologico – può consentire un percorso trasformativo. In altri casi, invece, potrebbe essere preferibile un incedere più cauto, maggiormente contenuto e prudente, ma sempre mettendo al centro il lavoro sugli aspetti emotivi del soggetto. Una storia clinica, con la quale concludiamo la nostra esposizione, servirà a illustrare con un rapido esempio quanto affermato.

Arianna è una ragazza di ventisei anni che presenta una forma di abuso alcolico periodico associato a un disturbo schizotipico di personalità, disturbo per il quale è in trattamento psicofarmacologico. Emerge fin dai primi incontri una marcata difficoltà a esprimere il proprio mondo emozionale, una difficoltà di linguaggio consistente nel non aver parole per i propri sentimenti, così da riuscire a esprimersi unicamente per frasi fatte apprese all'interno di una comunicazione intrafamiliare algida e rigidamente limitata a mere questioni pratiche, sistematicamente priva di sfumature

Il processo di cura si apre a un linguaggio metaforico, inteso però nel senso non banalmente convenzionale di segno arbitrario, bensì in ciò che allude a immagini prototipiche ed essenziali, qualcosa che si impone in quanto espressione di fenomeni "archetipici", tuttavia non caratterizzati da aspetti energetico-pulsionali, ma in quanto pura espressione di forme originarie della coscienza

affettive. Vive con la madre (spesso depressa) e ha contatti frequenti con i fratelli più grandi, da cui si sente svalutata. Alterna momenti di intensa allegria immotivata con altri di tristezza inconsolabile che la mettono in contatto con l'idea del suicidio. Riferisce vissuti gravi di abbandono (il padre era deceduto quando la ragazza era pre-adolescente) e di delusione. Sperimenta inoltre una certa indefinizione sessuale, con angustianti incertezze sul piano della scelta oggettuale. Un trattamento di gruppo, saldamente volto alla conoscenza delle emozioni, non consente sostanziali progressi. Successivamente viene concordata e disposta una cura orientata fenomenologicamente, che, attivando una forte traslazione positiva e quindi un livello emozionale alto, governato opportunamente nel corso del trattamento, consente alla paziente di sperimentare affetti intensi ai quali finalmente "donare parole". Da qui si apre lo spazio per far emergere altri vissuti cui attribuire senso e per proseguire con un processo di cura che esplori ed elabori i temi centrali della paziente; il che si avvale anche dello stimolo all'espressione di emozioni ottenuto attraverso la redazione di un diario che, facilitando la parola di Arianna in solitudine, senza la pressione dell'altro, fa sì che la ragazza possa riportare in terapia quanto ha "scoperto", con la scrittura, all'interno di un contesto dialogico. Questa operazione permette un'emergenza di temi personalmente rilevanti che vengono quindi trattati in un'accezione *essenziale*, e dunque condivisi. Mentre l'abuso di sostanze alcoliche scompare ben presto, il lavoro sugli altri aspetti prosegue in un tempo lungo, durante il quale si registrano una maggiore consapevolezza su di sé e alcuni risultati concreti rispetto a obiettivi sociali e lavorativi.

Il racconto clinico di Arianna, di cui si è fornito un resoconto stilizzato, descrizione di una situazione piuttosto articolata e intrecciata da svariati temi, è probabilmente emblematico di un modo (fenomenologicamente inteso) di procedere con duttilità e profonda attenzione che, se trae origine dall'esperienza capitale della psicoterapia supportiva, declina e riorienta il dispositivo terapeutico su basi originali e, crediamo, piuttosto efficaci e incoraggianti.

NOTE

1. Probabilmente, una visione psicopatologica dei disturbi da abuso di sostanze rende possibile sussumere al proprio interno sia la concezione neurobiologica ("malattia cronico-recidivante") che le ipotesi psicogenetiche radicali, dando spessore a un fenomeno complesso e plurale.
2. Ad esempio Montano A., Borzi R., Manuale di intervento sul trauma, Erickson, Trento, 2019.
3. Shapiro F., EMDR. Il Manuale. Principi fondamentali, protocolli e procedure, Cortina, Milano, 2019.
4. Rispetto specificamente alle disturbi da abuso di sostanze, cfr. Bowen S., Chawla N., Marlatt G.A., Mindfulness e comportamenti di dipendenza, Cortina, Milano, 2013.
5. Ciulla S., Caretti V., «Trauma, dissociazione, disregolazione, dipendenza», in *Psichiatria e Psicoterapia* 31, 2, 2012, 101-119.
6. Un esempio pilota è descritto in Hinnenthal I., Cibir M., Il trattamento residenziale breve dei disturbi da abuso di sostanze da alcol e cocaina: il modello Soranzo, SEED, Torino, 2011.
7. Per l'ambito delle disturbi da abuso di sostanze patologiche il riferimento classico è Miller W.R., Rollnick S., Il colloquio motivazionale, Erickson, Trento, 2004.
8. Per una rapida descrizione dell'intervento cfr. Cibir M. et al., «Prevenzione della ricaduta: Aspetti Biologici e Psicoeducazionali», in *L'Alcolologia nell'Ambulatorio del Medico di Medicina Generale*, Ministero della Sanità, Regione del Veneto, 2001, pp. 239-249. In effetti, il carattere fortemente destabilizzante costituito dal sintomo sosterebbe l'ipotesi, in parte inedita, della possibilità di una psicoterapia sintomatica, concepita sul calco degli analoghi trattamenti medici.
9. L'omologa definizione di psicoterapia di sostegno è meno preferibile, anche per il riferimento implicito alla 'didattica speciale' e differenziale che sembra indirettamente evocare, per quanto essa esprima in maniera icastica la necessità di accompagnare, sostenendolo, un paziente che altrimenti non potrebbe procedere oltre.
10. Hellerstein D.J. et al., «Supportive Therapy as the Treatment Model of Choice», in *The Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 1994, 3:300-306.
11. Gabbard G.O., Introduzione alla psicoterapia psicodinamica, Cortina, Milano, 2005. Si cfr. lo schema a p. 75.
12. Ivi, p. 82.
13. Ivi, pp. 83-84.
14. Un testo che affronta in generale le questioni inerenti al trattamento psicologico è Makover R.B., La pianificazione dei trattamenti in psicoterapia, LAS-Libreria Ateneo Salesiano, Roma, 1999. Non potendo riferirci alla vasta mole di lavori specifici sull'argomento, citiamo solo Winston A., Rosenthal R.N., Pinsker H., Introduction to Supportive Psychotherapy, American Psychiatric Publishing Inc., Arlington, VA, 2004.
15. Nel senso di Griffero T., Atmosferologia. Estetica degli spazi emozionali, ed. Laterza, Roma-Bari, 2010.
16. Bellio G., «Il trattamento supportivo del disturbo da gioco d'azzardo (e delle altre da disturbi da abuso

di sostanze)», in *Dal fare al dire*, 3, 2019, pp. 28-29.

17. Un modello, questo, che nasce dal tentativo di riprendere in chiave clinica aspetti del pensiero filosofico, in particolare, di Husserl e di Heidegger.

18. Il pensiero clinico di questo autore è ben riassunto in una pubblicazione recente a cura di A. Molaro: Binswanger L., *Da-seinsanalyse*, psichiatria, psicoterapia, Cortina, Milano, 2018.

19. Ey H., Bernard P., Brisset C., *Manuale di psichiatria*, Masson, Milano, 1979, p. 112.

20. Calvi L., *La coscienza paziente. Esercizi per una cura fenomenologica*, Fioriti, Roma, 2013, p. 65.

21. Ibid.

22. Ivi, p. 68.

BIBLIOGRAFIA

Bellio G. (2019), *Il trattamento supportivo del disturbo da gioco d'azzardo (e delle altre disturbi da abuso di sostanze)*, in *Dal fare al dire*, 3, 2019.

Binswanger L. (2018), *Da-seinsanalyse*, psichiatria, psicoterapia, Cortina, Milano.

Bowen S., Chawla N. & Marlatt G.A. (2013), *Mindfulness e comportamenti di dipendenza*, Cortina, Milano.

Calvi L. (2013), *La coscienza paziente. Esercizi per una cura fenomenologica*, Fioriti, Roma.

Cibin M. et al. (2001), *Prevenzione della ricaduta: Aspetti Biologici e Psicoeducazionali*, in *L'Alcolologia nell'Ambulatorio del Medico di Medicina Generale*, Ministero della Sanità, Regione del Veneto.

Ciulla S. & Caretti V. (2012), *Trauma, dissociazione, disregolazione, dipendenza*, in *Psichiatria e Psicoterapia* 31, 2, 2012, 101-119.

Ey H., Bernard P., Brisset C. (1979), *Manuale di psichiatria*, Masson, Milano.

Gabbard G.O. (2005), *Introduzione alla psicoterapia psicodinamica*, Cortina, Milano.

Griffero T. (2010), *Atmosfera. Estetica degli spazi emozionali*, ed. Laterza, Roma-Bari.

Hellerstein D.J. et al. (1994), *Supportive Therapy as the Treatment Model of Choice*, in *The Journal of Psychotherapy Practice and Research*.

Hinnenthal I. & Cibin M. (2011), *Il trattamento residenziale breve delle disturbi da abuso di sostanze da alcol e cocaina: il modello Soranzo*, SEED, Torino.

Makover R.B. (1999), *La pianificazione dei trattamenti in psicoterapia*, LAS-Libreria Ateneo Salesiano, Roma.

Miller W.R. & Rollnick S. (2004), *Il colloquio motivazionale*, Erickson, Trento.

Montano A. & Borzi R. (2019), *Manuale di intervento sul trauma*, Erickson, Trento.

Shapiro F. (2019), *EMDR. Il Manuale. Principi fondamentali, protocolli e procedure*, Cortina, Milano.

Winston A., Rosenthal R.N. & Pinsky H. (2004), *Introduction to Supportive Psychotherapy*, American Psychiatric Publishing Inc., Arlington, VA.

*Psicologo-psicoterapeuta, Direttore U.O. Ser.D. 2 Salerno

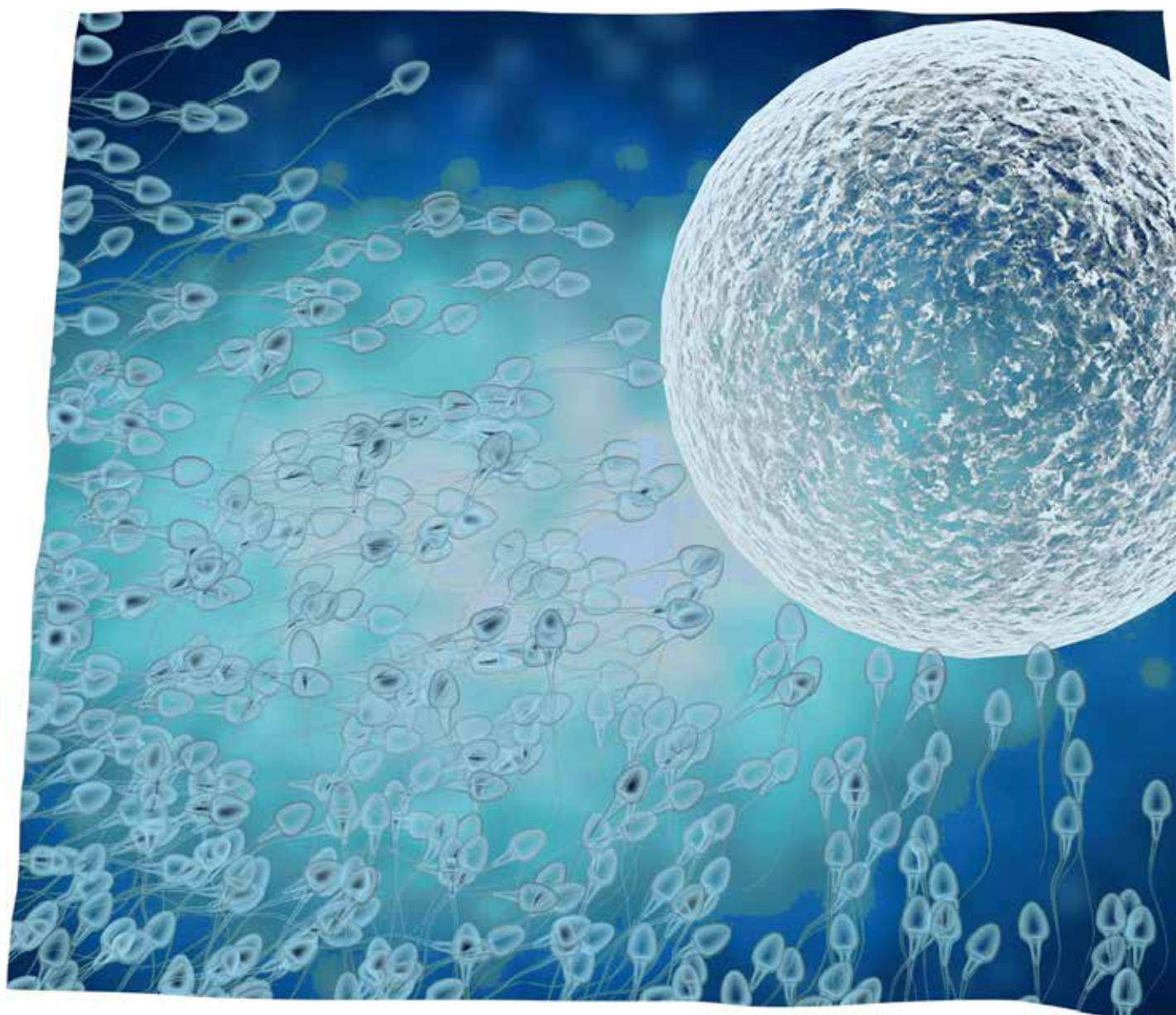
**Dirigente medico-psicoterapeuta U.O. Ser.D. 2 Salerno

Psychotherapy and addiction: from supportive psychotherapy to phenomenological treatment

The psychotherapy of pathological addiction disorders is a subject which is often not given the importance it deserves. Taking into account the complex and problematic characteristics of this peculiar psychopathology, this work will attempt to trace the fundamental canon of the healing process in supportive treatment. Then, expanding the subject, we will take into account the possibility of a phenomenologically oriented treatment, and include it in the number of those psychotherapies which are better suited to respond to the typical aspects of these clinical conditions.

KEY WORDS: pathological addictions, supportive psychotherapy, clinical phenomenology

link
■ società



PMA: un diritto per tutti?

Is Medically Assisted Procreation a right for everyone?

Questo articolo vuole essere un sasso gettato provocatoriamente nel mare della Procreazione Medicalmente Assistita per sollevare dubbi e interrogativi. Dopo tutta una serie di importanti e fondamentali riconoscimenti in materia (aprile 2014: legittimazione delle tecniche eterologhe; gennaio 2015: la PMA rientra nei LEA; maggio 2015: cade il divieto di ricorrere alla diagnosi pre-impianto) mi chiedo se si può ritenere la PMA un diritto e, come tale, un diritto per tutti.

MARISA D'ARRIGO¹

PAROLE CHIAVE: procreazione assistita, diritto, leggi, medico

Credo sia importante fare una prima riflessione. Parlando di infertilità e di PMA, si assiste ad una sorta di sovrapposizione tra la possibilità di utilizzare ed accedere alle tecniche di PMA e il principio etico in base al quale la procreazione è uno dei diritti inalienabili dell'individuo.

