



ISSN 2280-9120



Rivista di

Psicologia dell'Emergenza e dell'Assistenza Umanitaria

SEMESTRALE DELLA FEDERAZIONE PSICOLOGI PER I POPOLI

Numero 23, 2020



Direttore responsabile
Giuseppe Maiolo

Direttore
Donatella Galliano

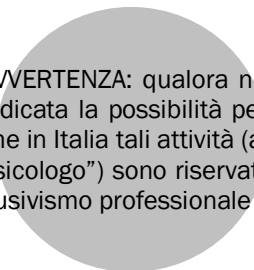
Vicedirettore
Luigi Ranzato

Direzione scientifica
Paolo Castelletti
Daniele Luzzo
Fabio Muscionico
Raffaela Paladini

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

Redazione
Gabriele Lo Iacono
www.psicologia-editoria.eu
E-mail: gabrieleloiacono@psicologia-editoria.eu

Psicologia dell'emergenza e dell'assistenza umanitaria è edita da
Psicologi per i Popoli - Federazione
Via Galileo Galilei 18, Lavis (TN)
CF: 95015460223
Direttore: pxpfederazione.presid@gmail.com
Vicedirettore: psicologixpopoli@alice.it



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

Psicologia dell’Emergenza e dell’Assistenza Umanitaria

Numero 23 2020

Indice

Luigi Ranzato <i>Introduzione / Introduction</i>	p. 4
Donatella Galliano, Hanna Farah e Riccardo Arduini <i>Emergenza Covid-19: analisi della situazione e interventi. L’esperienza di Psicologi per i Popoli – Federazione / Covid-19 emergency: situation analysis and interventions. The experience of Psicologi per i Popoli – Federazione</i>	p. 6
<i>Norme per gli autori</i>	p. 27
Giorgio Conte, Massimiliano Di Carlo, Angela Fioretta e Laura Ricci <i>L’esperienza degli psicologi dell’emergenza al numero verde Covid-19 della Regione Lazio in occasione della pandemia da SARS-CoV-2 / The experience of emergency psychologists at the Covid-19 toll-free number of Regione Lazio during the SARS-CoV-2 pandemic</i>	p. 30
Silvia Pontoglio <i>“Siamo tutti vittime dello stesso trauma”. Decostruzione della contrapposizione vittima-carnefice e uso dell’EMDR nel nord dell’Uganda / “We are all victims of the same trauma”. Deconstruction of the victim-executioner opposition and the use of EMDR in northern Uganda</i>	p. 36
Ersilia Cossu e Silvia Betzu <i>Emergenza rientro a scuola. Un’esperienza all’interno della scuola elementare di Cagliari “Giovanni Lilliu”: l’equipe psicopedagogica accompagna bambini insegnanti e famiglie nella ripresa della nuova “normalità” di vita quotidiana (prima parte) / Back to school emergency. An experience at the “Giovanni Lilliu” primary school in Cagliari: the psychopedagogical team accompanies children, teachers, and families in the recovery of the new “normality” of daily life (part one).</i>	p. 50

Durante la prima fase della pandemia Covid-19, la cosiddetta prima ondata, gli psicologi dell'emergenza sono stati impegnati su proposta delle autorità del paese a portare assistenza alla popolazione italiana. In questo numero della rivista abbiamo l'opportunità di conoscere tale esperienza, analizzarla e valutarne i dati raccolti.

Galliano D., Farah H. e Arduini R. presentano l'attività svolta a livello nazionale nell'ambito del servizio di "ascolto psicologico" aperto su tutta Italia tramite il numero verde 800 833 833. Attivati dalla Protezione civile nazionale, 320 psicologi professionisti, afferenti a 19 associazioni territoriali di Psicologi per i Popoli – Federazione, hanno effettuato dal 27 aprile al 3 maggio 2020 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. L'articolo riporta una disanima dei dati epidemiologici e un'analisi degli stressor che maggiormente hanno impattato sulla salute psicologica dei cittadini durante la prima ondata del Covid-19, concludendo con la tipologia degli interventi effettuati e delle proposte di invio al secondo livello nonché con una considerazione sui punti di forza e di debolezza di questa intensa, faticosa, innovativa, generosa e straordinaria attività svolta durante il lockdown della primavera 2020.

In Lazio, gli psicologi delle associazioni di emergenza hanno collaborato con l'Agenzia Regionale per l'Emergenza Sanitaria (ARES 118). In questo articolo, Conte G., Di Carlo M., Fiorletta A. e Ricci L. presentano le peculiarità del lavoro svolto in contatto con i medici e il personale dell'agenzia, che rappresenta un modello "innovativo e funzionante" di risposta ai bisogni dei cittadini.

Silvia Pontoglio ci proietta, con il suo lavoro, in Nord Uganda, dove, dalla fine degli anni Ottanta del secolo scorso, si è combattuto un sanguinoso conflitto tra i ribelli della Lord Resistance Army e il governo ugandese. Circa 30.000 bambini sotto i diciotto anni sono stati rapiti e, una volta indottrinati, sono stati arruolati ed esposti in maniera prolungata alla violenza di omicidi e stupri, riportando gravissime conseguenze

sul piano psichico e sociale. Tutti i ragazzi e le ragazze rapiti e poi obbligati a perpetuare il conflitto e gli stessi crimini di cui sono stati vittime, prendono il nome di “vittime politiche complesse”. Basandosi su uno studio di comparazione tra i risultati di diverse terapie utilizzate per il trattamento psicologico di queste vittime complesse, tra cui la Narrative Exposure Therapy (NET), l'autrice esamina l'applicabilità e l'efficacia della terapia di Desensibilizzazione e Rielaborazione attraverso i Movimenti Oculari (EMDR) nell'ambito del supporto psicosociale.

