

Donatella Galliano, Hanna Farah e Riccardo Arduini

Emergenza Covid-19: analisi della situazione e interventi. L'esperienza di Psicologi per i Popoli – Federazione

Riassunto

L'impatto della pandemia da Covid-19 sulla salute psicologica è ancora lontano dall'essere definito e compreso nella sua interezza. È importante però, fin da subito, soffermarsi e guardare quali sono stati gli aspetti che maggiormente hanno colpito la popolazione e fare un'ipotesi sulle conseguenze che essi potranno avere nel lungo periodo. Partendo da un breve resoconto storico dell'intervento effettuato in Italia nel corso della prima ondata epidemica, gli autori si propongono di mettere in evidenza le maggiori difficoltà riportate dalla popolazione e raccolte sul campo dagli operatori della Federazione attraverso il servizio telefonico gestito per conto del Ministero della Salute. Verrà quindi illustrato il modello d'intervento utilizzato e si procederà a una disamina dei dati epidemiologici e un'analisi degli stressor che maggiormente hanno impattato sulla salute psicologica dei cittadini. Infine a partire dagli elementi forniti, verrà proposta una riflessione sugli aspetti peculiari di questa situazione e sull'efficacia delle strategie di intervento messe in atto, illustrandone i possibili punti di forza e debolezza in vista di un intervento futuro.

Parole chiave: psychological first aid, stressor, Covid-19.

Abstract

The impact of the Covid-19 pandemic on psychological health is still far from being defined and understood in its entirety. However, it is important, right from the beginning, to look at what were the aspects that most affected the population and make a hypothesis on the consequences that they may have in the long run. Starting from a brief historical account of the intervention carried out in Italy during the first epidemic wave, the authors aim at highlighting the major difficulties reported by the population and collected in the field by the Federation's operators through the telephone service operated on behalf of the Ministry of Health. The intervention model used will then be illustrated, and an examination of the epidemiological data and an analysis of the stressors that have had the greatest impact on the psychological health of citizens will be provided. In the end, starting from the elements provided, a reflection will be proposed on the peculiar aspects of this situation and on the effectiveness of the intervention strategies implemented, illustrating their possible strengths and weaknesses in view of a future intervention.

Key words: psychological first aid, stressor, Covid-19.

Rien n'a changé, pourtant tout est différent
(Nulla è cambiato e tuttavia tutto esiste in un'altra maniera)

J.P. Sartre, *La Nausée*, 1938

Un aggiornamento in tempo reale

Una grande parte del mondo in questi mesi sta affrontando la seconda ondata della pandemia da Covid-19.

Nel mese di ottobre in Europa come in Italia si è registrato un forte aumento del contagio, come si evince dalla consultazione delle fonti internazio-

nali affidabili elencate in nota 1, qui sotto. Nella prima settimana di novembre 2020 è stato segnalato il maggior numero di nuovi casi di Covid-19 a livello globale, pari a oltre due milioni di nuovi casi negli ultimi sette giorni.

Nello stesso periodo, la regione europea ha evidenziato il maggior numero di casi, con oltre 1,3 milioni di nuovi casi segnalati, pari a un aumento del 33% rispetto alla settimana precedente, che contribuiscono circa alla metà dei nuovi casi segnalati nel mondo (46%).

Contestualmente, il numero di morti è aumentato del 35% rispetto alla settimana precedente e rappresenta quasi un terzo di tutti i nuovi decessi a livello globale.

È interessante constatare che nella regione del sud-est asiatico e del Pacifico occidentale si è registrato un calo dei contagi e dei decessi, mentre India, Stati Uniti d'America, Francia, Brasile e Regno Unito hanno confermato uno stabile aumento dei casi.²

Inizio formale della propagazione della pandemia e misure di sicurezza

Il 31 gennaio il governo italiano dichiara lo stato di emergenza per la pandemia internazionale da coronavirus, il Covid-19 (in G.U. n. 26 dell'1 febbraio 2020 è pubblicata la Delibera del Consiglio dei Ministri 31 gennaio 2020: *Dichiarazione dello stato di emergenza in conseguenza del rischio sanitario connesso all'insorgenza di patologie derivanti da agenti virali trasmissibili*). Il pericolo invisibile avanza tra i cittadini, che stentano a comprendere il suo effetto devastante. Ciò che sembrava una banale influenza si rivela un morbo mortale che viene disseminato ovunque dalle persone che si muovono nel mondo globale. Il 28 gennaio la presidenza del Consiglio dell'UE attiva gli IPCR³ in modalità di condivisione delle informazioni. Il 21 febbraio l'UE constata l'aumento dei focolai di contagio da Covid-19 su un diffuso territorio europeo. La situazione più critica è rappresentata dall'Italia, nell'area settentrionale, dove si registra un significativo aumento della pandemia.

Il 6 marzo il Consiglio dell'UE convoca la seconda riunione straordinaria dei ministri della salute per valutare gli ultimi sviluppi della pandemia. I ministri dell'UE si confrontano sulle migliori modalità di intervento per garantire una risposta coordinata all'epidemia di Covid-19 in rapida evoluzione.

¹Sisma IMO, International Labour Organization (ILO), United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization (UNESCO), United Nations International Children Emergency Fund (UNICEF), Ufficio delle Nazioni Unite contro la droga e il crimine (UNAIDS), Alto Commissariato delle Nazioni Unite per i diritti umani (UNCHR) e Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS).

²Fonte: SDI FE World CBRNe Events Report October 2020.

³Gli IPCR sono il quadro di comando dell'UE. Tramite questo meccanismo, la presidenza del consiglio coordina la risposta politica alle crisi al più alto livello, alle crisi intersettoriali gravi e complesse, compresi gli atti di terrorismo.

I ministri convengono che, al fine di contrastare l'epidemia, è importante:

- promuovere la sensibilizzazione del pubblico;
- rafforzare la protezione delle persone a rischio;
- fissare misure di contenimento, con orientamenti basati su dati fattuali per quanto riguarda gli spostamenti da e verso le zone a rischio.

“La tutela della salute pubblica è la nostra priorità assoluta. La risposta dell'UE all'epidemia e la cooperazione tra tutte le parti sono state molto positive, ma la situazione è cambiata. Dalla discussione di oggi è emerso che gli Stati membri sono pronti a adattare la loro risposta, a rafforzare la cooperazione e a adottare le misure adeguate per concentrarsi tanto sulla prevenzione quanto sul trattamento”.⁴ Il 10 marzo viene convocata la videoconferenza del presidente Michel con i membri del Consiglio europeo. Nella riunione i leader individuano quattro priorità:

- limitare la diffusione del virus;
- garantire la fornitura di attrezzature mediche;
- promuovere la ricerca, anche in vista di un vaccino;
- affrontare le conseguenze socioeconomiche.

“Gli Stati membri hanno convenuto che la salute dei cittadini è la prima priorità e che le misure dovrebbero essere basate sulla scienza e su pareri medici. Le misure devono essere proporzionate per evitare conseguenze eccessive per le nostre società nel loro insieme”.⁵

In Italia il 9 marzo il Presidente del Consiglio, Giuseppe Conte, firma il DPCM 9 marzo 2020 recante nuove misure per il contenimento e il contrasto del diffondersi del virus Covid-19 sull'intero territorio nazionale. Il provvedimento estende le misure dell'art. 1 del DPCM 8 marzo 2020 a tutto il territorio nazionale. È inoltre vietata ogni forma di assembramento di persone in luoghi pubblici o aperti al pubblico. In ultimo, è modificato il testo alla lettera *d* dell'art. 1 del DPCM 8 marzo 2020, relativo agli eventi e alle manifestazioni sportive. Tali disposizioni producono effetto dalla data del 10 marzo 2020 e sono efficaci fino al 3 aprile 2020.