Le due cose, pur trattando una materia affine, non coincidono. La PMA infatti è un espediente tecnico nato proprio per superare o bypassare ostacoli alla riproduzione. Infatti la legge 40 del 19 febbraio 2004 "Norme in materia di procreazione Medicalmente Assistita" (che, nonostante le modifiche conseguenti ai Pronunciamenti della Consulta, è ancora la legge di riferimento in materia) sancisce (art.4 comma 1) che "Il ricorso alla procreazione medicalmente assistita è consentito solo quando sia accertata l'impossibilità di rimuovere altrimenti le cause impeditive della procreazione ed è comunque circoscritto ai casi di sterilità o di infertilità inspiegate documentate da atto medico nonché ai casi di sterilità o di infertilità da causa accertata e certificata da atto medico"

Si stabilisce cioè che il ricorso alla PMA è possibile solo a fronte di una condizione di sterilità o infertilità certificata (con o sine causa)

Viene da chiedersi allora se l'accesso alle tecniche debba essere garantito ad esempio anche in quelle situazioni di "matrimoni bianchi", determinate non da problematiche di natura fisica (conseguenti a malattia o incidente) ma di natura psicologica, quando cioè disfunzioni erettili, vaginismo o, ancora, scelte di una vita e di una relazione di coppia "asessuata", rendono impossibile la procreazione naturale. In questi casi ci si trova di fronte ad importanti problematiche psicologiche, che improntano le scelte di vita e che necessiterebbero primariamente di un'attenzione e di un accompagnamento specifico, affinché il ricorso alla PMA possa essere il punto di arrivo di un percorso (individuale e di coppia) e non un'ipotetica scorciatoia o un tentativo di negare l'esistenza di una problematica.

"Ma un figlio concepito nel vuoto di desiderio, non di lui, ma tra genitori "incapaci di definirsi come uomo e donna desideranti"², come funzionerà? Dovrà forse inconsapevolmente compensare questa assenza?"³

Esistono dei casi nei quali è contemplata la possibilità di rifiutare l'accesso alle tecniche di PMA?

L'art. 6 comma 4 della legge 40/2004 recita: «... il medico responsabile della struttura può decidere di non procedere alla procreazione medicalmente assistita, esclusivamente per motivi di ordine medico-sanitario».

Nella pratica clinica però si incontrano a volte, fortunatamente in maniera non frequente, situazioni che fanno riflettere e pongono degli interrogativi sulla opportunità/legittimità di accesso alle tecniche PMA.

Gli specialisti dell'infertilità focalizzano il loro interesse sugli aspetti medici. Lo screening psicologico (riferendoci alla situazione italiana c'è da chiedersi se, quando, dove e da chi viene fatto) generalmente tende a valutare se la persona o la coppia è capace di capire, di tollerare e di essere partecipe e collaborativa rispetto al percorso per il trattamento dell'infertilità

Una prima categoria di situazioni fa riferimento a quelle coppie che hanno grossi problemi relazionali e per le quali avere un figlio risponde ad esigenze di tipo compensatorio o strumentale (ultima spiaggia per evitare una separazione; ricatto affettivo nei confronti di un ex coniuge; passaggio dalla condizione di amante a quella di compagno/companna ufficiale, ecc.).

Queste tematiche possono apparire non rilevanti in merito all'accesso alle tecniche ma è anche vero che tutta la ricerca psicologica ha ormai da decenni evidenziato il fatto che un bambino prima di nascere concretamente nasce nella mente e nel cuore dei suoi genitori e che le motivazioni del suo concepimento possono influire sulla sua storia e sulla qualità della sua vita. Non a caso oggi una branca della psicologia clinica si occupa di Perinatalità Psicologica, di quel periodo cioè tra l'ipotetico progetto generativo/genitoriale di un bambino, la sua pianificazione e realizzazione fino al primo sviluppo del bambino stesso⁴. Questo per dire quanto sarebbe importante porre attenzione a questi aspetti, non con una valenza "censoria" ma con una finalità di accompagnamento.

Una seconda categoria è relativa a pazienti (prevalentemente donne) infertili che presentano o hanno presentato nella loro storia gravi disturbi psichiatrici (depressioni maggiori, bipolarità, scissioni psicotiche, tendenze paranoide), che arrivano al Centro PMA sull'onda della convinzione che, se riuscissero ad avere un bambino, ad avere cioè qualcuno di cui occuparsi, darebbero senso, ordine e benessere alla loro vita. Frequentemente questa convinzione è avvalorata dal/la partner ed appoggiata da tutta la famiglia.

Situazioni di questo genere evidenziano degli interrogativi in merito alla capacità del paziente di:

- far fronte psicologicamente ad un percorso (quello della PMA) difficile, faticoso, fonte di tensione e di stress e, per di più, con una possibilità di successo percentualmente molto basso;
- aderire consapevolmente e pienamente a quanto richiesto in sede di consenso informato;
- svolgere una funzione genitoriale sufficientemente adeguata.

È soprattutto l'ultimo aspetto che risulta di difficile inquadramento.

Gli specialisti dell'infertilità infatti focalizzano il loro interesse sugli aspetti medici. Lo screening psicologico (riferendomi alla situazione italiana c'è da chiedersi se, quando, dove e da chi viene fatto) generalmente tende a valutare se la persona o la coppia è capace di capire, di tollerare e di essere partecipe e collaborativa rispetto al percorso per il trattamento dell'infertilità.

Non si pone sufficiente attenzione alla futura situazione di cura e crescita del bambino. E neppure alla tenuta della donna e della coppia nel periodo post-gravidico. Ma, se è vero che la letteratura psicologica (psicoanalitica in particolare) ha fornito un'infinità di studi e scoperte relativi al rapporto esistente tra condizione psichica della madre (e anche del padre) e qualità dell'attaccamento, sviluppo fisico, psichico, emotivo, cognitivo del bambino, ormai divenuti patrimonio culturale universale, allora non si potrebbe e non si dovrebbe prescindere da un tal genere di considerazioni, così come non si dovrebbe ignorare la presenza di indicatori di tipo anamnestico e clinico, e rilevabili attraverso dei test, della presenza di un rischio di depressione post-gravidica.

Siamo in un campo molto delicato e scivoloso di bioetica.

La domanda se il clinico, davanti a pazienti con queste caratteristiche, può o deve fornire il suo supporto tecnico o ha l'obbligo morale di non fornirlo, può restare senza risposta ed aprire ad una grande quantità di altre domande: oltretutto in Italia mancano delle chiare indicazioni di legge.

Come giustamente evidenziato in un articolo del 2013⁵ dall'*Ethics Committee of the American Society for Reproductive Medicine*, ci si trova di fronte ad un vero e proprio dilemma etico che contrappone i potenziali diritti della prole a quelli che possono apparire i diritti del paziente infertile:

Da una parte infatti c'è il diritto del bambino che nascerà ad avere dei genitori che si presuppone possano essere sufficientemente adeguati, dall'altra il diritto dei pazienti a poter utilizzare tecniche che li aiutino a superare un limite. A ben riflettere poi in questo contesto c'è una vera e propria situazione paradossale. La decisione di cui si discute fa riferimento al concepimento ed alla nascita o meno del bambino e non al suo maggiore o minore stato di salute.

Ora le persone fertili hanno diritto ad avere figli. In particolare anche persone con gravi problemi psichiatrici o disabilità particolarmente pesanti sono protette da una sterilizzazione o da una contraccezione coatta anche se la loro scelta procreativa appare irresponsabile o sbagliata. Le persone infertili hanno gli stessi diritti, ma c'è in primo luogo da sottolineare un'importante differenza: le persone infertili, diversamente da quelle fertili, hanno bisogno di un intervento tecnico per ottenere una gravidanza.

In secondo luogo c'è da fare una considerazione: possono accedere ai servizi persone che hanno storie di problemi psichiatrici attuali o non diagnosticati o non trattati, di abuso di sostanze, di comportamento violento o criminale, di abuso sessuale, di precedente perdita di potestà genitoriale o di relazione violenta con il partner: situazioni che possono essere potenzialmente negative per l'espletamento delle funzioni genitoriali.

Un capitolo a parte, e qui cito sempre il Comitato Etico dell'American Society for Reproductive Medicine, è quello relativo alle persone portatrici di disabilità. Essere portatore di una disabilità, infatti, non vuol dire non essere sufficientemente capace di crescere un bambino, anche se una severa forma di disabilità può sollevare dei problemi in merito alla capacità di cura, educazione ed allevamento di un bambino. Molti tecnici non ritengono di loro competenza questo tipo di valutazione. Preferiscono rispondere alla richiesta del paziente, rimandando le eventuali problematiche, nel momento in cui dovessero insorgere, ai servizi sociali e materno-infantili, con tutto il carico di costi che questo comporta per la comunità.

D'altra parte un esame predittivo delle competenze genitoriali non è facile da fare e presuppone uno spazio dedicato e competenze molto specifiche. Manca la cultura e quell'insieme di studi e di esperienze (e, facendo riferimento alla situazione italiana, di leggi) che caratterizzano la genitorialità adottiva.

Potrebbe infatti venirci in aiuto quanto già si fa ed è consolidato per le adozioni.

Nel campo delle adozioni, infatti, si lavora su ipotesi di competenze genitoriali, servendosi di strumenti e di criteri di valutazione che, nel corso degli anni, si sono venuti affinando e validando, fino a diventare patrimonio condiviso della comunità scientifica e di tutti gli operatori. Si deve tener conto, inoltre, che ci si assume la responsabilità di dare un giudizio non solo in merito ad un diritto (quello di diventare genitori) ma anche ad un'azione (l'adottare) che ha nel suo assetto generale una valenza sociale ed umanitaria altissima.

NOTE

1. Psicologa, Psicoterapeuta, UOSD Fisiopatologia della Riproduzione Umana, Ospedale Santa Maria delle Grazie, Pozzuoli (Na) marisadarrigo2@gmail.com
2. Fiumanò M, 2000
3. D'Arrigo M., 2008
4. Cena L., 2015
5. American Society for Reproductive Medicine, 2013

BIBLIOGRAFIA

D'Arrigo M., Se i bambini non arrivano, Liguori, Napoli 2008
Fiumanò M., A ognuna il suo bambino, Il Saggiatore, Milano 2000
Imbasciati A , Cena L, Psicologia clinica perinatale per le professioni sanitarie e psicosociali. Vol. II. Genitorialità e origine della mente del bambino, Franco Angeli, Roma 2015
Child-rearing ability and the provision of fertility services: a committee opinion, American Society for Reproductive Medicine, Birmingham, Alabama, July 2013, Volume 100, pp. 50-53

Possono accedere ai servizi persone che hanno storie di problemi psichiatrici attuali o non diagnosticati o non trattati, di abuso di sostanze, di comportamento violento o criminale, di abuso sessuale, di precedente perdita di potestà genitoriale o di relazione violenta con il partner: situazioni che possono essere potenzialmente negative per l'espletamento delle funzioni genitoriali

Is Medically Assisted Procreation a right for everyone?

The Author poses the problem of the application of medically assisted procreation and raises a few doubts about the amount of responsibility health professionals can cope with. As the law has acknowledged the legitimacy of assisted procreation techniques, have they become a right for everyone?

KEY WORDS: assisted procreation, right, law, doctor

La strega, la bambina rabbiosa, la principessa: tre maternità inaspettate

The witch, the angry girl, the princess: three unexpected pregnancies

MARISA D'ARRIGO

Tre donne, tre storie caratterizzate da una femminilità problematica rispetto al significato del loro essere donne e madri, al rapporto con la figura materna, al concetto e all'accettazione del limite.

Tre gravidanze inaspettate, non solo perché collegate a difficoltà procreative di origine fisica (sterilità secondaria a seguito di un problema oncologico, severa oligospermia del partner, menopausa anticipata), ma soprattutto perché avvenute in un momento nel quale il senso della vita di queste donne si era come allargato su altri piani ed includeva altri progetti.

Le pazienti, afferite ad un reparto di Fisiopatologia della Riproduzione Umana, avevano infatti accettato un percorso psicologico la cui durata è variata dalle 5 alle 20 consultazioni in un arco temporale che è andato dai 5 ai 18 mesi.

Nello specifico sono stati fatti dei colloqui psicologici individuali orientati analiticamente. Le tematiche erano libere e portate spontaneamente dalle pazienti. In alcuni casi si è lavorato anche su immagini oniriche, pur non essendo la consulenza strutturata come una psicoterapia. È stata infatti condotta nella struttura pubblica, con incontri a cadenza variabile (in base alla disponibilità dell'agenda) e con il pagamento di un modesto ticket

Anna, la strega mortifera

Anna ed il marito desiderano da un paio di anni avere un secondo figlio (il primo Luca ha 5 anni), ma non ci riescono.

Il suo racconto risulta caratterizzato da due eventi: un aborto terapeutico (che lei definisce "ormai superato" e di cui in maniera evidente non vuole parlare) risalente a circa un anno e mezzo prima della gravidanza di Luca ed un inizio di cancro al collo dell'utero che l'ha costretta ad un anno di terapia e di attenzione contraccettiva.

Lei "scivola" su questi eventi, mentre pesante è il vissuto fallimentare collegato con la difficoltà ad avere una seconda gravidanza, tanto da dire *«Purtroppo stiamo bene sia io che mio marito!»*, quasi ad indicare una specie di "condanna" alla buona salute. L'unica soluzione che sembra riuscire a concepire è quella di lasciare il marito, con cui va molto d'accordo e di cui riconosce di essere molto innamorata, «per non farlo soffrire nel vedermi così affranta e dolorante in questo desiderio di maternità fallito». Questa ipotesi, oltre ad essere scomposta e disorganizzata, appare fortemente castrante e punitiva nei confronti sia di se stessa che del marito.

L'altro aspetto che si evidenzia è una grossa difficoltà nell'esercizio di un'equilibrata funzione genitoriale. Si rivolge al figlio sempre in terza persona: «mamma ti fa,



mamma ti dice» e sembra esserci in lei la continua ricerca di una sorta di approvazione o permesso da parte del bambino, quasi una conferma del suo essere una buona mamma capace di “accontentarlo”, cioè di “farlo contento”.

La memoria ritorna all’aborto terapeutico ed Anna, in coerenza con quello che ho definito “condanna” alla buona salute e con l’aspetto castrante e punitivo della soluzione ipotizzata, inizia a parlare dei suoi profondi sensi di colpa. In questa ottica anche il problema avuto all’utero viene a configurarsi sotto l’aspetto di un attacco alla sua integrità ed alle sue capacità procreative.

Sulla stessa onda sembra collocarsi anche la difficoltà a legittimarsi nel ruolo di madre e di adulta, in una ricerca continua, con connotazioni riparative, di consenso, permesso, approvazione dal figlio.

Anna si vive come una “strega” (del resto nel suo immaginario lei ha “ucciso” il suo bambino) e a fronte di questo vissuto il suo bisogno è assicurare il figlio (e se stessa) che lei è buona e che gli vuole bene.

D’altra parte, ed in maniera conseguente, il bambino è molto in ansia e continuamente richiedente. Questo fa sì che si ponga nei confronti della madre con contorni quasi persecutori, con l’effetto di aumentare l’ansia e l’ambivalenza di lei.

Un evento amplifica ulteriormente questi vissuti: la morte, in seguito ad un parto molto difficile, della mamma di un compagno di scuola di Luca. Alla notizia della gravidanza della donna Anna aveva provato dell’invidia. Il tragico esito del parto viene vissuto come un magico effetto di questo sentimento e si configura come una conferma del suo “essere una pericolosa strega”.