L'Italia intera viene dichiarata zona rossa.

Improvvisamente la vita frenetica della popolazione subisce una battuta di arresto. Il paese inizia ad affrontare un cambiamento epocale che capovolge le regole della sopravvivenza e dell'esistenza quotidiana con una consapevolezza ancora superficiale. Per la popolazione, l'impatto con il cambiamento è significativo, ma lo sgomento e la preoccupazione per la salute e gli inevitabili risvolti economici non pregiudicano una diligente ed efficace osservanza delle regole. La situazione di emergenza, così nuova e complessa, insieme alla sorprendente carenza di risorse efficaci per il suo contenimento, crea nella popo-

⁴ <https://www.consilium.europa.eu/it/policies/coronavirus/timeline/>

⁵ <https://www.consilium.europa.eu/it/policies/coronavirus/timeline/>

lazione una bolla di sospensione, una sorta di choc corale dei cittadini italiani. Gran parte della popolazione si appresta a resistere nelle trincee di casa, familiarizzando con le modalità relazionali da remoto e socializzando in sicurezza attraverso improvvisate manifestazioni di vicinanza e solidarietà. Il bisogno di comunicare e condividere le emozioni, come la paura e la speranza, spinge i cittadini a unirsi in gruppi estemporanei, come i canti condominiali, diventati una sorta di icona della resilienza solidale al Covid-19. Tutto il paese viene attraversato dalle pene del contagio, dei soccorsi e dal puntuale giornaliero conteggio dei decessi.

I lutti da Covid-19

Mentre l'Italia viene avvolta dalla coltre emotiva dei lutti, ciò che colpisce maggiormente la sensibilità dei cittadini non sono le dimensioni quantitative delle perdite umane, ma le condizioni di silenzio e di solitudine in cui avviene la morte. La propagazione del contagio impone misure di sicurezza estreme che si realizzano nella sospensione dei riti funerari e nell'introduzione della cremazione dei corpi, dopo una semplice benedizione delle salme nelle diverse confessioni. Questo fenomeno, diffuso ancora oggi, sembra determinare nelle famiglie reazioni di disorientamento e frustrazione. La mancata osservanza dei valori culturali tende a suscitare senso di colpa e un dolore diverso rispetto alle situazioni di lutto ordinarie. Siamo di fronte a un lutto anomalo che coinvolge per estensione e intensità più sfere dell'esistenza. Una ferita antropologico-culturale che necessita di attenzione a lungo termine. Il lutto infatti ha una sua normalità e un suo decorso che nella recente emergenza è venuto meno. Normalmente il percorso di elaborazione del lutto passa attraverso due momenti essenziali, l'accettazione di quanto accaduto e il ritorno alla normalità, condizioni che la situazione straordinaria e il regime di isolamento hanno impedito. I tempi e i modi della malattia hanno impedito inoltre la partecipazione all'assistenza del malato: diverse sono state le modalità del ricovero, che hanno previsto l'allontanamento forzato dai familiari; diversa la sofferenza vissuta in solitudine, la morte, accompagnata dall'abbraccio virtuale di figure estranee celate sotto le ingombranti tute protettive; diversa e impossibile la constatazione dell'aggravamento e del decesso. Ogni passaggio ha contribuito a generare disorientamento e negazione della realtà. Tale risposta, osservata così spesso per i lutti da Covid-19, merita a nostro avviso di essere approfondita con studi mirati nel futuro prossimo. Sono venuti meno il tempo del commiato intimo e familiare e il saluto collettivo, della comunità che si stringe intorno ai parenti, che con il suo valore sociale contribuisce ad avviare il processo di elaborazione del lutto. Le persone inoltre hanno sperimentato vissuti di impotenza, vulnerabilità, incertezza e la sensazione di perdita di controllo sulla propria vita, sentimenti che hanno dominato la quotidianità dei cittadini durante questi ultimi mesi e che hanno pregiudicato il loro benessere psicologico e la salvaguardia della salute mentale. Il 16 giugno 2020 un'indagine condotta tramite focus group dall'ISS evidenziava i principali bisogni espressi dai familiari dei pazienti ricoverati in reparti ospedalieri Covid-19: essere informa-

ti regolarmente sulla salute dei propri cari, ricevere garanzie di igiene e sicurezza e, in caso di morte, ricevere assicurazioni che il paziente non sia stato lasciato solo nel fine vita, in una costante necessità di supporto psicologico. I dati sono stati raccolti e pubblicati nel rapporto *Indicazioni per prendersi cura delle difficoltà e dei bisogni dei familiari di pazienti ricoverati in reparti ospedalieri Covid-19*. I familiari dei pazienti ospedalizzati per Covid-19 sono esposti, infatti, a minacce di perdita in vari ambiti: perdita di una persona cara, del lavoro, della sicurezza economica, dei contatti sociali e dell'autonomia di muoversi liberamente nel mondo. L'obiettivo dell'indagine è stato quello di esaminare le esperienze e i problemi dei familiari di pazienti con Covid-19 e individuare le buone pratiche per fronteggiarli.

Con la seconda ondata del contagio, l'Europa vede oggi un aumento ulteriore dei decessi provocati dal coronavirus nei mesi di ottobre e novembre, come anticipato nel mese di settembre 2020 dallo stesso direttore per l'Europa dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, Hans Kluge. "Diventerà più difficile. In ottobre e novembre vedremo una maggiore mortalità",⁶ ha sottolineato Kluge, spiegando che i decessi sarebbero aumentati a causa dell'incremento dei casi di contagio.

L'impatto della quarantena sulle popolazioni

La quarantena è indubbiamente un'esperienza spiacevole per coloro che la sperimentano. La separazione dai propri cari, la perdita di libertà, l'incertezza sullo stato della malattia e la noia possono creare effetti drammatici sulla popolazione. Sulla rivista "The Lancet",⁷ si evidenzia come, in seguito all'adozione dello stato di lockdown, in alcune regioni siano stati segnalati incrementi di suicidi, ansia generalizzata e processi giudiziari. Diversi studi hanno ampiamente illustrato i molteplici stressor che impattano fortemente sulla condizione di isolamento, incrementando il rischio di sviluppare forme di disagio correlabili a sindromi da stress post-traumatico, come per esempio:

- la durata della quarantena
- la paura di contrarre il virus
- la paura dello stigma nei casi di contagio
- la presenza di sentimenti di frustrazione e noia
- la presenza o assenza di beni di primaria necessità
- l'incertezza economica
- la mancanza di chiarezza delle informazioni a più livelli.

⁶ Notizia ANSA.

⁷ L'impatto psicologico della quarantena e come ridurla: rapida revisione delle prove, [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(20\)30460-8/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(20)30460-8/fulltext).