Lo spazio di consultazione è inondato da un pianto lento, apparentemente inconsolabile, ma che, proprio perché avviene, sembra comunque trovare una strada, anche se dolorosa, di espressione e di possibilità di condivisione. Apre cioè alla possibilità di mettere insieme tutti questi elementi ed ipotizzarne i possibili collegamenti.

Ciò sembra permettere una qualche evoluzione, anche se su piani di realtà

apparentemente molto distanti tra loro: Luca va finalmente a dormire nella sua stanza; Anna ed il marito si "autorizzano" ad uscire da soli per andare a mangiare una pizza, senza dover accampare delle giustificazioni con il figlio; Anna accetta di sottoporsi ad un ciclo di inseminazioni intrauterine, per sgombrare il campo da rammarichi e rimpianti in riferimento alla ricerca di una seconda gravidanza.

All'incontro successivo, circa un mese dopo, mi comunica di essere rimasta incinta in maniera spontanea ed inaspettata, prima ancora di aver iniziato il ciclo di inseminazioni.

Alla strega mortifera, pericolosa per sé e per i suoi bambini, che deve essere punita e tenuta a bada sembra cioè sostituirsi l'immagine di una donna fertile che può realizzare una nuova maternità e fare la mamma anche nella sua funzione normativa, senza il bisogno compulsivo di ricevere permessi e rassicurazioni.

Marzia, la bambina rabbiosa

Marzia è una giovane donna che sembra in lotta con il mondo, oltre che con se stessa. Mi appunto mentalmente le parole che usa più frequentemente nel nostro primo incontro: guerra, ostacoli, schiacciasassi, Terminator... sì, proprio Terminator. Lei si definisce un Terminator...

È evidente il contrasto tra la figura di un robot distruttivo che non conosce limiti e l'immagine a cui aspira, quella di una donna incinta. Emergono altri elementi di contraddizione: tra il desiderio di maternità e l'insofferenza per il suo corpo femminile (capelli corti e maltagliati, poca cura nel vestirsi, da sempre intolleranza per le mestruazioni, ciclo irregolare, dismenorrea, ecc.); tra le richieste che avanza al marito di essere "più uomo" e l'attacco invidioso contro di lui perché, proprio in quanto uomo, non deve scandagliare il suo corpo come lei in vista di una gravidanza ed inoltre perché "colpevole" di aver avuto un figlio quando aveva 16 anni.

La ricerca di un figlio quindi appare solo una delle battaglie della guerra che costituisce la sua vita. Riconosce di trarre una grossa soddisfazione dal combattimento che le permette di sentirsi forte anche se, deve riconoscere piangendo lacrime di rabbia ma anche di dolore e di mancanza, «dopo non cresce più un filo d'erba e mi ritrovo sola...».

Vivaddio! Anche Terminator piange.

Via via la figura di Marzia e la qualità delle sue relazioni vengono a delinearsi in maniera più articolata e ad evidenziare ulteriori contraddizioni.

Di fronte ai segnali di disagio manifestati dal suo corpo (una crisi ipotensiva, difficoltà ad addormentarsi, ecc.) lei cerca la "responsabilità", il "di chi è la colpa" del suo stare male. Riacquisire uno stato di benessere (magari anche aiutandosi con dei farmaci) risulta assolutamente secondario. Ciò che le importa è che le venga riconosciuto di essere nel giusto e dalla parte della ragione, in contrapposizione all'errore di qualcun altro.

La relazione con la figura materna appare caratterizzata da dipendenza e conflittualità. Per Marzia infatti una semplice opinione diversa della madre è vissuta come un tradimento ed un rifiuto. Questo fa diventare ogni esperienza di autonomia e di separazione come un potenziale abbandono.

Marzia ha un unico fratello Giulio di 12 anni più giovane. Racconta che prima della sua nascita "tutto era perfetto", lei e la mamma erano sempre insieme, tanto che lei sapeva tutto, perfino se il ciclo della mamma era in ritardo.

Alla nascita di Giulio, Marzia si è come "appropriata" di questo bambino. Poteva fare la sorella, regredire a comportamenti e richieste infantili e mostrarsene gelosa o imitare la madre e giocare con il fratello come se fosse stato una bambola. Lei ha scelto la via della competizione con la madre, della gara a chi era la "madre migliore". Di fatto l'ha scalzata (evidentemente con la connivenza della madre) e ha fatto diventare Giulio suo figlio. Con compiacimento racconta che il fratello si è fatto tatuare sul braccio il suo nome (Marzia) e non quello della madre.

Tutto questo sembra confermarla in un'illusione di forza e di perfezione. Il suo essersi collocata però su un piano paritario e competitivo con la madre, in contrapposizione ad una condizione simbiotica e funzionale, ha come bloccato la sua possibilità di essere una figlia che si separa, cresce, diventa donna e potenzialmente madre.

Il rapporto con il marito Stefano è fortemente asimmetrico: lei in posizione dominante controlla, pungola, decide (anche da un punto di vista professionale ed economico);

lui, in posizione subalterna, partecipa ad un'attività professionale di cui non riesce a sentirsi né proprietario né responsabile, amplificando quella che sembra già essere una sua tendenza alla passività, all'accidia ed all'immaturità.

Marzia dunque, impastoiata nel rapporto con la madre del cui figlio si è "appropriata", ha sposato un uomo che tratta da figlio, ma è proprio un figlio, un figlio vero che nasca dalla sua pancia, che non riesce ad avere.

Nel periodo in cui si è svolta la consulenza (9 incontri in un arco di 10 mesi) si sono verificati piccoli e significativi cambiamenti.

È migliorato il rapporto con il suo corpo: le mestruazioni diventano meno dolorose; una brutta influenza, che la costringe per alcuni giorni a letto, è l'occasione per accettare (ed anche per riuscire ad apprezzare) l'accudimento della mamma e del marito.

Riconosce a quest'ultimo di saper accogliere i suoi "sfoghi", di essere capace di contenere i conflitti, invitandola alla riflessione e all'armonia, piuttosto che alla guerra, e di saperle dare anche dei consigli che, in parte, lei sta iniziando a seguire. Questo le permette di riflettere anche sulla sua incapacità di contenersi, sul suo andare in panico, ed affogare nei problemi e su come quindi, paradossalmente, lui sembri alla fin fine essere più forte di lei.

Questo clima relazionale più sciolto, più ironico e colloquiale riesce a contenere ed assorbire la notizia di una severa oligospermia riscontrata a Luca e la non riuscita di un tentativo di ICSI. Marzia non utilizza questi risultati come una "clava" per dare colpi all'impazzata. Si limita ad esserne colpita, dispiaciuta, forse anche un po' alleviata (adesso c'è una ragione e questa ragione la "decolpevolizza").

Anche il rapporto con la madre si muove in una direzione diversa. Non è più solo fonte di rabbia e di delusione (per aspettative sempre mai completamente realizzate) ma la mamma diventa un po' alla volta una persona con dei limiti da accettare e da cui sentirsi accettata.

Marzia sembra aver imboccato la strada della crescita, che implica una maggiore separazione dalla madre e la sperimentazione di sentimenti di gratitudine nei suoi confronti, l'accettazione della propria parzialità/femminilità ed il riconoscimento del valore dell'altro.

In questo quadro più povero di drammatici contrasti ma più ricco di chiaroscuri e di sfumature, dove Marzia sembra dedicarsi ad attività di pace, arriva in maniera assolutamente inaspettata una gravidanza spontanea.

Ilaria, la principessa

Ilaria è una donna bella, alta, magra, con i lunghi capelli biondi. Dimostra meno dei suoi 40 anni.

La scoperta di avere una riserva ovarica ridotta, di essere cioè in una pre-menopausa precoce, l'ha fatta precipitare in uno stato di sofferenza e di panico che si è manifestato in primo luogo con delle reazioni fisiche (soprattutto a livello gastrico), poi con un vissuto di invecchiamento e decadenza del corpo, successivamente con la percezione, seppur vaga e confusa, della difficoltà/impossibilità di avere figli.

Quando la vedo sembra nella fase dello choc, del rifiuto, del volere a tutti i costi ritornare quella di prima, come fosse tutto un brutto sogno. La ferita narcisistica collegata con una giovinezza non più eterna ma "a tempo" si manifesta in tutta la sua drammaticità con un ricco corredo di sintomi: risvegli notturni in preda ad una fortissima tachicardia, nausea, senso di estraniamento, paura di morire ma anche di impazzire, di perdere cioè il controllo sia sul corpo che sulla mente. Il suo è un oscillare tra abissi di disperazione («sono vecchia, ho tutti i sintomi della menopausa») e punte di illusione («il problema non esiste e non è successo nulla»). Ben presto si evidenzia come, a partire dallo squarcio, per dirla alla Schopenhauer, del velo di Maya attraverso il quale guardava la realtà, Ilaria si trova a perdere quelli che considerava i suoi punti di riferimento e che avevano in comune un'illusione di perfezione, di assenza di limiti di tempo e di spazio.

Nel suo raccontarsi il rapporto con il compagno Roberto, fin qui molto idealizzato («siamo complici, in armonia, solidali, teneri... mi dà delle cose belle ed esclusive») lascia trapelare in controluce momenti nei quali lui è profondamente frustrato, arrabbiato con il mondo, violento («È capitato che abbia dato dei pugni al muro o al cruscotto... non mi ha mai toccato con un dito, ma questo perché io non

rispondo... se rispondessi, chissà!»). Pian piano Roberto non è più solo bello, tenero ed alternativo, ma è anche uno che in alcuni momenti non ce la fa, alle prese con difficoltà lavorative e come incagliato nell'aspettarsi un aiuto economico da parte dei genitori senza riuscire a chiederlo.

Il lavoro ed i problemi di tipo finanziario, mai presi seriamente in considerazione in nome di un futuro sempre prossimo e sempre futuro, assumono improvvisamente e per la prima volta una "consistenza". Sull'onda di queste considerazioni però poco tempo dopo Ilaria accetta di lavorare nel negozio di un amico, rendendosi conto che per lei è un'opportunità. Chiedendosi come mai lei, che sembrava avere il futuro in tasca, destinata a fare una carriera strepitosa, si sia "ridotta" a fare un lavoro da commessa, si rende conto che nella sua vita lavorativa di fronte alle difficoltà ha sempre mollato, senza riuscire né ad adattarsi, né a lottare.

Anche la famiglia perde la sua aura. Ilaria appartiene ad una famiglia numerosa (8 figli) che aveva come unica entrata il modesto stipendio di insegnante del padre. Questi ha sempre avuto dei momenti di "fissazione" (ora per la religione, ora per la politica, ecc.) in cui, sfruttando la sua capacità oratoria, coinvolgeva in maniera "coercitiva" tutti. Ciò non le ha mai provocato disagio, anzi ha contribuito alla formazione di un'immagine "speciale" della sua famiglia. Adesso però che al padre è stata fatta una diagnosi di disturbo bipolare, queste caratteristiche le appaiono in una luce differente, fanno emergere dubbi, interrogativi, vissuti di sofferenza e disagio.

Infine anche il suo corpo, fin qui fonte di orgoglio e di gratificazione, l'ha delusa: non sembra più essere sotto il suo controllo. Ilaria lamenta una forte stanchezza, molti disturbi che generano paure ipocondriache a cui reagisce ricercando rassicurazioni e contenimento nella mamma e nelle sorelle, o rifugiandosi in un suo mondo che apparentemente la protegge dagli scossoni ma che non la ancora minimamente (si crogiola nel letto tra una tisana ed un programma televisivo) o "smanettando" in maniera compulsiva su internet, amplificando quindi a dismisura la sua ansia. Si evidenzia cioè una sintomatologia depressiva ma non solo: alcuni valori alterati nelle analisi del sangue la portano da un reumatologo che, dopo una serie di accertamenti, le diagnostica una malattia autoimmune.

È passato un anno da quando ha scoperto la sua "menopausa", il suo primo limite e la sua reazione a questo nuovo limite (la malattia autoimmune) è decisamente più contenuta. Continua a rimuginare sul perché sia successo, su cosa avrebbe potuto o dovuto fare per evitarlo, su fantasie relative ai possibili terribili scenari che si potrebbero evidenziare, ma non si dibatte, non si oppone forsennatamente. Sull'onda di una condizione dolorosamente, ma anche evolutivamente depressiva, sembra riuscire a fronteggiare la situazione, venire a patti e cercare la sua strada.

Ilaria quindi appare cambiata. Se per lei all'inizio l'unica "soluzione" per stare bene era un fantastico tornare ad una condizione pre-disvelamento, una condizione di eterne possibilità nella quale il tempo ed i limiti sembravano non esistere ancora, adesso si trova a dover fare i conti con un'amara verità: «prima tutto mi andava bene ed ero in attesa di una realizzazione ideale futura, adesso so che questa favola non si realizzerà e la mia vita non mi piace».

Ci sono molti modi per esprimere questo traumatico ed inevitabile passaggio ad un'età adulta, tale non per l'anagrafe, ma perché rappresenta la fine dell'illusione, la perdita dell'innocenza ma anche il contatto più consapevole con la realtà, sia interna che esterna.

Solo acquisendo consapevolezza e vivendo il dolore per aver perso quello che credeva di avere, ma non ha mai avuto perché non è mai esistito, Ilaria può avvicinarsi a quello che ha ed anche a quello che può avere. Fa fatica a pensare che con la paura e con la delusione dovrà convivere a lungo, per sempre. È vero però che non se ne fa più divorare, riesce a gestirle. Invece di aspettare che la vita si realizzi o di cercare di misurarla e controllarla, forse può provare a viverla in tutta la sua imperfezione, incompletezza e dolorosità.

Il suo atteggiamento è cambiato anche nei confronti della maternità.

La ridotta riserva ovarica, inizialmente annuncio di vecchiaia e di morte, successivamente elemento di limite procreativo, la porta ad accettare, con l'animo di chi coglie una possibilità, di accedere ad una tecnica di PMA. L'esito negativo della tecnica (che non si è proprio potuta fare per mancanza di follicoli maturi) è doloroso, ma Ilaria riesce ad incassare anche questo colpo in fondo abbastanza bene. È l'occasione per parlare in termini di vissuti, dell'aborto spontaneo avuto dieci

anni prima e di quanto quell'evento fosse stato per lei una sorta di "sollevio". Lascia così emergere gli elementi di ambivalenza che caratterizzano per lei la maternità, prendendo consapevolezza dei propri aspetti grigi, indefiniti (Jung direbbe gli aspetti Ombra) senza esserne travolta.

Nel periodo successivo Ilaria è presa da un progetto lavorativo che coinvolge anche Roberto, oltre che dal seguire la cura e l'evoluzione della sua malattia autoimmune. I nostri contatti si diradano.

La rivedo dopo qualche mese e.... Colpo di scena! È incinta in maniera spontanea e (anche in questo caso) totalmente inaspettata ed insperata.

Queste tre brevi storie cliniche mi hanno portato a fare un collegamento tra desiderio, progetto di un figlio, difficoltà ad averlo e vissuti profondi collegati con una femminilità problematica.

Problematica... se per femminilità intendiamo la capacità di separarsi dalla madre, di andare al riconoscimento ed all'incontro con l'altro, al superamento di una condizione di narcisismo grandioso ed onnipotente, all'accettazione della propria limitatezza e parzialità e dei propri aspetti "ombra".

Nelle situazioni che abbiamo esaminato, nella misura in cui è stato possibile fare acquisire alle pazienti consapevolezza di questi aspetti ed accompagnarle ad integrarli con la propria vita, i nodi riproduttivi sembrano essersi sciolti, portando a delle gravidanze ben accolte ma insperate ed ormai inattese, perché la vita delle pazienti, prima ancora che l'ovulo fosse fecondato, si era lasciata fecondare anche da altri sensi e significati.

Sembrerebbe che per diventare madri si debba essere adulte (del resto le fanciulle prepubere non possono procreare), si debba aver accettato la propria non-perfezione (la perfezione in quanto tale non può né migliorare né evolvere, è per assunto di base sterile), si debba essere disponibili ad accogliere la propria ambivalenza e rinunciare ad un perenne stato di guerra. Si debba cioè rinunciare ai panni della bambina, della principessa, della strega o della guerriera.

Solo questo può permettere di accogliere l'altro non come un estraneo, uno straniero da temere e controllare, ma come un ospite portatore di doni.

Non è forse questo alla base della natura del femminile e di ogni processo di fecondazione?

The witch, the angry girl, the princess: three unexpected pregnancies

Three stories, three women wishing to have a child, who undergo a process of transformation towards maturity and self-discovery

link ■ riflessioni



La costruzione del Sé, il luogo educativo tra scuola “in presenza” e “a distanza”

The construction of the Self, the process of education between face-to-face classes and “distance” learning

La scuola e la famiglia, per dettato costituzionale (art 30, 33, 34), costituiscono il sistema educativo preposto all'istruzione e alla formazione degli individui, assicurano il diritto all'istruzione e garantiscono l'obbligo scolastico nella realizzazione del processo stesso. La scuola, dal latino schola, è una parola di origine greca il cui significato è strettamente legato al tempo libero che il discepolo passava nel luogo in cui si svolgeva la lettura. Attualmente il termine “scuola” descrive proprio il luogo nel quale avviene l'importante compito di istruire, formare ed educare. “Istruire”, viene inteso come processo di trasferimento del bagaglio di nozioni, informazioni, sapere e cultura. L'istruzione si attua nel formare l'alunno ed è inteso come processo di costruzione dell'organizzazione delle conoscenze da trasferire. Ha luogo attraverso due importanti componenti interconnesse: l'intenzionalità nell'educare e la sistematicità nel raggiungere gli obiettivi finalizzati alla formazione. Il termine “educare” corrisponde ad “ex-ducere” (portare fuori). Il processo educativo è concepito come sviluppo delle potenzialità del soggetto che si struttura man mano in abilità sempre più complesse (Bruner, 1967). Attraverso questo complesso sistema educativo, la scuola fornisce gli strumenti psicoeducativi che consentono di promuovere i processi formativi già presenti nell'alunno, il reale costruttore nel processo dell'apprendimento, e nella formazione della propria personalità (Perls, 1991).

MARIANNINA AMATO*

PAROLE CHIAVE: progetto educativo, costruzione del Sé, scuola, insegnante

Progetto educativo e costruzione del Sé

Il progetto educativo si esplica all'interno della classe, concepita tradizionalmente come ambiente sicuro (Bowlby, 1983) e familiare. Tale progetto è redatto ed applicato dall'insegnante che avvalendosi di appropriate metodologie didattiche si propone di raggiungere gli obiettivi educativi previsti, secondo una precisa scansione temporale, al fine di includere e soddisfare gli specifici bisogni educativi degli alunni. Nel processo educativo il soggetto che apprende assume un ruolo attivo nella

L'ambiente forma e modella la personalità. Il ruolo della scuola, luogo di apprendimento e formazione, è fondamentale per promuovere ed assicurare il pieno sviluppo della personalità umana secondo l'accezione costituzionale che vede la formazione dell'individuo nell'integrità delle sue dimensioni costitutive cognitive, affettive e motorie: un ambiente che stimoli e motivi l'alunno all'eureka, proceda dalla curiosità epistemologica alla scoperta, e lo avvii lentamente alla astrazione concettuale, alla riflessione, alla sintesi della conoscenza, sino alla metacognizione

formazione e nella scoperta del sapere: le stimolazioni socio- culturali offerte dalla scuola e dalla famiglia consentono la sua autorealizzazione (Perls, 1991) in termini di coesione interna (Kohut, 1982) del proprio Sé.

Il Sé è il nucleo centrale della personalità, organizza i sentimenti, i pensieri, le rappresentazioni delle relazioni significative di sé e degli altri. È un'istanza psichica che si struttura sin dalla nascita, in continua interazione col proprio ambiente e in funzione dell'IO. Il Sé si consolida, in termini fenomenologici, attraverso la comprensione e il riconoscimento empatico dell'Altro, inteso come diverso dal proprio Sé, ed è nella relazione intersoggettiva che il soggetto soddisfa i propri bisogni di rispecchiamento, fusione e gemellarità (Kohut, 1982) che lo portano gradualmente a maturare un IO sempre più integrato, autonomo, equilibrato, nell'autorealizzazione della propria identità (Perls, 1991).

Il luogo dell'apprendimento

L'ambiente forma e modella la personalità. Il ruolo della scuola, luogo di apprendimento e formazione, è fondamentale per promuovere ed assicurare il pieno sviluppo della personalità umana secondo l'accezione costituzionale che vede la formazione dell'individuo nell'integrità delle sue dimensioni costitutive cognitive, affettive e motorie: un ambiente che stimoli e motivi l'alunno all'eureka, proceda dalla curiosità epistemologica alla scoperta, e lo avvii lentamente alla astrazione concettuale, alla riflessione, alla sintesi della conoscenza, sino alla metacognizione. La scuola così intesa, come contesto culturale, plasma in modo diretto la mente dell'alunno attraverso la cultura e l'informazione. Non si tratta solo di acquisizione nozionistica, è piuttosto una forma di processo relazionale fondamentale per il funzionamento mentale e lo sviluppo cerebrale (Siegel, 2013). Ogni alunno ha necessità di sentire la propria classe come ambiente sicuro (Bowlby, 1983) che attivi la propria modalità di relazione (MOI), che stimoli il sistema mentale di previsione ed organizzazione, nel quale esprimere il proprio Sé, in libertà ed autonomia, auto-motivandosi agli apprendimenti e alla conoscenza dell'altro, in continua relazione con i pari e con l'adulto (Kohut, 1982), una relazione che unisce mentalmente e determina il luogo. Un ambiente così percepito garantisce ad ogni soggetto la crescita responsabile ed evolutiva-esistenziale del proprio Sé.

La scuola "in presenza"

La scuola tradizionale, definita "in presenza" contrapponendola a quella "a distanza", è costituita dalla presenza fisica dei soggetti che frequentano il luogo definito 'aula' ed è intesa come l'insieme degli insegnanti, alunni, bidelli, assistenti, arredamento. Nel suo interno, si avvicinano la ricchezza di interazioni fisiche e sensoriali e le diverse modalità di insegnamento prevalentemente centrate sulla visibilità, sonorità e fisicità. I sensi che guardano e sentono ed il corpo che occupa uno spazio sono importanti nel processo di analisi ed osservazione delle caratteristiche fisiche e spaziali dell'ambiente, che diventa contesto di grande rilevanza umana, relazionale e sociale. Uno spazio relazionale nel quale si costruisce il processo della consapevolezza condivisa, attivata dalle reazioni emotive e viscerali dei soggetti in relazione e dai loro "neuroni specchio". Nel qui ed ora della relazione si modifica il flusso di elaborazione delle informazioni culturali attraverso la comprensione significativa che attinge alla memoria esplicita e narrativa attribuendo senso e significato ad ogni azione e informazione (Siegel, 2013).

Nel contesto scolastico assume un ruolo essenziale l'insegnante che tutela il rispetto dell'unicità e della differenza dei soggetti, favorisce e promuove la comunicazione integrativa nella relazione ed orienta al benessere empatico ed ecologico i soggetti nel processo di apprendimento.

L'insegnante attraverso il rispecchiamento e le frustrazioni ottimali, avvia il processo di interiorizzazione trasmutante (Kohut, 1982) che sviluppa il Sé dell'alunno, regola le interazioni alla pari, conduce alla compassione, allo scambio e alla cooperazione. Sviluppa le competenze psicopedagogiche che permettono di raggiungere la conoscenza esperienziale rimuovendo, quando è possibile, i disagi espressi nel continuo adattamento al processo educativo.

Aspetti neurofisiologici

Le aree della corteccia prefrontale, sede dei processi decisionali più evoluti, maturano dall'età di 7 anni e coinvolgono diverse funzioni: l'attenzione focalizzata e distribuita, la concentrazione immediata, il processo di astrazione, categorizzazione, inclusione e metacognizione. Sono funzioni che donano una significativa possibilità di metabolizzare le opportunità di apprendimento scolastico trasformando l'esperienza manipolativa dei più piccoli, in pensiero operativo concreto dei bambini più grandi, sino al pensiero astratto reversibile nei preadolescenti (Piaget, 1974).

Altre funzioni quali: la flessibilità adattiva delle risposte, il contatto con il proprio Sé, il controllo degli impulsi irrazionali e il raggiungimento dell'equilibrio emotivo, l'empatia e la moralità sopraggiungono con il processo di maturazione delle aree prefrontali mediali.

Il processo di socializzazione, con i meccanismi emotivi dell'imitazione e del rispecchiamento reciproco nelle relazioni tra pari e insegnante, arricchisce le reti sinaptiche neuronali ed offre un'ulteriore espansione alle risorse cognitive. Nella relazione tra due soggetti si attivano i "neuroni specchio" (Rizzolatti, 2006) responsabili del processo di empatia e di sintonizzazione con l'altro che consentono di comprendere, a livello emotivo e cognitivo, lo stato della mente dell'altro attraverso la comprensione della realizzazione dell'azione e l'osservazione dell'azione sull'oggetto. Le diverse funzioni: osservare l'azione compiuta, riprodurla, comprendere l'atto osservato, ampliano lo sviluppo psichico, emotivo, cognitivo e sociale dell'alunno. "La sua emozione è ricostruita, esperita e perciò compresa direttamente attraverso una simulazione incarnata che produce uno stato corporeo condiviso dall'osservatore" (Gallese, 2006), e poiché nell'ascolto si attivano le regioni motorie "congruenti con il contenuto semantico, i compiti linguistici e le azioni non linguistiche legate all'uso della mano e della bocca, aspetto che si fonda su meccanismi "incarnati" legati al corpo, le stesse strutture nervose dell'area premotoria presiedono all'organizzazione dell'esecuzione motoria delle azioni e svolgono un ruolo anche nella comprensione semantica delle espressioni linguistiche che le descrivono". (Amato, 2019).

Nell'interazione con l'ambiente e con gli altri, si attivano i "neuroni gps" situati nell'ippocampo che stimolano l'orientamento e la posizione spaziale, funzione importante per la comprensione degli spostamenti nell'ambiente, e per la fissazione delle informazioni visive nella memoria autobiografica. Inoltre, collega le esperienze avvenute nei contesti e luoghi, integrandole nell'identità personale e donando una direzionalità al pensiero. "Le aree prefrontali coordinano e bilanciano l'input proveniente dalla corteccia cerebrale, dalle regioni limbiche, dal tronco cerebrale e dalle altre parti dell'organismo, le quali sono influenzate anche dagli input provenienti dagli altri cervelli (ossia dalle altre persone). Si può quindi affermare che la coscienza prefrontale realizza l'integrazione tra i sistemi sociali, somatici, tronco-encefalici, limbici e corticali in un'unica totalità funzionale. Questo meccanismo che favorisce l'integrazione ci consente di vivere in armonia con il nostro corpo e con l'ambiente sociale" (Siegel, 2013).

L'emergenza educativa e la scuola "a distanza"

Nell'emergenza sanitaria, per agevolare il distanziamento e la salvaguardia dalla diffusione del virus, da circa un anno, la scuola ha modificato gli interventi alternando la didattica "in presenza" ad una didattica "a distanza", con strumenti tecnologici e connessioni da remoto.

La didattica "a distanza" o dad è costituita da una classe virtuale di alunni e insegnanti percepiti visivamente in un insieme attraverso il monitor. Le relazioni avvengono selettivamente su due canali sensoriali: il sonoro e il visivo, con richieste elevate nel processo attentivo: l'eccessiva esposizione produce negli alunni stanchezza fisica e tensione emotiva e cognitiva.

Le relazioni avvengono in rete, su "non luoghi", che consentono di abbassare lo sguardo, di non avere un corpo, di non occupare uno spazio fisico e di transitare velocemente, espandendo ed isolando, creando contatti fittizi, non identificati e poco significativi per la mente in relazione e per la reale costruzione del Sé.

La dad richiede all'alunno delle competenze di alto livello emotivo e cognitivo che si

L'insegnante, barometro della stabilità emotiva e dell'apprendimento scolastico, oltre a valorizzare, sostenere e promuovere la motivazione alla conoscenza epistemologica deve affinare le proprie capacità di ascolto empatico e rispecchiante verso l'alunno portatore di una sensibilità emotiva. Lo sviluppo di tale capacità offre al docente uno sguardo sulla reale dimensione dello sviluppo evolutivo-esistenziale dell'alunno ed offre una adeguata impostazione della dad

Nell'interazione con l'ambiente e con gli altri, si attivano i "neuroni gps" situati nell'ippocampo che stimolano l'orientamento e la posizione spaziale, funzione importante per la comprensione degli spostamenti nell'ambiente e per la fissazione delle informazioni visive nella memoria autobiografica. Inoltre, collega le esperienze avvenute nei contesti e luoghi, integrandole nell'identità personale e donando una direzionalità al pensiero

strutturano lentamente dai 7 anni: concepire la classe virtuale senza una collocazione fisica richiede un processo di astrazione mentale. La rappresentazione della classe e delle interazioni secondo una coordinazione sincronica e una integrazione sinergica delle relazioni, espande la mente nella comprensione mentale dell'altro.

Il docente affronta la dad con un'elevata formazione nell'uso di strumenti da remoto, ma fatica a gestire la classe virtuale che spesso risulta poco motivata e frammentaria; ciò lo rende meno attento sui veri bisogni emotivi e psicologici dell'alunno. Nel contempo, non dosa la complessità dei contenuti in una dimensione spazio- temporale adeguata all'evoluzione del soggetto e alla tempistica di consolidamento del sapere. Interventi emergenziali organizzati in breve tempo, senza la reale considerazione dei fattori dinamico- funzionali dell'alunno e spazio- temporali della didattica, a lungo termine provocano sofferenze e disagi emotivi e cognitivi nei soggetti in evoluzione.

Considerazioni e proposte psico-evolutive

In questo momento di emergenza sanitaria ed educativa il giovane è vincolato ad un totale rispetto delle norme e ad una frustrante castrazione del proprio Sé in ambito familiare e sociale.

Il passaggio all'emergenza educativa non è indolore. Soggetti particolarmente vulnerabili e sensibili manifestano, nel tempo, segnali di sofferenza emotiva e la scuola, luogo d'incontro relazionale e mentale, si carica di tale sofferenza che diventa collettiva attraverso lo scambio interattivo in classe.