L'impatto della pandemia da Covid-19 sul benessere psicologico della popolazione

La popolazione italiana ha reagito all'impatto del Covid-19 in linea con le popolazioni dell'Europa e dell'occidente, una società non più abituata a fare fronte alle pandemie. La comunità italiana non è certo nuova a catastrofi naturali o a incidenti causati dall'uomo, alle tante emergenze che hanno messo a dura prova negli anni il sistema di risposta integrato della Protezione Civile e del sistema sanitario nazionale e regionale ai danni ambientali e umani subiti. Il sistema di protezione civile è collaudato per reagire in modo altamente qualificato e organizzato a una vasta gamma di disastri: eventi sismici, dissesti idrogeologici, eruzioni vulcaniche, danni causati dalle condizioni meteorologiche avverse ed emergenze causate dall'uomo. Ma la rapida diffusione della pandemia ha colto in contropiede tutte le popolazioni occidentali con economia avanzata, facendo crollare la convinzione di efficienza del sistema sanitario. Più critica ancora si è dimostrata la capacità di risposta sanitaria sul versante psicologico, data la carenza di programmazione di una risposta psicologica articolata e diretta alle diverse componenti della salute mentale.

Molti studi, tra i quali citiamo il più recente, Pierce M. et al., *Mental health before and during the COVID-19 pandemic: a longitudinal probability sample survey of the UK population*,⁸ stanno riscontrando un aumento complessivo del disagio mentale nelle persone di età pari o superiore a sedici anni rispetto all'anno precedente, un evento che si allontana dalla registrazione delle valutazioni e previsioni ordinarie. Il disagio mentale della popolazione in età produttiva non aumenta in modo lineare, ma interessa le diverse fasce della popolazione in percentuali diverse.

Lo studio appena citato, condotto nel Regno Unito, conferma che i fattori maggiormente legati al deterioramento della salute mentale sono quelli associati alle disuguaglianze di salute preesistenti, come il sesso, l'età e il basso reddito, alcuni fattori specifici legati alle dinamiche familiari compromesse dal blocco sociale, la condizione di operatore chiave e una precarietà di salute preesistente. Anche nella pandemia si riscontra il malessere constatato in tempi ordinari. La condizione di giovane o di donna con bambini in età prescolare e la mancanza di occupazione hanno avuto un'influenza particolarmente forte sull'aumento del disagio mentale durante la diffusione della pandemia. Le ricerche evidenziano anche una significativa caduta del benessere psicologico, non solo nei soggetti già inattivi prima della pandemia, ma anche tra i cittadini che avevano un'occupazione. La pandemia ha quindi determinato una retrocessione sociale e del potere economico dei lavoratori. La perdita del lavoro, del reddito sicuro o il passaggio a occupazioni "di sopravvivenza" molto al di sotto degli studi e delle capacità, oppure molto pericolose per il livello di esposizione al contagio, hanno influito in modo considerevole sulla qualità della salute mentale.

⁸ Pierce M. et al., *Mental health before and during the COVID-19 pandemic: a longitudinal probability sample survey of the UK population*, "The Lancet", 7, 10, 2020, p. 883-892, [https://www.thelancet.com/journals/lanpsy/article/PIIS2215-0366\(20\)30308-4/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanpsy/article/PIIS2215-0366(20)30308-4/fulltext)

Nella quotidianità del nostro lavoro di psicologi, ci siamo confrontati con diverse criticità: con le problematiche legate alle minoranze etniche, alle persone single o genitori soli con figli, coi lavoratori chiave preoccupati e contagiati, con persone che vivono in insediamenti urbani più o meno grandi, e soprattutto con persone che presentavano già precedentemente alla pandemia una condizione di salute pregiudicata e pregiudicante per i rischi da Covid-19. La nostra Federazione sta raccogliendo infatti i dati provenienti dalle associazioni territoriali al fine di supportare gli studi e la ricerca di settore, pianificando contestualmente la risposta operativa necessaria all'intervento sulle criticità attuali.

Secondo la ricerca del Lancet, si potrebbe dire che la popolazione non reagisce in maniera uniforme al disagio creato dalla pandemia e dall'isolamento, ma secondo specifiche differenze dovute alle diversità di risorse di coping. Contestualmente però gli studi evidenziano l'ampliamento del disagio mentale nelle fasce vulnerabili preesistenti nella popolazione.

Si iniziano dunque a cogliere, gli effetti a lungo termine della recessione economica sulla salute mentale e questo effetto si constata anche attraverso l'aumento dei tassi di suicidio e dei ricoveri ospedalieri per disagio mentale.

Dagli studi emerge che alcune categorie di persone, quali donne e giovani famiglie, sembrano essere le categorie più a rischio nel prossimo futuro a causa della scarsa possibilità di accedere alle risorse. Ciò supporta i risultati circa l'aumento dei disturbi mentali comuni e dei comportamenti di autolesionismo in ragazze e donne d'età compresa tra 16 e 24 anni.

Le disuguaglianze riconducibili alle condizioni di disagio mentale preesistenti potrebbero diventare nel tempo più radicate, rendendone la gestione sempre più impegnativa. La pandemia ha infatti ampliato le differenze legate allo status socio-culturale ed economico delle persone. Una risposta adeguata e proporzionata per mitigare e gestire i bisogni indotti dalla pandemia, richiederebbe in primis un'attenzione alle modalità informative e comunicative da parte delle istituzioni, nel rispetto della gestione della salute pubblica.

La Federazione Psicologi per i Popoli: la risposta alla pandemia coordinata con le varie istituzioni

Sin dalla dichiarazione dello stato di emergenza, la Federazione ha mantenuto un contatto continuativo con il Dipartimento di Protezione Civile Nazionale, al fine di valutare un possibile intervento psicologico. La Presidente, col supporto del Consiglio Direttivo, ha partecipato quotidianamente alle attività del Comitato Nazionale del Volontariato di PC, e alle diverse interlocuzioni con istituzioni quali il Ministero della Salute, il Consiglio Nazionale dell'Ordine degli Psicologi e le associazioni di volontariato nazionale. Dal tessuto sanitario territoriale e dalla conclamata condizione di isolamento e privazione delle attività quotidiane, emerge che la stabilità psicologica della popolazione è a rischio. Lo stato di emergenza va a gravare infatti sulla popolazione già fragile, la quale necessita di quell'assistenza mirata e specialistica che nel lockdown subisce un cambiamento nei tempi e nei modi di erogazione.

Molti studi scientifici hanno evidenziato che l'interruzione, anche se momentanea, delle psicoterapie e delle farmacoterapie ha esposto le persone più fragili a diverse difficoltà, non ultima l'uso improprio di terapie psicofarmacologiche attraverso modalità di autoprescrizione e libero acquisto online.

La necessità di offrire maggiore assistenza psicologica alle persone vulnerabili, soprattutto nei momenti più critici della vita, è dimostrata da innumerevoli studi internazionali. Nell'ultimo decennio, in particolare, le ricerche hanno compiuto notevoli progressi nello sviluppo e nella sperimentazione di approcci innovativi nell'ambito della salute mentale. Le prove hanno dimostrato l'efficacia clinica e il rapporto costo-efficacia degli interventi sul benessere psicologico, nonostante le grandi lacune che persistono in tanti paesi a livello globale. Inoltre l'OMS, attraverso una specifica commissione, ha ribadito la richiesta di ampliare l'assistenza sanitaria a tutela della salute mentale, riconoscendo il potenziale delle forme d'intervento attraverso strumenti digitali, che permettono di aumentare l'accesso della popolazione ai servizi di salute mentale.

L'attivazione della Federazione Psicologi per i Popoli da parte del Dipartimento Nazionale di Protezione Civile a supporto del Ministero della Salute: il numero verde 800 833 833.

Constatati i bisogni della popolazione, il Ministero della Salute ha richiesto il supporto del Dipartimento di Protezioni Civile per l'attivazione del servizio di Ascolto Psicologico Emergenza Covid-19.

Gli obiettivi del servizio si sono focalizzati su tre punti sostanziali:

1. fornire una risposta all'esigenza di supporto psicologico dei cittadini che durante la pandemia da nuovo coronavirus possono vivere difficoltà psicologiche, emotive e relazionali;
2. offrire spazi di ascolto competente da parte di professionisti, organizzati in primo e secondo livello, per rispondere in modo adeguato alle richieste dell'utenza;
3. creare rete con i servizi territoriali, in particolare con i servizi sociosanitari, e con tutti i servizi necessari individuati dall'analisi dei bisogni del cittadino.

Il servizio è stato strutturato su due livelli d'intervento:

- un primo livello, assicurato dalle associazioni di psicologia dell'emergenza accreditate al DPC, che hanno messo a disposizione gli psicologi volontari incaricati di rispondere alle telefonate in arrivo al numero verde effettuando un primo triage psicologico;
- un secondo livello, garantito dalla collaborazione delle società scientifiche appartenenti alla Consulta Nazionale del CNOP.

In particolare, il primo livello ha fornito:

- una prima risposta psicologica ai bisogni evidenziati dai cittadini;
- il triage psicologico e le informazioni necessarie a rispondere ai bisogni primari di orientamento nel contesto di emergenza;
- orientamento per l'accesso ai servizi pubblici sanitari, sociali ecc. (servizi di salute mentale, dipartimenti di igiene e prevenzione ecc.) e ai numeri di pubblica sicurezza 112/113 là dove emergano situazioni di grave pericolo per la persona;
- l'invio al secondo livello in ragione del disagio rappresentato.

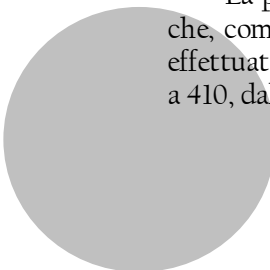
Il secondo livello ha assicurato interventi in continuità con il primo livello, fornendo un massimo di quattro colloqui di sostegno psicologico a titolo gratuito, prevenendo così l'instaurarsi di forme psicopatologiche di disagio strutturato.

In linea con gli obiettivi identificati dal servizio di sostegno psicologico del Ministero della Salute, la Federazione Psicologi per i Popoli ha messo in campo un totale di 320 professionisti volontari appartenenti alle 19 Associazioni territoriali che la compongono:

- PxP Abruzzo
- PxP Basilicata
- PxP Campania
- PxP Emilia Romagna
- PxP Friuli Venezia Giulia
- PxP Lazio
- Lombardia: PxP Como, PxP Lecco, PxP Sondrio, PxP nel mondo
- PxP Piemonte
- PxP Sardegna
- PxP Sicilia
- PxP Toscana
- PxP Trento
- PxP Umbria
- PxP Valle d'Aosta
- PxP Veneto

I 320 psicologi della Federazione hanno svolto un totale di 2.139 turni, con una media di 7 operatori per turno, gestendo complessivamente 26 utenti ciascuno, con una media di 5,4 utenti per turno.

La partecipazione al servizio è stata sin dai primi turni molto alta, tanto che, come si nota in Figura 1, durante la prima settimana gli psicologi hanno effettuato più turni ciascuno raggiungendo il picco massimo di presenze, pari a 410, dal 27 aprile 2020 al 3 maggio 2020.



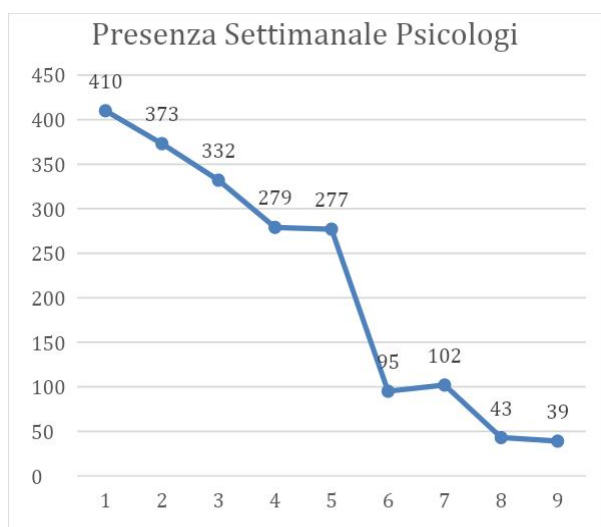


Figura 1. Presenze degli psicologi al servizio di Ascolto Psicologico Emergenza Covid-19.

La graduale diminuzione delle presenze è direttamente proporzionale al calo del bisogno e delle chiamate, oltre che alla graduale apertura e diminuzione delle restrizioni governative.

Dal punto di vista operativo ha avuto un'importanza strategica l'organizzazione di incontri in plenaria per trasmettere a tutti informazioni corrette e uniformi e per pianificare un lavoro condiviso.

In particolare, la riunione plenaria a inizio servizio è servita per condividere le buone pratiche per la gestione del turno, che consistono nel:

- creare una postazione *ad hoc* (si veda la Figura 2);
- munirsi di computer o tablet con aperti i documenti forniti dal ministero e relativi all'invio verso il secondo livello e ai contatti delle principali strutture del SSN;
- utilizzare auricolari per non affaticare l'orecchio durante il turno, ma principalmente per poter scrivere fluidamente la scheda utente o digitare le informazioni necessarie in risposta al bisogno espresso dall'utente.



Figura 2. Una postazione *ad hoc*.

La gestione del colloquio

Il principale modello di riferimento della Federazione Psicologi per i Popoli è l'approccio psicosociale, un modello che in questa emergenza si è declinato attraverso un'attenta valutazione del bisogno, individuando una stretta correlazione tra aspetti individuali e aspetti sociali, con una forte considerazione di come il problema/bisogno influisca su emozioni, comportamenti e percezioni dell'individuo, ma anche di come il problema influisca nell'organizzazione della quotidianità e nelle relazioni della persona.

In molte situazioni una buona conoscenza delle procedure dello *psychological first aid* ha permesso il contenimento di emozioni distruttive. Al fine di garantire uniformità tra gli operatori nella risposta all'utenza, sono state definite delle procedure operative standard, condivise in fase di avvio del servizio. Come indicato in Figura 3, gli interventi degli operatori non consistevano tanto in colloqui psicoterapeutici, quanto piuttosto in interventi di primo soccorso psicologico, quando necessario con uso di tecniche di *grounding* e con una valutazione per l'invio al secondo livello.



Figura 3. Procedura di intervento per gli operatori.

La varietà delle richieste e degli interventi ha determinato la necessità di fissare dei punti fermi rispetto alla gestione di due casistiche particolari:

- la gestione dell'utente minore (si veda la Figura 4);
- la presenza di ideazione suicidaria o tentativo anticonservativo (si veda la Figura 5 alla pagina seguente).

Strategico, per questo ultimo caso, è stato individuare nei colleghi non direttamente coinvolti nel servizio nazionale il necessario supporto alla prima linea, attraverso una presenza costante di supporto, confronto e supervisione individuale e di gruppo. Tutte queste attività di supporto e di messa in sicurezza dei colleghi impegnati nel numero verde nazionale hanno permesso di capitalizzare l'esperienza.