La permanenza della didattica "a distanza" dovrà modificare il suo agire in una didattica "in vicinanza", essere in relazione pur nella distanza, creare le occasioni di incontro interattivo per "coltivare una comunicazione ispirata alla compassione che porti a stretto contatto i mondi interiori di due persone. Poiché l'integrazione significa collegare tra loro parti differenziate, "una relazione integrata si basa (...) sul rispetto delle differenze e sulla promozione di legami basati sulla compassione. Una relazione di questo tipo è caratterizzata da una comunicazione integrativa in cui il mondo interiore di ogni persona -la componente soggettiva della mente- venga rispettato per le sue caratteristiche di unicità e collegato agli altri nell'ambito di una comunicazione empatica" (Siegel, 2013). La classe virtuale deve diventare luogo d'incontro dove accogliere le emozioni e le sofferenze degli alunni, e sperimentare la dimensione di condivisione e di riparazione.

Nella didattica a distanza va considerato il processo di crescita non lineare dell'alunno ed i delicati passaggi di ciclo che scandiscono un salto qualitativo della sua mente. L'insegnamento promosso nella dad va sottoposto a continuo monitoraggio per consentire un'efficace sedimentazione degli apprendimenti e per un adeguato accompagnamento nel passaggio di ciclo: dalla scuola dell'infanzia alla primaria elementare e media, sino alla secondaria.

In particolare, la dad deve verificare se l'alunno ha acquisito un Sé autonomo e fiducioso (Winnicott, 1986) che consente al soggetto di espandersi nell'ambiente (Allport, 2015), di riconoscere le proprie capacità e competenze nelle interazioni sociali, un Sé cognitivamente ed emotivamente maturo, capace di applicarsi a nuovi e più complessi compiti dell'apprendimento. Un Sé capace di iniziativa (Erikson, 1994) elabora e valorizza gli obiettivi e piani per un futuro (Allport, 2015) e consente il confronto con gli altri sui valori ed ideali espressi, consolidando sempre più il pensiero riflessivo e reversibile (Piaget, 1974).

L'insegnante, barometro della stabilità emotiva e dell'apprendimento scolastico, oltre a valorizzare, sostenere e promuovere la motivazione alla conoscenza epistemologica deve affinare le proprie capacità di ascolto empatico e rispecchiante verso l'alunno portatore di una sensibilità emotiva. Lo sviluppo di tale capacità offre al docente uno sguardo sulla reale dimensione dello sviluppo evolutivo- esistenziale dell'alunno ed offre una adeguata impostazione della dad. Inoltre, il docente deve creare occasioni di incontro mentale per coinvolgere gli alunni, dare significato, far riflettere su ciò che succede dentro e fuori la relazione, valorizzare le competenze e le risorse interne, creare le condizioni per sviluppare la fiducia nell'altro (Winnicott, 1986) e nel futuro, per realizzare una progettualità creativa in connessione con l'altro, gestire in pienezza il sentimento dell'essere uniti nel distanziamento e promuovere il processo di cambiamento personale dell'alunno e sociale del gruppo classe. Su questi presupposti si sviluppa "La visione della mente (che ndr) ci consente di dirigere il

flusso di energia e l'informazione verso l'integrazione...e questo comporta l'assenza di malattia e la comparsa del benessere" (Siegel, 2013).

*Psicologa-Psicoterapeuta ASPIC
EMDR Practioner
3D Therapy®
NPia Lamezia Terme ASP-CZ

BIBLIOGRAFIA

- Allport G., "Psicologia della personalità" ed Las, Roma, 2015
Amato M., "3D Therapy- La materializzazione dell'emozione", Graficheditore, Lamezia Terme, 2019
Berti E.A., Bombi S.B. "Psicologia del bambino", Il Mulino, Bologna, 1985
Bruner J.S. "Verso una teoria dell'istruzione", Armando, Roma, 1967
Bowlby J., "Attaccamento e perdita", ed. Boringhieri, Torino, 1983
Cahn R., "Adolescenza e follia", ed. Borla, Roma, 1994
Canestrari R., "Psicologia generale e dello sviluppo", ed Clueb, Bologna, 1988
Churchland P. S., "L'Io come cervello", Raffaello Cortina, Milano, 2014
Della Sala S., Beschin N., "Il cervello ferito", Giunti, Firenze, 2006
Dimaggio G., Semerari A: "I disturbi della personalità. Modelli e trattamento", ed Laterza, Bari, 2003
Gallese V., Migone P., Eagle M.N., "La simulazione incarnata: i neuroni specchio, le basi neurofisiologiche dell'intersoggettività ed alcune implicazioni per la psicoanalisi", in Psicoterapie e scienze umane, n°3, 2006
Giusti E., Azzi L., "Neuroscienze per la psicoterapia", Sovera Multimedia, Roma, 2013
Giusti E., Militello F., "Neuroni specchio e psicoterapia", Sovera Multimedia, Roma, 2011
Hansell J., Damour L., "Psicologia Clinica", Zanichelli, Bologna, 2020
Kohut H. "La ricerca del Sé", Ed. Bollati Boringhieri, Torino, 1982
Kring A.M., Johnson S.L., Davison G.C., Neale J.M., "Psicologia clinica", Zanichelli, Bologna, 2021
Lazzari D., "Mente e salute", Franco Angeli, Milano, 2007
Marcelli D., "Psicopatologia del bambino", Masson, Milano, 1998
Marcelli D., Braconnier A., "Psicopatologia dell'Adolescente", Masson, Milano, 2000
National Geographic, "Il cervello", RBA Italia, Milano, 2017
Perls F., "Qui e ora. Psicoterapia autobiografica", Sovera, Roma, 1991
Piaget J., "Dove va l'educazione", Armando, Roma, 1974
Reuchlin M., "Manuale di psicologia", Ed Riuniti, Roma, 1981
Rizzolatti G., Sinigaglia C. "So quel che fai", Raffaello Cortina, Milano, 2006
Siegel D. "Il terapeuta consapevole. Guida per il terapeuta al Mindsight e all'integrazione neurale", Ed. Istituto di Scienze Cognitive, Sassari, 2013
Siegel D. "La mente relazionale", Raffaello Cortina Editore, Milano, 2013
Siegel D., "Mappe per la mente", Raffaello Cortina, Milano, 2014
Simonetta E. (a cura), "Esperienze traumatiche di vita in età evolutiva", Franco Angeli, Milano, 2019
Spalletta E., Quaranta C., "Counseling Scolastico Integrato", Sovera Multimedia, Roma, 2002
Verardo A.R., "Attaccamento traumatico: il ritorno alla sicurezza", Giovanni Fioriti ed, Roma, 2017
Winnicott D.W., "Sviluppo affettivo e ambiente", Armando, Roma, 1986

The construction of the Self, the process of education between face-to-face classes and 'distance' learning

The Italian Constitution (articles 30, 33, 34) states that the school and the family are the two institutions which make up the educational and training system, and guarantee the right to education.

The word 'school' comes from the Latin schola, and has Greek origins: it meant the place where a disciple spent his free time reading.

Today 'school' refers to the place where education takes place. 'Teaching' is not just the act of transferring information and data. It is a process through which the child acquires knowledge and skills, interacts with peers and adults, and develops his/her potential, structuring more and more complex abilities and the Self (Bruner, 1967). Is all that possible with distance learning?

KEY WORDS: educational project, construction of the Self, school, teacher

La formazione del soggetto terapeutico

HOW to become a therapeutic subject

La crescita personale del soggetto terapeuta non deve paludarsi nell'illusione che ormai già si sappiano le cose da sapere e che le cose da sapere siano le uniche cose che contino.

Le 'cose da sapere', le nozioni formali, possono costituire a volte una sorta di difesa separante per il terapeuta che non 'sostiene' ancora l'incontro con il paziente. In tal caso, possono esserci malintese interpretazioni della forma, non nella logica 'volano indispensabile' alla liberazione del processo relazionale e terapeutico, bensì nella logica del proteggersi dal processo. La solida preparazione formale è indispensabile proprio per potersi fidare del proprio 'sentire' intersoggettuale, ben sostenuto da una solida, sedimentata base 'culturale'.

CATELLO PARMENTOLA*

PAROLE CHIAVE: Formazione, soggetto terapeutico, contesti relazionali

Le 'nozioni' nei percorsi formativi sono generalmente bene insegnate e bene apprese. Questo suggerirebbe una maggiore concentrazione sul pezzo mancante della sedimentazione 'personale' di quanto appreso, piuttosto che 'ridondare' gli aspetti formali, in una collusione tra le 'difese' degli allievi e quelle dei didatti. Va assegnata estrema importanza alla premessa formale indispensabile alla liberazione del processo.

Ma è indispensabile anche non dimenticare che il fine della premessa formale è la liberazione del processo, altrimenti si resterebbe per sempre a livello di premessa. Questo contributo riconosce l'importanza della premessa come la riconoscono tutti. Ma, contestualmente, sollecita ad andare oltre la premessa, come sollecitano in pochi.

La calibratura sulla soggettività: da fare lo psicologo ad essere un soggetto psicologico

A causa anche di esposizioni istituzionali, negli anni '80-'90 mi sono molto occupato del 'soggetto' psicologo e della sua capacità di essere un 'soggetto psicologico'. L'essere 'psicologici' si sostanzia dell'essere sempre capaci relazionalmente di calibrarsi sulla soggettività, delle persone, dei contesti, dei momenti...

Questo, in dialettica col Mondo in cui, essendo quasi sempre tutti troppo occupati-disturbati da sé, la costante mancanza di questa calibratura causa e descrive spesso situazioni antieconomiche, non sostenibili, ammalanti...

Proprio per questo, si struttura una domanda psicologica e sarebbe quindi imperdonabile e paradossale se, nella relazione psicologica, si ripetesse il Mondo e si riproducesse la stessa scalibratura.

Da questa considerazione consegue che il primo requisito personologico di un

soggetto psicologico è la calibratura sulla soggettività che istituisce contesti relazionali sostenibili e 'lavorabili'.

Adesso non è per nulla detto che uno psicologo, solo perché laureato in psicologia, possieda di per sé questo requisito, sia quindi contestualmente anche un soggetto psicologico.

È di tutta evidenza che si possa essere dei soggetti anche molto psicologici pur non essendo psicologi, come altrettanto si possa essere psicologi anche da 110 e lode, pur non essendo per niente soggetti psicologici.

L'esigenza di formare contestualmente sia lo psicologo che il 'soggetto' psicologo (la persona dello psicologo) affinché sia funzionalmente sempre anche psicologico, l'ho molto segnalata –in ogni sede– negli anni '80-'90.

Ho cercato di focalizzare epistemologicamente lo sguardo e l'ascolto psicologici, l'essenzialità della psicologicità della relazione, i suoi requisiti e, in generale, quelli che erano i Soggetti e gli Oggetti della psicologia, ma, purtroppo, erano generazionalmente tempi difficili per gli psicologi, tempi di guerra, di macchina e di pietra, in cui si era troppo impegnati a farsi professionalmente largo in termini giuridico-amministrativi e sindacalistici.

Così furono molto sottovalutati e trascurati gli aspetti epistemologici e culturali, considerati, in quei tempi duri, quasi alla stregua di voluttuari vezzi intellettualistici. Abbiamo pagato questo errore tragicamente nei decenni successivi, sia in termini di fragilità identitaria che in termini di confusione epistemologica ma anche normativa e professionale.

Far 'succedere' la relazione: da 'fare lo psicoterapeuta' ad essere un 'soggetto terapeutico'

Lo stesso paradosso finora descritto a proposito di psicologo e soggetto psicologico, si può cogliere anche a proposito di psicoterapeuta e soggetto terapeutico.

È importante che si formi rigorosamente lo psicoterapeuta, che egli apprenda quelle indispensabili nozioni formali, tutti gli autori di riferimento e tutte le regole della propria pratica clinica.

Tuttavia, se essere psicologici significa calibrarsi sulla soggettività, essere terapeutici significa far 'succedere' relazione, nel senso della relazione tra il dottore e il paziente e nel senso di riuscire, con i tempi e i modi della clinica, a sciogliere e liberare gli accessi relazionali del paziente a se stesso e ai propri nuclei conflittuali e infine al Mondo.

Da questo punto di vista, qualunque modello clinico è comunque pur sempre relazionale, perché utilizza paradigmaticamente la relazione dottore-paziente e perché interroga in ogni caso paradigmi connettivi, sia che si debba mettere in contatto con parti remote (l'inconscio dinamico per come si forma), sia che si debba mettere in contatto con parti costrette alla distanza perché non ancora distinte (l'inconscio fenomenologico, per come si dice).

Allora, se è indispensabile 'far succedere la relazione' e, per farla succedere, è indispensabile che gli psicoterapeuti siano soggetti terapeutici, si pone la questione di dover formare gli psicoterapeuti in tal senso.

Perché, riprendendo il paradosso di sopra, non è detto che i soggetti terapeutici siano degli psicoterapeuti allo stesso modo in cui non è detto che gli psicoterapeuti debbano essere di per sé dei soggetti terapeutici.

Come ho conosciuto psicologi molto poco psicologici, così ho conosciuto psicoterapeuti molto poco terapeutici (per ovvi motivi, per esempio, quasi tutti quelli di formazione medica).

Si pone dunque la questione di formare la terapeuticità degli psicoterapeuti, questione quanto mai complessa.

La formazione del soggetto terapeutico

Direi che il primo punto di questo processo formativo è essenzialmente epistemologico (come dice Husserl, «gli psichisti non possono rimuovere i problemi epistemologici generati proprio dalla forma del loro sapere»).

Questo per un motivo molto semplice: se lo psicoterapeuta non è epistemologicamente interessato a comprendere il suo Oggetto professionale, a comprendere il senso

*Se essere psicologici
significa calibrarsi
sulla soggettività,
essere terapeutici
significa far
'succedere' relazione,
nel senso della
relazione tra il
dottore e il paziente
e nel senso di riuscire,
con i tempi e i modi
della clinica, a
sciogliere e liberare
gli accessi relazionali
del paziente a se
stesso e ai propri
nuclei conflittuali e
infine al Mondo*

La psicoterapia inizia molto dopo che il dottore e il paziente hanno cominciato a incontrarsi (instaurato la relazione), mesi dopo, a volte anni dopo.

E inizia realmente quando il paziente sente che il dottore 'davvero' ci tiene a lui (paradigmatico del suo cominciare a tenerci a se stesso). E comincia a funzionare davvero solo quando il paziente comincia a tenere al dottore più di quanto tenga a Quello che sta 'difendendo' (paradigmatico del suo cominciare a tenerci a se stesso più di quanto ci tenga a Quello che sta difendendo)

dello stare in quel piano di relazione, cosa ci sta a fare eccetera, non comprenderà neanche l'importanza e il senso della terapeuticità e del fare succedere relazione. E, quindi, non potrà neanche essere interessato ad interrogarsi riguardo ai requisiti più funzionali in tal senso e, eventualmente, formarcisi e lavorarci su.

Se lo psicoterapeuta, per i più diversi motivi -spesso di difesa- non realizza che la terapeuticità non è garantita dalla buona organizzazione formale del setting in sé, e neanche da una semplice buona accoglienza, buona disposizione, buona comprensione terapeutiche, ma è invece correlata a un 'far succedere relazione', non cercherà di formarsi e maturare i requisiti anche personologici che favoriscono questo obiettivo.

Un passaggio fondamentale è focalizzare che la 'relazione che si instaura' tra dottore e paziente è solo l'inizio del discorso, non ci porta mai troppo lontano.

Lo scarto decisivo avviene quando comincia a succedere la relazione a livello intersoggettuale, tra la persona del dottore e la persona del paziente.

La psicoterapia inizia molto dopo che il dottore e il paziente hanno cominciato a incontrarsi (instaurato la relazione), mesi dopo, a volte anni dopo.

La psicoterapia inizia realmente quando il paziente sente che il dottore 'davvero' ci tiene a lui (paradigmatico del suo cominciare a tenerci a se stesso).

E comincia a funzionare davvero solo quando il paziente comincia a tenere al dottore più di quanto tenga a Quello che sta 'difendendo' (paradigmatico del suo cominciare a tenerci a se stesso più di quanto ci tenga a Quello che sta difendendo).

La profondità di questi livelli non interroga il dottore riguardo al suo essere formalmente uno psicoterapeuta, bensì riguardo al suo essere un soggetto terapeutico, funzionale a questi livelli di profondità, capace di accessi e maneggiamenti a questi livelli.

Non tutti quelli che sono formalmente psicoterapeuti hanno questa capacità, o comunque non tutti nella stessa misura.

Ma se si tratta di una capacità indispensabile all'essere soggetti davvero terapeutici, al far succedere davvero relazione ai livelli a cui deve succedere, allora questa capacità andrebbe sempre formata.

Solo una pregiudiziale chiarezza epistemologica riguardo a tali questioni ci può dare la motivazione, la determinazione e il coraggio necessari per 'affrontare' questi passaggi formativi.

Il coraggio richiesto è il punto dirimente, trattandosi precisamente del motivo per cui sono sempre elusi sia i discorsi su questi passaggi formativi e sia, a maggior ragione, i passaggi formativi stessi.

Perché coraggio? Per due importanti motivi: il primo è che questi passaggi formativi non possono non esporre – già durante la formazione- dei requisiti anche personologici; il secondo è che questa formazione è finalizzata proprio all' 'esposizione', ad un'esposizione molto maggiore e ad un livello molto più intersoggettuale- nei confronti del paziente.

È una formazione che ci interroga: 'hai studiato la psicoterapia, probabilmente sai fare anche lo psicoterapeuta, ma sei il soggetto più adatto a farlo? sei un soggetto autenticamente terapeutico?'

I requisiti anche personologici da formare per essere-divenire soggetti terapeutici, sono tanti e meritevoli di specifici approfondimenti: rimando anche al mio articolo su *Lo 'stato mentale' del terapeuta – la quota processuale nella relazione psicoterapeutica: una riflessione sugli aspetti formativi, etici ed epistemologici* (LINK-Rivista Scientifica di Psicologia, n. 11-Dicembre 2007).

Qui vorrei soffermarmi sulle criticità che hanno impedito o 'corrotto' la formazione del soggetto terapeutico.

La prima criticità è costituita da un equivoco: pensare che la formazione dei requisiti terapeutici si risolva (o sia implicita) nel lavoro su se stessi, ritenere che l'attraversamento personale dell'allievo, magari la psicoterapia didattica, la consapevolezza, l'elaborazione e il compenso dei propri nuclei conflittuali, il perseguimento del proprio equilibrio, garantiscano terapeuticità, rendano automatica la funzionalità terapeutica.

Io penso a queste cose, invece, come a cose di retroguardia, utili magari a non contaminare il setting e a non fare danni (che è già tanto...), ma non sufficienti in sé ad attivare funzionalmente accesso relazionale.

Queste cose, al massimo, garantiscono –come detto sopra- buona disposizione, buona accoglienza, buona comprensione terapeutiche.

Ma poi? Che facciamo? Osserviamo la relazione da questa quieta nicchia? No, ci

vogliono ben altri requisiti, occorre ben altro Estro terapeutico per alimentare quel fuoco eracliteo che, come dice Wittgenstein, «accende figure dell'anima». Privilegiare requisiti di retroguardia o 'ben altri requisiti' è tutt'uno con quello che epistemologicamente si ritiene debba essere il senso della relazione psicoterapeutica, che i miei autori di riferimento non considerano un Luogo che debba raffreddare e calmare, diffidando del troppo equilibrio e dell'eccessiva 'comprensione' terapeutica. Sarebbero discorsi lunghi. Diciamo che possono funzionare benissimo anche dei setting molto 'cauti' dal punto di vista formale, ma dubito che possa essere terapeutico chi è 'troppo' cauto soggettivamente. È difficile aprire, sciogliere, contattare, se noi stessi abbiamo, nella nostra economia intrapsichica, ancora qualcosa che ci frena o ostruisce.

Nella mia esperienza personale di formatore, mi è capitato a volte di cogliere straordinarie potenzialità terapeutiche proprio negli allievi meno sospettabili di possedere tali doti, apparentemente degli outsider a causa dei soggettivi estri.

Se lo psicoterapeuta è attraversato da molte esperienze paradigmatiche ed è facile a risonare, è sulla buona strada, per diventare anche un soggetto autenticamente terapeutico.

Dunque, 'ben altri requisiti' (non 'di retroguardia') compongono ed edificano questo particolare estro terapeutico che bisognerebbe formare e maturare (si tratta di un processo a più livelli).

Seconda criticità sono i requisiti che non si possono 'apprendere' attraverso nozioni formali, dispensate nel corso di 'lezioni formali'. È indispensabile che i formatori siano essi stessi in possesso dei requisiti personologici di cui stiamo parlando, pena l'impossibilità di formarli negli allievi.

Questa è un'altra criticità, poiché si tratta di quella generazione di didatti 'di macchina e di pietra', quelli dei tempi duri, giuridico-amministrativi e sindacalistici, quelli che venti - trent'anni prima hanno sottovalutato e disdegnato l'epistemologia. Nel caso siano in possesso di questi requisiti, nel caso possiedano estro terapeutico, nel caso siano soggetti terapeutici, come formare Questo negli allievi, non trattandosi di nozioni formali trasmissibili attraverso lezioni formali?

La mia risposta è: trasmettendo suggestioni ed emozioni identificative (carismi) in un'esposizione interpersonale, incarnando l'esempio, facendo 'succedere' dentro l'allievo cose formative.

Il didatta non abbastanza solido ed esperto di governi epistemologici e deontologici delle esperienze professionali tende ad eludere queste esposizioni, le teme, teme le vertigini e i rischi del campo relazionale aperto, non controllato, non configurato nei ruoli; non comprende che anche queste esposizioni rientrano a pieno titolo nel ruolo di formatore perché, rifuggire l'intersoggettuale nella relazione con gli allievi, costituisce un cattivo esempio. Domani i loro allievi rifuggiranno l'intersoggettuale con i loro pazienti, proteggendosi dentro setting iperformalizzati e con regole standardizzate.

Anche la paura o il coraggio possono diventare dei paradigmi.

La maturazione del soggetto terapeutico

In un percorso ideale, dopo che lo psicoterapeuta ha completato la sua formazione, sia con riferimento ai requisiti formali, sia con riferimento a quei 'ben altri requisiti', inizia un processo di maturazione nell'esperienza, che specifica progressivamente le calibrature intersoggettuali e rende più precisa la propria cifra terapeutica nell'apprezzamento ogni volta di ciò che è più funzionale o più 'critico'.

L'apprendimento formale è fondamentale per 'fare bene' lo psicoterapeuta.

È però anche importante 'dimenticare' quello che si è appreso per essere anche un soggetto terapeutico, per accedere al paziente senza le frapposizioni e le interferenze del 'formale'.

Quando il formale è ormai sedimentato in automatismi processuali, non c'è più bisogno di 'pensarlo': il richiamo del formale come 'misura' dell'andamento clinico costituirebbe solo un indicatore di insicurezza e criticità nel gioco intersoggettuale e nel 'processo' terapeutico.

Il soggetto terapeutico, non distolto da misure formali, interroga ed espone le sue misure umane ed etiche, adottando uno standard di minore rigidità e di maggior rigore nella sua pratica clinica.

Dopo che lo psicoterapeuta ha completato la sua formazione, sia con riferimento ai requisiti formali, sia con riferimento a quei 'ben altri requisiti', inizia un processo di maturazione nell'esperienza, che specifica progressivamente le calibrature intersoggettuali e rende più precisa la propria cifra terapeutica nell'apprezzamento ogni volta di ciò che è più funzionale o più 'critico'.

L'apprendimento formale è fondamentale per 'fare bene' lo psicoterapeuta

Il formale sedimentato ci rende più solidi e tranquilli in quell'esercizio terapeutico di noi stessi che le regole formali avevano costipato, tarpando la nostra funzionalità. Questo significa potere essere funzionali anche su un più ampio spettro casistico, con tutti quei casi che richiedono brillantezza, fantasia, 'leggerezza', creatività, divergenza, temperamento, humor

Se non accadesse questo, se –a livello cognitivo- non 'dimenticasse' il formale, lasciandolo sedimentare ad un livello più profondo in 'naturali' automatismi processuali, la psicoterapia diverrebbe –nel lungo tempo- una fatica insostenibile. L'unica possibilità che questo non accada, è nella ricompensa costituita dalla levità e dalla bellezza dell'incontro intersoggettuale, l'incontro tra persone, che identifica l'esperienza clinica a un livello più profondo di comprensione e di sentimento, capace di intercettarci, di intercettare la nostra vita.

Nella mia esperienza, gli psicoterapeuti con difficoltà di sedimentazione (fenomeno molto ricorrente in coloro che hanno seguito una formazione medica), a lungo andare sono estenuati da un controllo formale antipsicologico, dalla mancanza di accessi e respiri termici, e rischiano di 'scoppiare' in una dismisura ossessiva.

Se non ci si 'godono' i pazienti e non ci si 'emoziona' negli incontri con i pazienti, decenni e decenni di 'lavoro' e transazioni solo 'tecniche', davvero non si possono reggere.

L'accesso intersoggettuale ci espone come persone, quindi ci consente di utilizzare noi stessi, le nostre caratteristiche personologiche, i nostri talenti come risorse terapeutiche.

Il formale sedimentato ci rende più solidi e tranquilli in quell'esercizio terapeutico di noi stessi che le regole formali avevano costipato, tarpando la nostra funzionalità.

Questo significa potere essere funzionali anche su un più ampio spettro casistico, con tutti quei casi che richiedono brillantezza, fantasia, 'leggerezza', creatività, divergenza, temperamento, humor.

Il soggetto terapeutico deve incarnare l'esempio, incarnare l'accesso e la facilità di accesso relazionale, per poter sciogliere, nella relazione che sta accadendo, l'accesso del paziente, la sua difficoltà di accesso relazionale, al terapeuta, a se stesso e ai propri nuclei conflittuali, infine al Mondo (senza più nevrosi: non ci saranno più 'nemici' -- proiezioni contagianti dei nostri meccanismi di scissione – bensì solo differenze).

Sono coinvolti anche livelli 'sentimentali', maneggiamenti e governi dei sentimenti: il soggetto terapeutico deve far pratica di questo, diventare più esperto, equilibrato e maturo in Questo.

Lacan dice: «in fin dei conti io non sono lì per suo bene ma perché egli ami».

E come potremmo sciogliere l'amore dei pazienti, se noi terapeuti siamo ancora spaventati dall'amare, bloccati nell'amare? se abbiamo difficoltà in Questo?

Lacan continua così: «Questo vuol dire che devo insegnargli ad amare? Certamente, sembra difficile elidere tale necessità».

Per Lacan dunque è ineludibile che, per essere un soggetto terapeutico, lo psicoterapeuta porti a quest'altezza (sentimentale) il livello del discorso relativo alla sua pratica clinica.

Lacan distingue ovviamente l'amore dall'amare, ma sostiene che la questione della buona funzionalità dei meccanismi dell'amare nello psicoterapeuta sia una questione non eludibile, addirittura dirimente: «per quanto riguarda l'amare e il sapere che cos'è amare, io devo almeno, come Socrate, poter rendere testimonianza a me stesso di saperne qualcosa»

Dunque, per un terapeuta, saperne delle cose dell'amare, sembrerebbe essere un requisito davvero indispensabile. Impraticarsi delle cose dell'amare dovrebbe quindi essere parte del suo percorso formativo.

Per quanto mi riguarda ho provato a non separare troppo le lezioni dalle relazioni, inventandomi le *relezioni*, nel timore che i miei allievi fissassero un paradigma separante.

Ma queste ovvietà riguardo all'importanza dell'amare e riguardo all'importanza che se ne tenga conto nei contesti formativi, sono esattamente le cose meno dette, particolarmente eluse proprio nei percorsi formativi.

Conclusioni

Il setting si sostanzia di quello che il paziente porta e non dei miti formali del terapeuta.

Uno a uno, diceva Lacan, dimenticare ogni volta il paziente precedente. Ogni volta non si sa cosa sta per succedere: *si può dire, pensare, 'sentire' tutto; (proprio perché) non si può fare niente*. Ogni volta è un'Altra Cosa: Lacan variava luogo, durata e tutto,

dal punto di vista formale. Con una rigorosissima presa sostanziale sul processo terapeutico.

Partendo da un modello teorico completamente diverso, Hillman ha raccontato la sostanza del setting nelle stesse suggestive logiche, stando molto sulle atmosfere e sui linguaggi intersoggettuali

I Grandi Maestri, insomma, ci ricordano che i modelli teorici sono solo dei paradigmi da interiorizzare, non regole separanti standardizzate: è col paziente che si deve stare, solo con il paziente. È soprattutto il paziente che 'fa' la direzione: la sua fantasmatica descrive di volta in volta il mandato del terapeuta.

Lo psicoterapeuta deve essere soggetto terapeutico, funzionale allo scopo di far succedere relazione. Quali sono le caratteristiche che dovrebbe possedere uno psicoterapeuta per essere 'soggetto terapeutico?', come si incarna meglio l'accesso relazionale?, come si può essere più funzionali ai fini del far succedere la relazione? E come si possono 'insegnare' queste caratteristiche, per edificare un terapeuta che sia soggetto terapeutico? Di sicuro, trattandosi di requisiti personologici, non possono venire maturati attraverso saperi formali.

Quindi, le Scuole di Specializzazione che, per distinguersi, specificano sempre di più i setting con regole formali e standardizzate, non rendono buoni servizi a questa causa.

Per tenere tutti gli aspetti richiamati finora in un solido ed organico discorso, basterebbe che, per cominciare, le Scuole di specializzazione potenziassero le unità formative dedicate all'epistemologia, per mettere a fuoco gli stati mentali più funzionali a 'fare succedere relazione' ed eventualmente liberarli in modo più mirato da soggettive ostruzioni, con forme di attraversamento personale e clinica didattica. Solo in un organico governo epistemologico dei percorsi formativi, i requisiti formali del setting, quelli personologici dello psicoterapeuta in formazione e il lavoro su se stessi (clinica didattica) possono trovare il più equilibrato bilanciamento, al fine di consentire al futuro terapeuta di esprimere funzionalmente tutte le sue risorse terapeutiche, in primis il suo 'amare' (facilità di accesso) e il suo soggettivo estro (terapeutico).