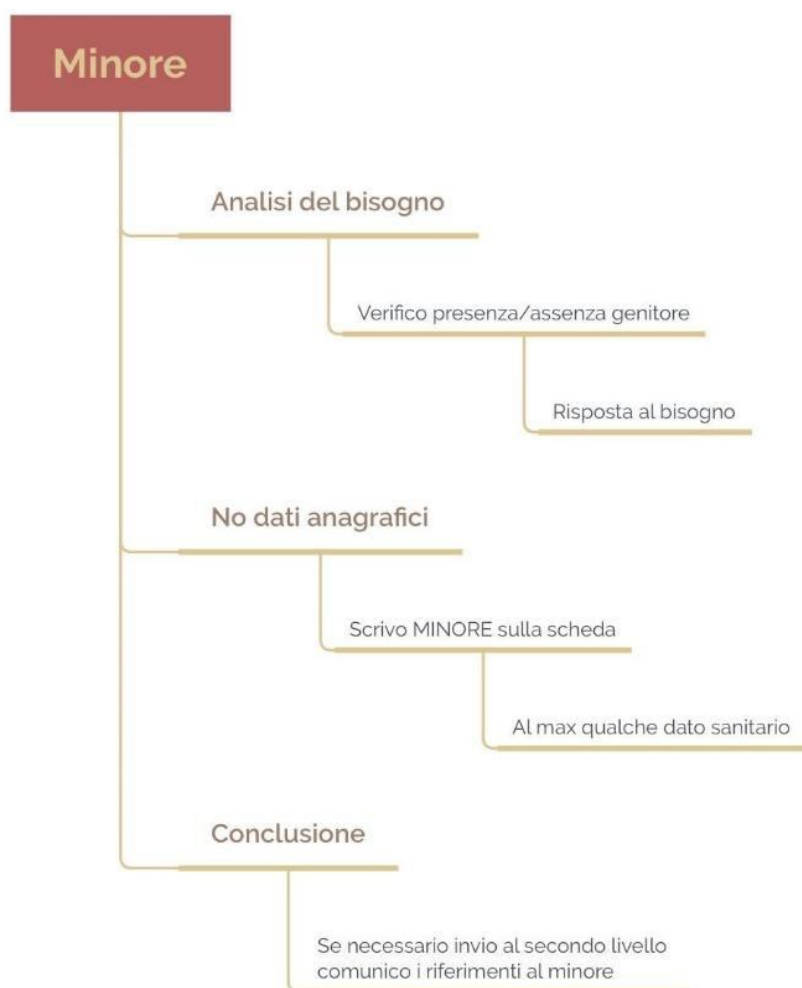


Figura 4. Procedura di intervento con minori.

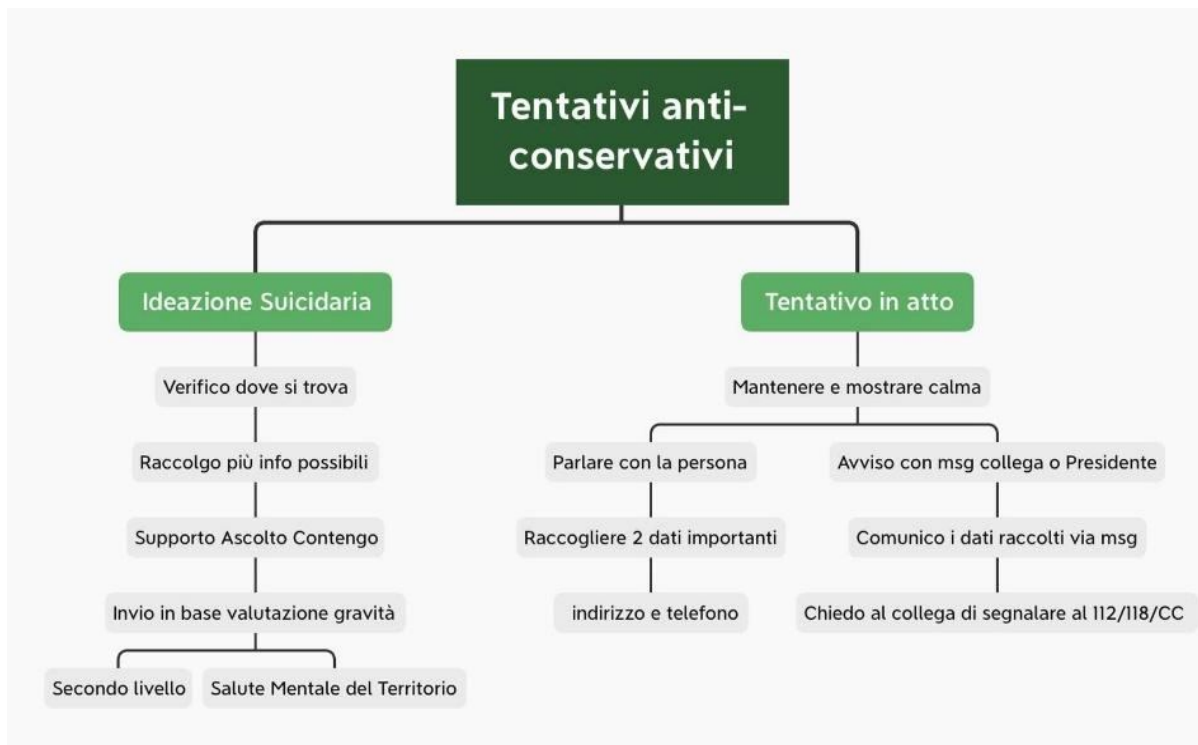


Figura 5. Procedura di intervento in presenza di ideazione suicidaria o tentativo anticonservativo.

Dati epidemiologici

Sesso ed età

I nostri 320 psicologi direttamente coinvolti, come si può notare nella Tabella 1 sottostante, hanno supportato un totale di 8.432 persone, con una lievemente prevalenza di donne – in linea con i trend nazionali ISTAT, secondo cui le donne tendono ad ammettere la necessità di un aiuto psicologico con più facilità rispetto agli uomini, i quali tendono a nasconderla.

Utenti	Uomo	Donna	Minori 18 anni	18-34 anni	35-49 anni	50-59 anni	60-69 anni	Over 70 anni
8432	3676	4756	185	1644	2076	1566	1184	1167
	43,60%	56,40%	2,19%	19,50%	24,62%	18,57%	14,04%	13,84%

Tabella 1. Sesso ed età dell'utenza.

Proseguendo con l'analisi dei dati epidemiologici, si evidenzia una distribuzione equa tra le varie fasce d'età, a eccezione della fascia 35-49 anni, che conta 2.076 contatti.

Si inferisce che si tratta della fascia d'età dei giovani lavoratori, che a causa delle misure di restrizione e isolamento si trovano a casa dal lavoro e hanno

subito lo sconvolgimento delle proprie routine, trovandosi a dover gestire stressor provenienti da più fronti, cioè da:

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

Lavoratore	Disoccupato	Pensionato	Dato non raccolto
2678	2103	1785	1866
31,76%	24,94%	21,17%	22,16%

Tabella 2. Occupazione dell'utenza.