* Psicologo, Psicoterapeuta, Dirigente psicologo presso l'ASL Salerno

BIBLIOGRAFIA

- Barone L. - Gilardi S., Il concetto di competenza comunicativa in psicologia: una riflessione in chiave epistemologica, *Epistemologia*, VII, 1984;
Bateson G. - Bateson M. C., Dove gli angeli esitano, Adelphi, Milano 1989
Bateson M. C., Con occhi di figlia, Feltrinelli, Milano 1985
Borgna E., I conflitti del conoscere, Feltrinelli, Milano 1989;
Brunner J., La ricerca del significato - per una psicologia culturale, Bollati Boringhieri, Torino 1992;
Coleridge S. T., La ballata del vecchio marinaio, trad. di Fenoglio B., Einaudi, Torino 1964
Dahlk R., Malattia linguaggio dell'anima, Edizioni Mediterranee, Roma 1996;
Dal Lago A., Il meta - libro di Bateson, in aut aut n. 251, sett. - ott. 1992
De Biasi R., Il fine non perseguibile. Su Bateson e la non - comunicazione, in aut aut n. 251, sett. - ott. 1992
Del Castello E. - Madonna G. - La Manna M. - Bozzaotra A., La persona del terapeuta nel processo formativo, in Loredi C. - Malagoli Togliatti M. - Micheli M. (a cura di), *Famiglia: continuità affetti trasformazioni*, Franco Angeli, Milano 1995
Galimberti U., *Psichiatria e fenomenologia*, Feltrinelli, Milano 1979;
Good Byron J., *Narrare la malattia*, Edizioni di Comunità;
Jervis G., *La conquista dell'identità*, Feltrinelli, Milano 1997;
Herrigel E., *Lo zen e il tiro con l'arco*, Adelphi, Milano 1975
Hillman J. - Ventura M., *We've Had a Hundred Years of Psychotherapy - And the World's Getting Worse*, Garzanti Editore, 1993;
Madonna, *La psicoterapia attraverso Bateson*, Bollati Boringhieri, Torino 2003
Napier A. Y. - Whitaker C. A., *Il crogiolo della famiglia*, Astrolabio, Roma 1981
Parmentola C., *Il soggetto psicologo e l'oggetto della psicologia*, Giuffrè Editore, 2000;
Parmentola C., *Prendersi cura*, Giuffrè 2003;
Peruzzi A., *Noema mente e logica attraverso Husserl*, Franco Angeli, Milano 1988;
Watts A., *Psicoterapie Orientali ed Occidentali*, Astrolabio, Roma 1978
Wittgenstein L., *Della certezza*, Giulio Einaudi Editore, Torino 1978.

CATELLO PARMENTOLA (Scafati, 1955), Psicologo, Psicoterapeuta, è Dirigente psicologo presso l'ASL Salerno.

In tale ambito, ha contribuito allo sviluppo della professione, 'aprendo' agli psicologi settori nuovi come le Tossicodipendenze, codificandone i primi paradigmi e Protocolli di Intervento in volumi quali ROTE A MARGINE – articoli 1981-1990 e NOTTE A MARGINE – i numeri e le parole della 'droga', Laveglia 1997; la Diabetologia, codificandone i primi paradigmi e Protocolli di Intervento in volumi quali LA DIMENSIONE PSICOLOGICA DEL PAZIENTE DIABETICO, Plectica 2007 e PSICOLOGIA E DIABETE – l'esperienza dello psicologo nei Servizi di diabetologia (Plectica 2011);

l'Hospice, codificandone i primi paradigmi e Protocolli di Intervento in volumi quali FINO ALLA FINE DEL TEMPO – una riflessione sulla psicologia palliativa (in pubblicazione).

È stato ricercatore presso l'Istituto Superiore della Sanità; è valutatore ISO 9001 dei Sistemi di Gestione della Qualità - settore sanitario (ha guidato dal 999 al 2001 l'accreditamento Qualità del Servizio di Diabetologia di Salerno); è formato con la Bocconi di Milano in management sanitario.

È stato vicepresidente dell'Ordine Psicologi della Regione Campania e componente della Commissione Deontologia dell'Ordine Nazionale che estese il primo Codice Deontologico degli psicologi italiani.

Attualmente membro della Commissione Giuridica Istituzionale del Consiglio Nazionale dell'Ordine, è stato -dal 1993 ad oggi- in diverse Commissioni del CNOP. In tale ambito, ha esteso le prime Linee Guida per la Professione on line e collaborato alle revisioni e all'estensione delle successive; ha esteso i Regolamenti Disciplinari di vari Ordini regionali e collaborato all'estensione delle Linee Guida di Psicologia Giuridica e Forense; ha esteso le Linee d'Indirizzo per l'Applicazione dell'Art.31 del C. D. degli Psicologi.

A tale impegno istituzionale ha dedicato volumi quali IL SOGGETTO PSICOLOGO E L'OGGETTO DELLA PSICOLOGIA nel Codice Deontologico degli Psicologi italiani, Giuffrè Editore, 2000; PRENDERSI CURA - il soggetto psicologo e il senso dell'Altro tra clinica e sentimento, Giuffrè Editore, 2003; LA DEONTOLOGIA DEGLI PSICOLOGI - le conoscenze indispensabili all'esercizio professionale, edito dall'Ordine Psicologi Regione Campania, nel 2013 (prima edizione) e nel 2018 (seconda edizione); COSTRUIRE, RACCONTARE E CONNETTERE - la Deontologia nell'esercizio e nella storia della professione psicologica, edito dall'Ordine Psicologi Friuli Venezia Giulia nel 2018 (prima edizione) e dall'Ordine Psicologi Abruzzo - con Psiconline Editrice - nel 2018 (seconda edizione).

Docente attualmente e fin dalla sua istituzione presso la sede di Napoli dell'Istituto Italiano di Psicoterapia Relazionale, è stato docente di psicologia scientifica presso la Facoltà di Scienze della Formazione dell'Università di Salerno e di psicologia generale presso la facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università Federico II di Napoli.

Ha collaborato a molte riviste scientifiche (Psicologia oggi, Simposio, La Professione di psicologo, Nuove Prospettive in Psicologia, Link, Janus, Informa...) ed a molte opere collettive, tra cui: IL CODICE DEONTOLOGICO DEGLI PSICOLOGI commentato articolo per articolo, Giuffrè 1999; LO PSICOLOGO AL LAVORO. CONTESTI PROFESSIONALI, CASI E DILEMMI, DEONTOLOGIA, Franco Angeli 2001; L'APPROCCIO PSICOLOGICO NEL DIABETE- IL DIALOGO, LE TEORIE, L'ESPERIENZA, Roche Diagnostics S.p.A. 2007; PSICOLOGIA PENITENZIARIA, E.S.I. 2007...

Dirige dal 1997 la Collana di Scientifica della Plectica Editrice. In tale ambito, ha pubblicato molti volumi e, di molti, è stato anche diretto curatore: CURARE LA CURA - l'elusione del Corpo, della Parola, del Tempo e della Morte, nel Mondo e nella relazione clinica (2003) fino a STORIA DELLA PSICOLOGIA SALERNITANA nel racconto dei suoi protagonisti (in pubblicazione).

È presente, con 16 pagine dedicate, nel volume LO SVILUPPO DELLA PSICOLOGIA IN CAMPANIA DAL 1950 AD OGGI di P. Valerio - P. Fazzari - A. Galdo, edito (2018) dall'Ordine degli Psicologi della Campania.

How to become a therapeutic subject

The personal growth of a therapist cannot rely only on the formal knowledge of theories and practices. Formal knowledge, in fact, though fundamental, may become a screen between the therapist and the patient, a sort of mechanism of defence which does not allow real communication. In order to become a therapeutic subject, able to meet the patients on real living grounds, the therapist must be confident about his own feelings and intersubjective perceptions.

KEY WORDS: vocational training, therapeutic subject, relational contexts

link

CONVEGNI CONGRESSI

■ 11-16 luglio 2022

FEPSAC 2022 Padova - challenges and opportunities in a changing world European Federation of Sport Psychology (FEPSAC)
Padova
Italia

■ 12-15 luglio 2022

European Conference of Personality (ECP)-ECP20
European Association of Personality Psychology (EAPP)
Madrid
Spagna

■ 5-8 luglio 2022

17° Congresso europeo di psicologia (ECP 2022)
Lubiana
Slovenia

■ 11-16 luglio 2022

16th European Congress of Sport & Exercise épsychology (FEPSAC 2022)
Padova
Italia

■ 4-6 agosto 2022

APA 2022
Minneapolis
USA

■ 26-30 settembre 2022

34th EAAP Conference
European Association for Aviation Psychology (EAAP)
Gibilterra
Regno Unito

■ 14-17 giugno 2023

ESTSS 2023 conference - 17th biennial conference of the European Society for Traumatic Stress Studies
Belfast
Irlanda del Nord

■ 27-29 settembre 2023

8th Scientific Meeting of FESN & 2nd Panhellenic Conference on Neuropsychology Federation of European Societies of Neuropsychology (FESN)
Tessalonica
Grecia



Plautilla Bricci: la prima donna architetto nella storia dell'arte

Plautilla Bricci: the first woman architect in the history of art

Nella Roma del Seicento due donne, due grandi artiste, Artemisia Gentileschi "la pittrice" e Plautilla Bricci "l'archittrice" seppero vincere i pregiudizi del mondo artistico dell'epoca. Già i nomi "pittrice" e "archittrice" – ai quali si potrebbe aggiungere la "Tintoretta" (Marietta Robusti, figlia di Jacopo Robusti detto il Tintoretto) – denunciano una difficoltà linguistica nel nominare i generi che purtroppo è di grandissima attualità

ROSA DE ROSA*

PAROLE CHIAVE: architettura, pittura, storia delle donne, Seicento, Roma

Di Artemisia abbiamo già scritto in passato (*Link* n. 16, 2010). Qui racconterò la figura di Plautilla Bricci, recentemente riportata alla notorietà da Melania G. Mazzucco con il romanzo *L'archittrice*¹, una straordinaria ricognizione e una dettagliata documentazione dell'intensa e lunga vita dell'artista e anche un'analisi della cultura, della politica, della società e dell'arte del Seicento romano, il secolo del Barocco².

Plautilla Bricci nasce a Roma il 13 agosto del 1616 in via dei Greci (una traversa della celebre via del Babuino) e tre giorni dopo è battezzata nella chiesa di San Lorenzo in Lucina. Nella città eterna trascorrerà tutta la sua lunga vita abitando nei più vari, popolari e noti quartieri della città. La famiglia Bricci, pur cambiando spesso abitazione, non si allontanerà mai dai quartieri di via del Corso. Nell'autunno del 1623 abita a Borgo Vecchio, dietro Santa Maria del Popolo, ed è qui che inizia la formazione scolastica della fanciulla: un saper scrivere, leggere ed eseguire le basilari operazioni matematiche, che le insegna la madre Chiara. Poi, in una casa più grande e confortevole (in zona Tre Colonne, sempre a Borgo Vecchio)



il padre Giovanni, pittore di professione, illustratore di libri, autore di testi teatrali, poeta, attore, musicista e per passione anche cantante (fu prefetto del coro nella chiesa di San Carlo dei Lombardi al Corso), in uno stanzino adibito a laboratorio, avvia Plautilla all'arte. Un genitore accorto, che vuole donare alla figlia una cultura che a lui era stata negata dal padre materassai e che, da autodidatta, aveva acquisito in anni di studio e lavoro.

L'apprendistato di Plautilla inizia con l'esercizio della copia, la riproduzione dei disegni di scena delle commedie che il padre scriveva e rappresentava. Poi impara l'anatomia umana e il disegno della figura e nelle chiese di Roma, accompagnata dal padre, studia la pittura dei grandi maestri.

La giornata della giovane è così programmata: al mattino lezioni di pittura, che il padre impartisce anche al figlio minore Basilio, poi lo studio dei trattati di anatomia e prospettiva con esercitazioni applicative. Con disciplina Plautilla si costruisce un metodo: studiare, copiare, sperimentare e lavorare intensamente furono le basi per diventare l'artista che si confronterà con i grandi del tempo. Come altri genitori³, anche Giovanni Bricci non fu solo maestro e guida della figlia, ne promosse anche la carriera e la assecondò, cosa inaudita per i tempi, nelle scelte di vita che da donna libera e indipendente volle in seguito perseguire. All'apprendimento domestico fa seguito quello di bottega: a 17 anni, con il fratello Basilio, frequenta lo studio del Cavalier d'Arpino⁴, in via del Corso; il maestro ormai anziano avrà poca influenza sulla formazione della giovane (lo stile del maestro è ormai superato) anche se i suoi disegni le saranno utili in seguito. Intanto Plautilla studia scienze, filosofia, letteratura, matematica e anatomia, apprende dai trattati di architettura (Vitruvio, Palladio, l'Alberti) della biblioteca paterna, le tecniche pittoriche e architettoniche. Ma è Roma, con le sue chiese, i palazzi, le piazze e gli innumerevoli cantieri (a partire dall'immenso laboratorio di San Pietro), che le farà conoscere e amare l'arte del costruire.

Nel 1640 la famiglia Bricci cambia ancora casa, si trasferisce in Santo Stefano in Piscinola tra via Giulia e i Banchi. Scrive la Mazzucco: «abbiamo traslocato una mattina di febbraio: le casse della biblioteca, gli oggetti e i reperti dello studio

1. Plautilla Bricci, *La Madonna con il Bambino*, 1633-40 circa, Roma, Santa Maria in Montesanto.

Plautilla Briccia Architettrice

del Briccio, i cavalletti, le ciotole, gli attrezzi del mio lavoro, i mobili, i quadri e i cassoni della nostra biancheria (...), mio padre, adagiato su una lettiga, dolorante (...) Questo è l'ultimo trasloco, Chiara mia, ha detto a mia madre, sforzandosi di sorridere».

Non fu così. Dopo la morte del padre, l'8 giugno del 1645, Plautilla, con la madre Chiara e il fratello Basilio si trasferiscono a Palazzo Vecchiarelli, tra la parrocchia di San Giovanni in Ayno e Santa Lucia della Tinta e, ricostruito lo studio paterno, inizia ad esercitare la professione: ha 29 anni, ha uno studio tutto suo, ricco dei libri di suo padre, prezioso patrimonio sopravvissuto ai tanti traslochi e memoria di insegnamenti e saperi.

Il lavoro non la spaventa, accetta dai committenti le più varie richieste: dalle "piccole pitture devozionali" alle miniature, ai lavori di ricamo, ai tanti manufatti, molti dei quali non ci sono pervenuti.

Nel 1654 è ammessa, per meriti artistici, alla prestigiosa Accademia di San Luca⁵, un importante traguardo anche economico. La "zitella virtuosa", come veniva definita dai contemporanei, con la sua professione è ora in grado di provvedere al benessere della famiglia.

Nel 1677 si trasferisce, insieme a Basilio, in Trastevere, in una nuova abitazione, avuta in usufrutto dall'abate Elpidio Benedetti. Nel 1692, dopo la morte del fratello, ormai anziana, persi tutti gli affetti più cari (l'amico Benedetti era morto nel 1690) e i tanti committenti, dona i suoi disegni e gli strumenti di lavoro all'Accademia di San Luca e si ritira nel monastero di Santa Margherita a Trastevere, dove muore il 13 dicembre del 1705.

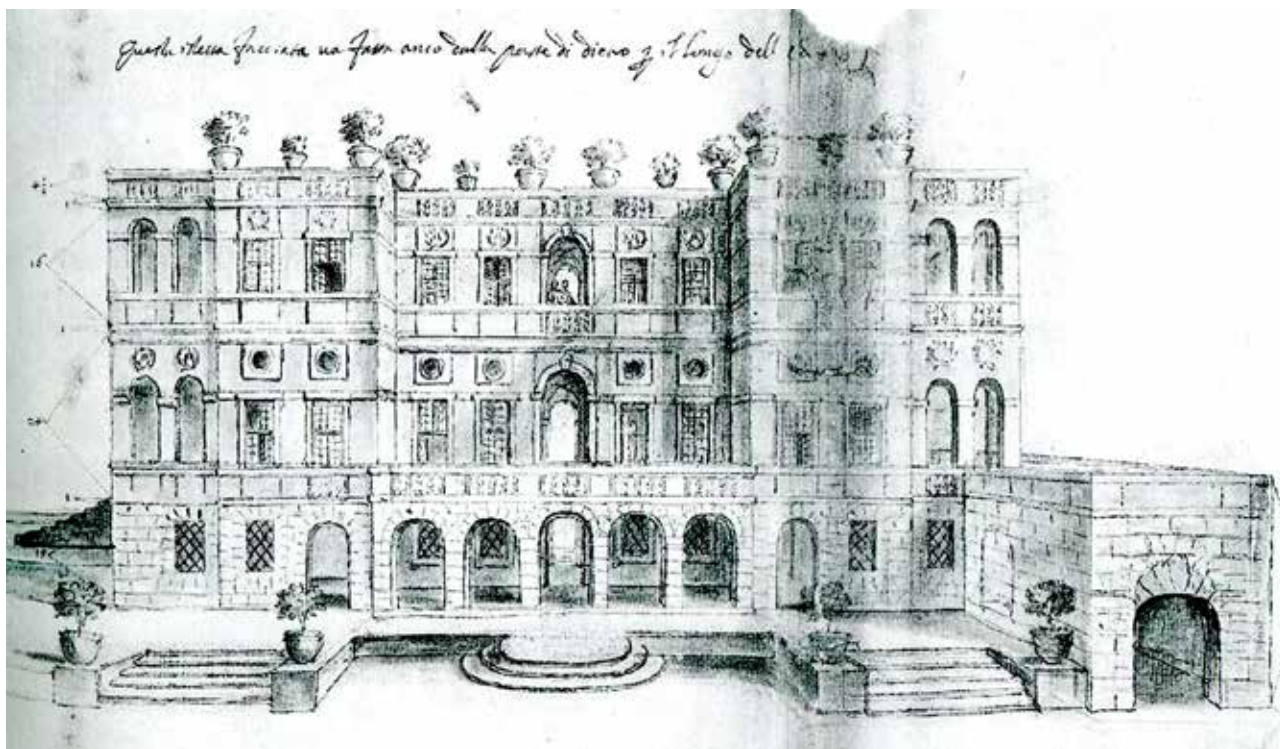
«Le cose più preziose le ho lasciate a Roma, ho vissuto, ho creato, non rimpiango niente (...) vivo nel nuovo secolo, fra qualche anno sarò dimenticata – scrive Melania G. Mazzucco – e mi piace credere che questi pensieri abbiamo accompagnato Plautilla nel suo ultimo cammino».

Il XVIII secolo dimenticherà infatti presto il lavoro e l'ingegno dell'artista e la sua fortuna critica comincerà a declinare, anche per il mutato contesto artistico.

2. Firma di Plautilla Bricci, Roma, Archivio di Stato.

3. Ruderì della Villa del Vascello, Roma, via di San Pancrazio.





4. Plautilla Bricci,
Prospetto occidentale di
Villa Benedetti, 1663,
Roma, Archivio di Stato.

I primi lavori Plautilla li aveva realizzati nello studio-laboratorio del padre: «qualche insegna di bottega, vignette di manifesti (...), ceste di frutta, carte geografiche di regioni italiane e lo stemma dei Colonna per la loro nuova carrozza, li avevo disegnati e dipinti io al posto di mio padre» (Mazzucco).

La *Madonna con il Bambino* (foto 1) è l'opera più antica di cui si hanno notizie. È documentata da un'incisione del 1792 di Pietro Bombelli che riporta nel testo: «opera dipinta da una giovinetta di buoni costumi»; in realtà Plautilla non dipinse l'opera a 13 anni, ma anni dopo. Il quadro ha in effetti una storia da raccontare. Il dipinto giaceva da mesi sul cavalletto perché Plautilla non riusciva a completare il volto della Vergine. Un giorno, come per miracolo, il viso della Madonna, con l'amorevole dolce sorriso, si materializzò sulla tela. Plautilla sostenne di non aver «coscienza» di aver dipinto quel volto e così si diffuse la leggenda, suggerita dal padre Giovanni, di un intervento di «mano divina». Plautilla, pur non accettando l'inganno paterno, non rivelò mai la verità.

Nel 1640 Giovanni Bricci donò l'opera ai padri Carmelitani di Monte Santo che la collocarono sull'altare della loro chiesetta che anni dopo fu distrutta e rimpiazzata dall'attuale chiesa di Santa Maria in Montesanto, in piazza del Popolo⁶.

Il restauro del 2016 della tela ha riportato alla luce un importante documento: un «cartiglio», incollato sul retro della tavola che fa da supporto alla tela, con la firma autografa di Plautilla e un'iscrizione che narra dell'evento miracoloso e attesta la proprietà dei padri Carmelitani.

Tra gli anni Cinquanta e i primi anni Sessanta del Seicento alla «pittrice virtuosa» furono affidati molti incarichi: lavorò per l'umanista Antonio degli Effetti, per il cavaliere Cassiano del Pozzo (intenditore d'arte e mecenate di molti artisti), per Anna Maria Mazzarino (una raffinata *Madonna con il Bambino* su seta, forse una *Nascita della Vergine*), per il cardinale Francesco Barberini senior⁷, per il quale dipinse forse un *San Francesco e l'Angelo* e una *Natura morta con fiori*. Purtroppo di tanto lavoro e di miniature, pitture di devozione, ricami, nature morte, generi considerati minori e più adatti alle donne, poco è giunto fino a noi o identificato con certezza come lavori di Plautilla.

La svolta professionale arriva nel 1656 quando Elpidio Benedetti, futuro abate e segretario di Mazzarino le affida i lavori di ristrutturazione del Palazzetto, la sua abitazione in via di Monserrato, di fronte alla chiesa di San Giovanni in Ayno. Plautilla è l'amica, la confidente, la donna che stima e della quale conosce le competenze artistiche e la serietà professionale.

5. Plautilla Bricci, Cappella di San Luigi dei Francesi, 1664, Roma, chiesa di San Luigi dei Francesi.



E così allo studio dei trattati di architettura Plautilla affianca quello dei lavori dei grandi architetti contemporanei, che stavano rivoluzionando tecniche e stili per una nuova Roma. Grazie alle sue capacità progettuali e all'instancabile capacità di lavoro ottiene un notevole successo, superando il pregiudizio che una donna architetto suscitava. Nell'ottobre del 1663, l'abate Elpidio Benedetti le affiderà un altro prestigioso incarico: disegnare, progettare e costruire la sua nuova abitazione, la "Villa Benedetti", detta del "Vascello" a Porta San Pancrazio⁸, sul Gianicolo. Consapevole dell'importante lavoro che si apprestava a realizzare Plautilla volle, nel definirsi nel contratto "architette" (foto 2) che le fosse riconosciuto il suo ruolo di donna che "progetta" un edificio "unico" che le sarebbe sopravvissuto nel tempo. Oggi della Villa del "Vascello" resta ben poco (foto 3): fu distrutta, nel giugno del 1849, durante i bombardamenti risorgimentali della Repubblica Romana. Dalle tracce rimaste, dallo studio di documenti e di alcuni disegni⁹, (foto 4), si può ricostruire l'itinerario progettuale sia dell'edificio in sé, sia dell'inserimento nel contesto urbanistico e ambientale e nella scelta accurata dei materiali. Inoltre, novità per i tempi, Plautilla seguì "in cantiere" con il fratello minore

Basilio (anche lui pittore, architetto e accademico di San Luca) il processo di costruzione. Il progetto fu spesso sottoposto a richieste di modifiche o revisioni sia da parte del committente sia dalle maestranze, in particolare dal capomastro Marco Antonio Bergiola, che malvolentieri accettava ordini da una donna in grado di imporre il suo lavoro, in un contesto gestito, fino ad allora, solo da uomini. Plautilla Bricci si occupò anche di molte decorazioni pittoriche di Villa Benedetti, i cui lavori si conclusero nel 1667.

Tra il 1671 e il 1680, sempre su incarico di Elpidio Benedetti, progettò la Cappella di San Luigi, la terza nella navata sinistra della chiesa di San Luigi dei Francesi a Roma¹⁰. La cappella, con i suoi pregiati marmi e la ricca decorazione, unica opera integrale giunta fino a noi, si completa con la pala d'altare *San Luigi tra la Fede e la Storia* (foto 5), un'opera che segna la maturazione dell'architettura pittorica ormai affermata protagonista della cultura artistica del tempo. Gli anni Settanta furono quelli più produttivi, fitti di incarichi prestigiosi: nel 1673 realizzò due tele per la Sagrestia dell'Oratorio del Ss. Sacramento al Laterano e nel 1675 un lunettone con la *Presentazione*

del Sacro Cuore all'Eterno Padre. Nell'anno del Giubileo del 1675, la Compagnia della Misericordia di Poggio Mirteto incarica la pittrice di realizzare uno stendardo processionale, una grande tela, dipinta su i due lati, con la *Nascita e il Martirio di San Giovanni*, oggi nell'oratorio della Chiesa di San Giovanni Battista¹¹. Sempre a Poggio Mirteto, tra il 1675 e il 1684, nella Collegiata, esegue una decorazione barocca, con le *Storie dell'Antico e del Nuovo Testamento*, in stucco bianco e dorato. Gli ultimi lavori furono due affreschi, *San Domenico* e *San Francesco* per la cappella del Santissimo Sacramento per l'Arciconfraternita lateranense.

Quella di Plautilla Bricci è dunque la storia di un'arte estremamente versatile, inserita nel contesto culturale del tempo ma è anche una storia di fatica e caparbietà di una donna libera, coraggiosa, emancipata, moderna. Compito degli studiosi è continuare nel lavoro di ricerca, di scoperte o riscoperte dell'immenso e sottaciuto patrimonio artistico delle donne.

Dal 5 novembre al 19 aprile 2022 è in corso alla Galleria Corsini di Roma la mostra *Una rivoluzione silenziosa. Plautilla Bricci pittrice e archittrice* a cura di Yuri Primarosa. Si tratta della prima rassegna mondiale sulla produzione grafica e pittorica dell'artista.



5. Plautilla Bricci, Cappella di San Luigi, 1676-1680, Roma, chiesa di San Luigi dei Francesi.

A destra: Particolare del dipinto centrale *San Luigi IX di Francia tra la Storia e la Fede*.

* Storica dell'arte

1. Melania G. Mazzucco, *l'Architettrice*, Giulio Einaudi Editore, 2019.
2. Lo stile Barocco, nato a Roma tra il secondo e terzo decennio del Seicento e strettamente legato alla Controriforma, si diffuse in tutta Italia e in Europa fin quasi alla prima metà del Settecento. La città di Roma ebbe nel XVII secolo un enorme sviluppo edilizio e urbanistico. In particolare tre grandi architetti, Lorenzo Bernini, Francesco Borromini e Pietro da Cortona e un lungo elenco di pittori, scultori, scalpellini, decoratori lavorarono per committenti esigenti e colti, non solo Pontefici (da Urbano VIII a Innocenzo X ad Alessandro VII), ma anche ordini monastici come i Gesuiti. Un ruolo non meno importante lo ebbero anche le grandi famiglie nobiliari e di potere che promossero, e contribuirono, con opere pubbliche e private, al successo dell'arte barocca.
3. Il successo delle prime donne artiste riconosciute dalla storia dell'arte si deve prima di tutto alla volontà dei padri, quasi sempre pittori, che hanno voluto insegnare l'arte alle figlie e donare loro una professione. Così fu determinante la volontà di Amilcare Anguissola che permise a sua figlia Sofonisba di esercitare, con grande successo, la professione di pittrice, citata nel 1568 da Giorgio Vasari nelle *Vite*, o la permissività di Prospero Fontana che, compreso il talento della figlia Lavinia, le concesse di lavorare sul "modello del nudo", fino all'investimento culturale ed economico del celebre Orazio Gentileschi, che avviò alla pittura sua figlia Artemisia, ne promosse la carriera, introducendola nell'ambiente artistico romano, e la "costrinse" a denunciare lo stupro subito sostenendola nel difficile processo che ne seguì.
4. Nello studio di Giuseppe Cesari detto il Cavalier d'Arpino, nel 1592 lavorò anche Caravaggio, realizzando di certo le sue prime nature morte e forse qualche ritratto. Quello stesso anno anche il quattordicenne Giovanni Bricci è allievo del Cavalier d'Arpino, e forse i due artisti ebbero modo di conoscersi.
5. L'Accademia di San Luca, fondata a Roma nel 1593 per volere del cardinale Federico Borromeo e del pittore Federico Zuccari, ebbe un'importante funzione educativa: nei programmi di insegnamento si privilegiavano l'insegnamento del disegno, lo studio e la copia delle opere antiche, le esercitazioni dal vero e le lezioni di anatomia, matematica e filosofia. Dal 1607 furono ammesse anche le donne, alle quali fu concesso però di frequentare solo i corsi di pittura.
6. La costruzione della nuova chiesa, affidata nel 1675 all'architetto Carlo Rainaldi, fu completata nel 1679 da Carlo Fontana, in collaborazione con Mattia de' Rossi, sotto la direzione di Gian Lorenzo Bernini. Nell'abside, sotto la cupola, sull'altare maggiore, in un'edicola barocca fu collocata la *Madonna con il Bambino* di Plautilla Bricci.
7. Il 15 novembre del 1644, nel Libro dei conti del cardinale Francesco Barberini è citato un pagamento di 30 scudi «dovuto per un panno da tavola ornato a fiori e fogliami raffiguranti un San Francesco e l'Angelo».
8. La storica dell'arte Consuelo Lollobrigida nel testo *Plautilla Bricci: Pictura et Architectura Celebris. L'architettrice del Barocco Romano* (Gangemi Editore, 2017) scrive che nel contratto del 1663 è riportato: «la casa deve essere costruita seguendo il progetto, con tre piani, fatto dalla Signora Plautilla Bricci Arch[it]ettrice, sia sulla fronte, sui lati e nella parte posteriore così come è nei disegni fatti da Plautilla, che sono stati dati a me [Benedetti] per accompagnare questo documento».
9. Nell'archivio di Stato di Roma sono conservati 7 disegni della pianta e dell'alzato di Villa Benedetti e un documento con il testo dell'iscrizione fatta incidere sulla lapide murata insieme alla posa della prima pietra, che riporta l'anno di fondazione, 1663, e il nome di Plautilla Bricci.
10. La chiesa di San Luigi dei Francesi è nota per i tre capolavori della Cappella Contarelli: *Vocazione di San Matteo*, *San Matteo e l'Angelo* e il *Martirio di San Matteo* realizzati da Caravaggio tra il 1599 e il 1601.
11. Per la realizzazione dell'opera Plautilla Bricci ricevette la somma di 100 scudi.

Plautilla Bricci: the first woman architect in the history of art

Life and works of the extraordinary woman who was able to win over prejudice in the artistic context of 17th century Rome.

KEY WORDS: architecture, painting, women's history, 17th century, Rome

link

RIVISTA SCIENTIFICA
DI PSICOLOGIA