Situazione lavorativa

Per quanto concerne la condizione lavorativa, il nostro campione, evidenzia una equa distribuzione tra le tre categorie principali: occupato, inoccupato o disoccupato e pensionato (si veda sopra la Tabella 2). Questo, però, non può essere considerato un dato significativo poiché l'affidabilità dei dati è strettamente correlata alla mancata rilevazione della situazione lavorativa dei restanti 1.866 utenti che hanno contattato il numero verde. Nella maggior parte dei casi questo dato non è stato raccolto poiché era prioritario l'intervento di primo soccorso psicologico o psicoeducazione (Figura 6).



Figura 6. Occupazione dell'utenza: diagramma a torta.

Correlazione con il Covid-19

È interessante notare come solo un terzo della popolazione del nostro campione abbia riportato problematiche direttamente correlate ad aspetti di mera salute: paura del contatto, paura del contagio, ansia da sintomatologie influenzali.

Nella maggior parte dei contatti, la casistica è prettamente correlata ad aspetti psicologici e psicosociali come implicazioni dell'isolamento e del senso di oppressione e mancanza di libertà, che esamineremo nella sezione successiva.

Vi è infine una componente importante: 1.551 persone che risultavano già in carico ai servizi di salute mentale del loro territorio, ma che, in assenza di una specifica risposta da parte delle equipe di riferimento, o data l'impossibilità di raggiungere il CSM a causa delle restrizioni, trovavano conforto nel contattare il numero verde come fonte di dialogo e rassicurazioni e come condivisione di evoluzioni o cambiamenti sintomatologici.

Una doverosa precisazione riguarda il fatto che i dati rilevati non vogliono essere classificazioni diagnostico-cliniche, quanto piuttosto un inquadramento del bisogno all'interno di uno spettro nosografico che va da disagi dello spettro ansioso o dell'umore fino a effettivi acting-out e minacce di tentativi anticonservativi (si veda la Figura 7).

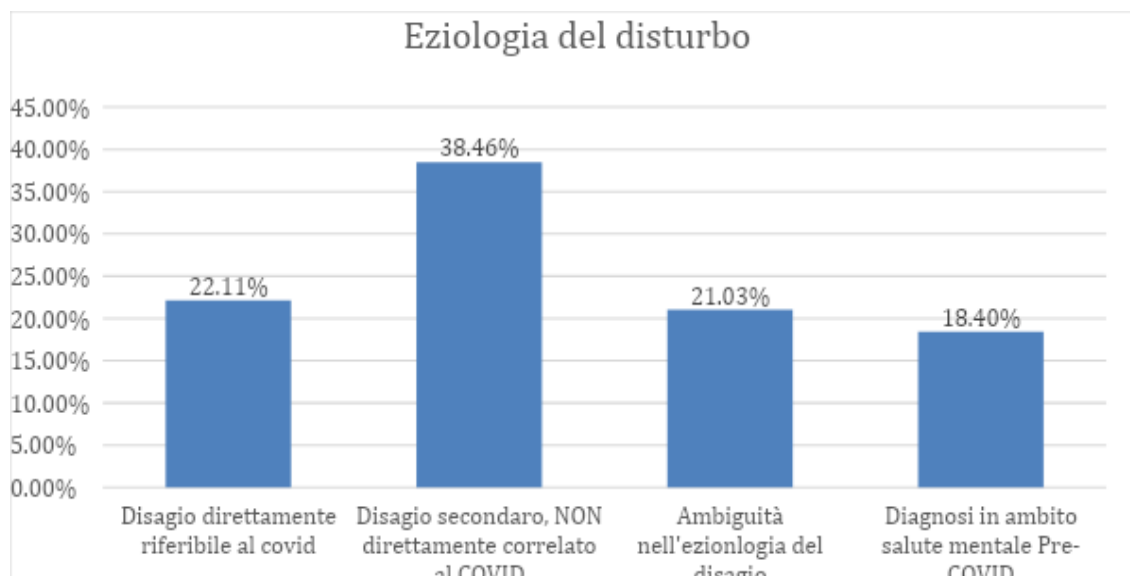


Figura 7. Rapporto tra Covid-19 e disagio.

Come si può notare in Tabella 4, ma in modo ancora più evidente in Figura 8, la maggior parte degli utenti ha presentato disagi legati all'ansia, alla paura o all'angoscia, che generano un senso di irrequietezza.

I risultati da noi ottenuti non si discostano da quelli degli studi internazionali e dalle linee guida dell'Inter-Agency Standing Committee, secondo cui,

Disturbi alimentari	137	1,63%
Disturbi del ciclo sonno-veglia	1762	20,90%
Disturbi psicosomatici	686	8,14%
Alterazione delle dinamiche relazionali	1554	18,43%
Ansia, paura, irrequietezza	4739	56,20%
Tristezza, apatia, astenia, abulia, solitudine	2730	32,38%
Impulsività e rabbia	914	10,84%
Attacchi di panico	917	10,88%
Isolamento sociale, comportamenti d'evitamento	1161	13,77%
Disturbi psichiatrici	1089	12,91%
Pensieri suicidari	182	2,16%
Autolesionismo e tentativi anticonservativi	87	1,03%

Tabella 4. Casistica dei principali disagi.

durante un'epidemia accade spesso che le persone si sentano angosciate o in uno stato ansioso, riscontrando, tra i meccanismi di risposta alla pandemia più comuni:

- paura di ammalarsi e morire;
- evitamento delle strutture sanitarie, per paura di essere infettati durante le cure;
- paura di perdere i propri mezzi di sussistenza, di non poter lavorare durante l'isolamento e di essere licenziati dal proprio posto di lavoro;
- paura dello stigma, in situazioni di contagio;
- sentimenti di impotenza nel proteggere i propri cari e paura di perderli a causa del virus;
- paura di essere separati dai propri cari e dai caregiver a causa del regime di quarantena;
- ulteriore preoccupazione per categorie normalmente vulnerabili, quali minori, persone con disabilità o anziani;
- sentimenti di impotenza, noia, solitudine e depressione dovuti all'isolamento.

Il vissuto claustrofobico, dato dalla quarantena e dalle restrizioni, insieme all'incapacità di reagire di fronte a un "nemico invisibile", ha portato a un diffuso sentimento di impotenza che in alcuni casi ha creato anche a una sorta di

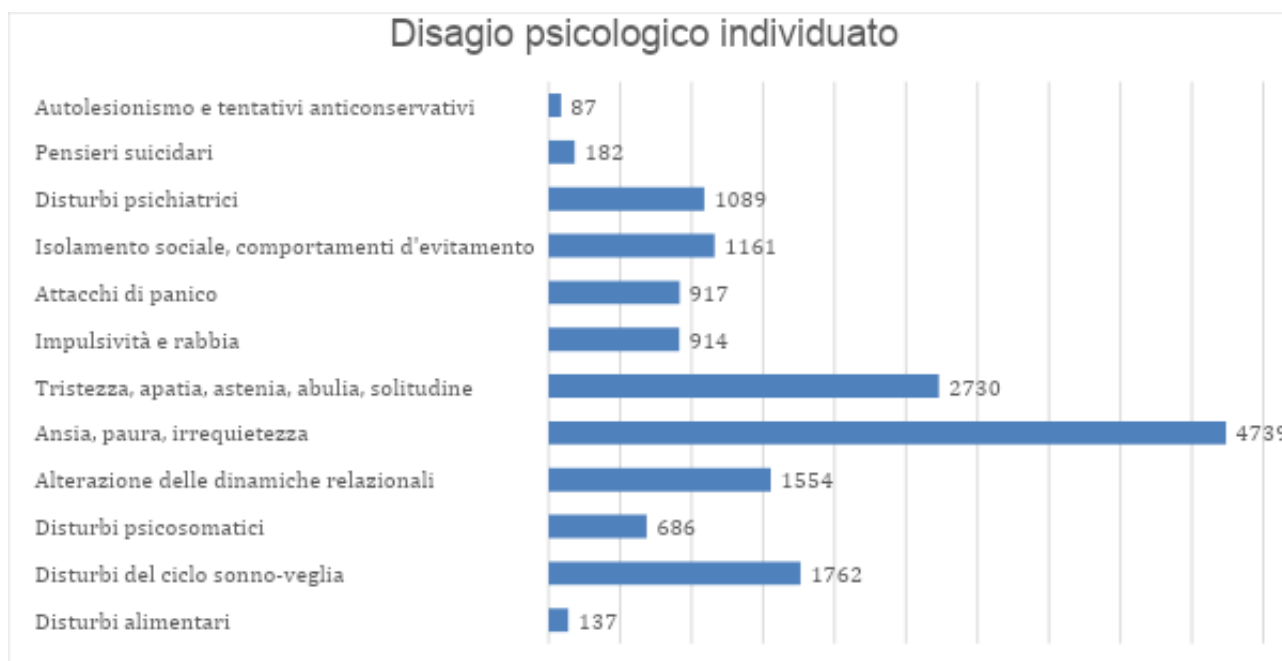


Figura 8. Componenti del disagio psicologico dell'utenza.

rassegnazione evolutasi in depressione e/o apatia, o in altri casi, al contrario, ha portato a espressioni di aggressività proiettiva nei confronti dell'operatore, spesso da parte di persone con pregressi disturbi mentali o già in carico ai servizi (si veda sopra la Figura 8).

Tipologia degli interventi erogati

1. Ascolto attivo e rassicurazione, nei casi di:

- preoccupazione per familiari distanti;
- senso di frustrazione, oppressione e mancanza dei contatti sociali;
- difficoltà nel coniugare il lavoro da casa e la gestione dei figli;
- timori rispetto alle evoluzioni delle proprie condizioni economiche.

2. Sostegno psicologico, nei casi di:

- persone con pregressa storia di disturbi d'ansia o disturbi dell'umore e depressione;
- caregiver di persone con disabilità o patologia psichiatrica pregressa.

3. Sostegno psicosociale, nei casi di:

- difficoltà nella gestione dei figli e nella creazione di nuove abitudini;
- disorientamento e difficoltà di gestione dei figli tra coppie separate;

- preoccupazione per l'istruzione scolastica dei figli;
- mancanza di privacy;
- impossibilità di vedere i familiari anziani e assisterli;
- prolungamento dell'isolamento per spazi ristretti.

4. Psicoeducazione:

- gestione delle emozioni: impotenza, noia, depressione, angoscia, panico, anestesia, ipocondria ecc.

5. Gestione dei conflitti:

- intrafamiliari, dovuti alla convivenza forzata e all'abbassamento della soglia di tolleranza;
- extrafamiliari, con vicini di casa, con forze dell'ordine e autorità in generale.

6. Gestione dello stress, con tecniche di rilassamento e di compensazione.

Tipologia degli invii

Il 18,40% della popolazione del nostro campione (1.551 persone), come precedentemente illustrato, risultava essere già in carico ai servizi del SSN e di salute mentale; per questo, dopo un primo assessment del bisogno, nel 14,32% dei casi (1.207 persone), si è provveduto a contattare i servizi di riferimento per attivare l'invio, questo senza togliere alla persona la possibilità di contattare i professionisti del secondo livello del numero verde.

Circa la metà della nostra utenza (si veda la Tabella 5) ha ricevuto dai nostri professionisti l'indicazione di proseguire il percorso con il secondo livello e le quattro sedute gratuite previste. In alcuni casi è capitato che, pur avendo seguito il percorso previsto dal secondo livello, la persona abbia richiamato il primo livello per ricevere ulteriore supporto e sostegno. Dopo la valutazione e l'eventuale intervento di *psychological first aid*, i nostri psicologi hanno cercato dei riferimenti territoriali in modo da non creare "serialità" nelle chiamate e, di conseguenza, delle richieste, arginando e definendo i limiti e la cornice operativa del servizio.

Inviati al secondo livello	Inviati al servizio pubblico	Intervento psicoeducativo	Chiamata non pertinente
4013	1207	4419	803
47,59%	14,32%	48,80%	9,52%

Tabella 5. Tipologia di invio.

In riferimento alla “serialità” di alcuni utenti, che rientrano negli 803 casi di non pertinenza, ci sono state numerose chiamate da parte di utenti con numero oscurato. Tendenzialmente, queste chiamate sono risultate cariche di aggressività, denunce contro il sistema e talvolta, nel caso di soggetti con probabili parafilie, contenuti sessuali. Anche in questi casi i nostri psicologi hanno saputo autotutelarsi, ponendo dei limiti ben chiari, senza eludere il sostegno all'utente.

Considerazioni finali

Da parte dei cittadini è emersa sempre gratitudine per l'importante intervento erogato e per il servizio promosso dal Ministero della Salute. In alcuni casi la risposta di primo o secondo livello non è stata sufficiente a rispondere al bisogno espresso dal cittadino, in termini di monitoraggio e follow-up, rendendo necessaria la ricostruzione della rete per una presa in carico da parte del territorio. Tale percorso di indirizzamento ai servizi del territorio non è stato sempre lineare e fluido, considerate le variabili regionali o provinciali. Un suggerimento da valutare, in un'ottica di prevenzione e studio della risposta alle emergenze di tipo pandemico, potrebbe essere l'individuazione di *focal point* strategici nei vari servizi sociosanitari, a cui indirizzare la persona per completare al meglio la risposta. Si tratterebbe, in altre parole, di costituire un gruppo di lavoro che, in tempi non emergenziali, possa mappare ulteriormente le strutture di salute mentale delle varie regioni, individuando, più che figure dirigenziali, dei contatti di primo intervento ed eventuale avvio della presa in carico, creando in questo modo una rete sempre più strutturata e solida a sostegno del cittadino.

Donatella Galliano, Hanna Farah, Riccardo Arduini, Psicologi per i Popoli – Federazione.

ANALISI SWOT	
Punti di forza	Punti di debolezza
<ul style="list-style-type: none"> – Efficacia degli interventi psicoeducativi e di primo soccorso psicologico. – Uniformità degli interventi al di là delle differenze personali e di orientamento professionale dei nostri psicologi. – Grande senso di coesione, di percezione del gruppo. 	<ul style="list-style-type: none"> – Assenza di confronto con i professionisti delle altre associazioni di primo livello. – Lieve senso di frustrazione rispetto all'impossibilità di seguire il completo percorso dell'utente.
Opportunità	Trigger
<ul style="list-style-type: none"> – Alta visibilità del servizio grazie ai comunicati del Ministero della Salute e alla sponsorizzazione via social. – Crescita personale e professionale attraverso l'affinamento delle proprie competenze di gestione del bisogno. 	<ul style="list-style-type: none"> – Assenza di coordinamento centrale per il secondo livello. – Difficoltà nel reperire le informazioni e/o contatti delle strutture sociosanitarie in alcune zone.

Tabella 6. Analisi dei punti di forza e debolezza dell'intervento.

Bibliografia

- Armitage R. e Nellums L.B. (2020), *COVID-19 and the consequences of isolating the elderly* “Lancet Public Health”, 5, 5, doi: 10.1016/S2468-2667(20)30061-X.
- Asmundson G.J.G. e Taylor S. (2020), *How health anxiety influences responses to viral outbreaks like COVID-19: What all decision-makers, health authorities, and health care professionals need to know*, “Journal of Anxiety Disorders”, 71, doi: 10.1016/j.janxdis.2020.102211.
- Brooks S.K., Webster R.K., Smith L.E., Woodland L., Wessely S., Greenberg N. e Rubin G.J. (2020), *The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence*, “The Lancet”, 395, 10227, pp. 912-920, doi: 10.1016/S0140-6736(20)30460-8.
- Dar I.A. e Iqbal N. (2020), *Beyond linear evidence: The curvilinear relationship between secondary traumatic stress and vicarious posttraumatic growth among healthcare professionals*, “Stress Health”, 36, 2, pp. 203-212, doi: 10.1002/smi.2932.
- Depoux A., Martin S., Karafillakis E., Preet R., Wilder-Smith A. e Larson H. (2020), *The pandemic of social media panic travels faster than the COVID-19 outbreak*, “Journal of Travel Medicine”, 27, 3, doi: 10.1093/jtm/taaa031.
- Du J., Dong L., Wang T., Yuan C., Fu R., Zhang L., Liu B., Zhang M., Yin Y., Qin J., Bouey J., Zhao M. e Li X. (2020), *Psychological symptoms among frontline healthcare workers during COVID-19 outbreak in Wuhan*, “General Hospital Psychiatry”, doi: 10.1016/j.genhosppsy.2020.03.011.
- Epstein D., Andrawis W., Lipsky A.M., Ziad H.A. e Matan M. (2020), *Anxiety and Suicidality in a Hospitalized Patient with COVID-19 Infection*, “European Journal of Case Reports in Internal Medicine”, 7, 5, doi: 10.12890/2020_001651.
- Gao J., Zheng P., Jia Y., Chen H., Mao Y., Chen S., Wang Y., Fu H., e Dai J. (2020), *Mental health problems and social media exposure during COVID-19 outbreak*, “PLOS ONE”, 15, 4, doi: 10.1371/journal.pone.0231924.
- Golden T.D., Veiga J.F. e Dino R.N. (2008), *The impact of professional isolation on teleworker job performance and turnover intentions: does time spent teleworking, interacting face-to-face, or having access to communication-enhancing technology matter?* “Journal of Applied Psychology”, 93, 6, pp. 1412-21, doi: 10.1037/a0012722.
- Hossain M.M., Sultana A. E Purohit N. (2020), *Mental health outcomes of quarantine and isolation for infection prevention: a systematic umbrella review of the global evidence*, “Epidemiology and Health”, doi: 10.4178/epih.e2020038.
- Lai J., Ma S., Wang Y., Cai Z., Hu J., Wei N., Wu J., Du H., Chen T., Li R., Tan H., Kang L., Yao L., Huang M., Wang H., Wang G., Liu Z. e Hu S. (2020), *Factors Associated With Mental Health Outcomes Among Health Care Workers Exposed to Coronavirus Disease 2019*, “JAMA Network Open”, Mar 2;3 (3):e203976, doi: 10.1001/jamanetworkopen.2020.3976.
- Mohammed A., Sheikh T.L., Poggensee G., Nguku P., Olayinka A., Oluabunwo C. e Eaton J. (2015), *Mental health in emergency response: lessons from Ebola*, “Lancet Psychiatry”, 2, 11, pp. 955-7, doi: 10.1016/S2215-0366(15)00451-4.

- Orla T., Muldoon, S., Haslam A., Haslam C., Cruwys T., Kearns M. e Jetten J. (2019), *The social psychology of responses to trauma: social identity pathways associated with divergent traumatic responses*, "European Review of Social Psychology" 30, 1, pp. 311-348.
- Perikleous E., Tsalkidis A., Bush A. e Paraskakis E. (2020), *Coronavirus global pandemic: An overview of current findings among pediatric patients*, "Pediatric Pulmonology", 55, 12, pp. 3252-3267, doi:10.1002/ppul.25087.
- Gruppo di lavoro Salute mentale ed emergenza COVID-19 (2020), *Rapporto ISS COVID-19 n. 30/2020. Indicazioni sull'intervento telefonico di primo livello per l'informazione personalizzata e l'attivazione dell'empowerment della popolazione nell'emergenza COVID-19. Versione del 24 maggio 2020*, https://www.iss.it/rapporti-covid-19/-/asset_publisher/btwlJ82wtYzH/content/id/5407609.
- Gruppo di lavoro ISS Salute mentale ed emergenza COVID-19 (2020), *Rapporto ISS COVID-19 n. 41/2020. Indicazioni per prendersi cura delle difficoltà e dei bisogni dei familiari di pazienti ricoverati in reparti ospedalieri COVID-19. Versione del 29 maggio 2020*, https://www.iss.it/rapporti-covid-19/-/asset_publisher/btwlJ82wtYzH/content/rapporto-iss-covid-19-n.-41-2020-indicazioni-per-prendersi-cura-delle-difficolt%25C3%25A0-e-dei-bisogni-dei-familiari-di-pazienti-ricoverati-in-reparti-ospedalieri-covid-19.-versione-del-29-maggio-2020.
- Gruppo di lavoro ISS Formazione COVID-19 (2020), *Rapporto ISS COVID-19 n. 57/2020; Formazione per la preparedness nell'emergenza COVID-19: il case report dell'Istituto Superiore di Sanità. Versione del 31 maggio 2020*, https://www.iss.it/rapporti-covid-19/-/asset_publisher/btwlJ82wtYzH/content/rapporto-iss-covid-19-n.-57-2020-formazione-per-la-preparedness-nell-emergenza-covid-19-il-case-report-dell-istituto-superiore-di-sanit%25C3%25A0.-versione-del-31-maggio-2020.
- Rogers J.P., Chesney E., Oliver D., Pollak T.A., McGuire P., Fusar-Poli P., Zandi M.S., Lewis G. e David A.S. (2020), *Psychiatric and neuropsychiatric presentations associated with severe coronavirus infections: A systematic review and meta-analysis with comparison to the COVID-19 pandemic*, "The Lancet Psychiatry", 7 (7), pp. 611-627, [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30203-0](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30203-0).
- Szcześniak D., Gładka A., Misiak B., Cyran A e Rymaszewska J. (2021), *The SARS-CoV-2 and mental health: From biological mechanisms to social consequences*, "Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry", 104, doi: 10.1016/j.pnpbp.2020.110046.
- Yamamoto V., Bolanos J.F., Fiallos J. et al. (2020), *COVID-19: Review of a 21st Century Pandemic from Etiology to Neuro-psychiatric Implications*, "Journal of Alzheimer's Disease", 77, 2, pp. 459-504, doi:10.3233/JAD-200831.
- Zhang J., Wu W., Zhao X. e Zhang W. (2020), *Recommended psychological crisis intervention response to the 2019 novel coronavirus pneumonia outbreak in China: a model of West China Hospital*, "Precision Clinical Medicine", 3, 1, pp. 3-8, <https://doi.org/10.1093/pccmedi/pbaa006>.