Conclude questo numero la prima parte di un lavoro di Cossu E. e Betzu S. sul rientro a scuola, dopo l'emergenza, dei bambini di una scuola elementare della città di Cagliari. Vengono qui illustrate la proposta metodologica e la modalità operativa utilizzate con i bambini, gli insegnanti e le famiglie secondo un interessante approccio psicopedagogico.

Luigi Ranzato

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.

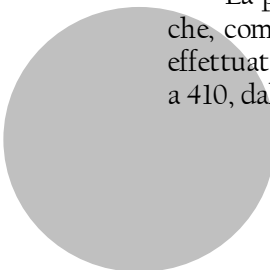
Il secondo livello ha assicurato interventi in continuità con il primo livello, fornendo un massimo di quattro colloqui di sostegno psicologico a titolo gratuito, prevenendo così l'instaurarsi di forme psicopatologiche di disagio strutturato.

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.



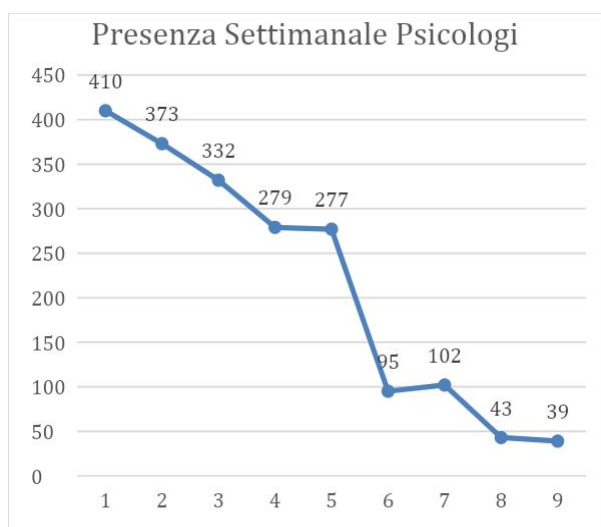


Figura 1. Presenze degli psicologi al servizio di Ascolto Psicologico Emergenza Covid-19.

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.

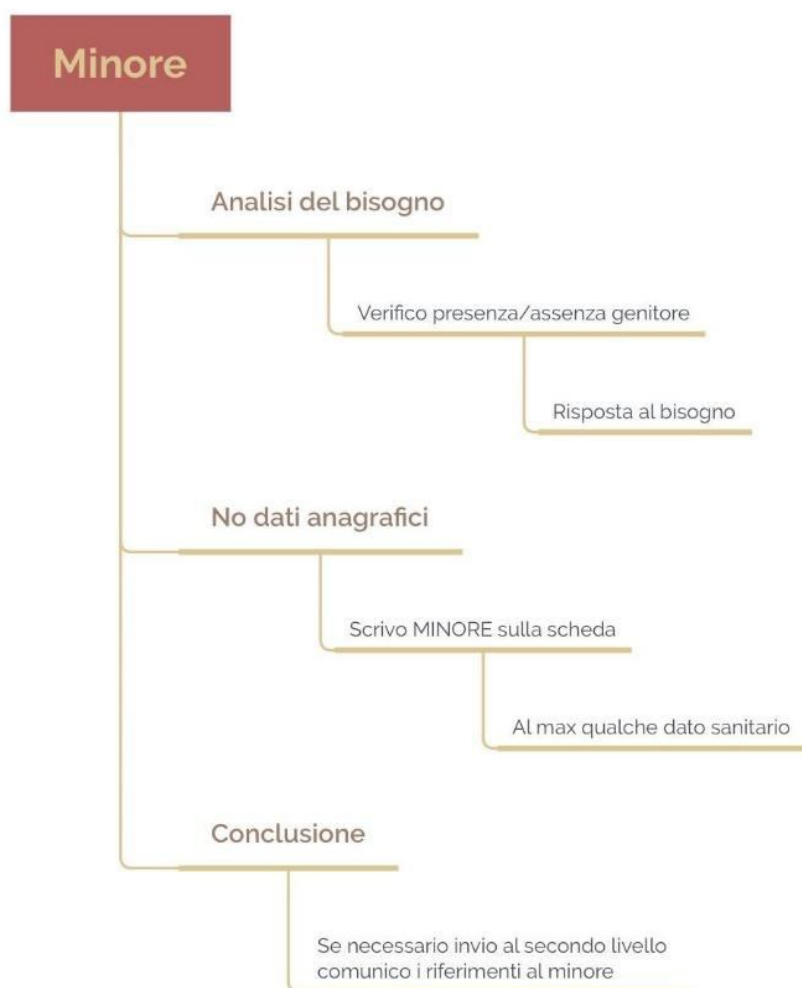


Figura 4. Procedura di intervento con minori.

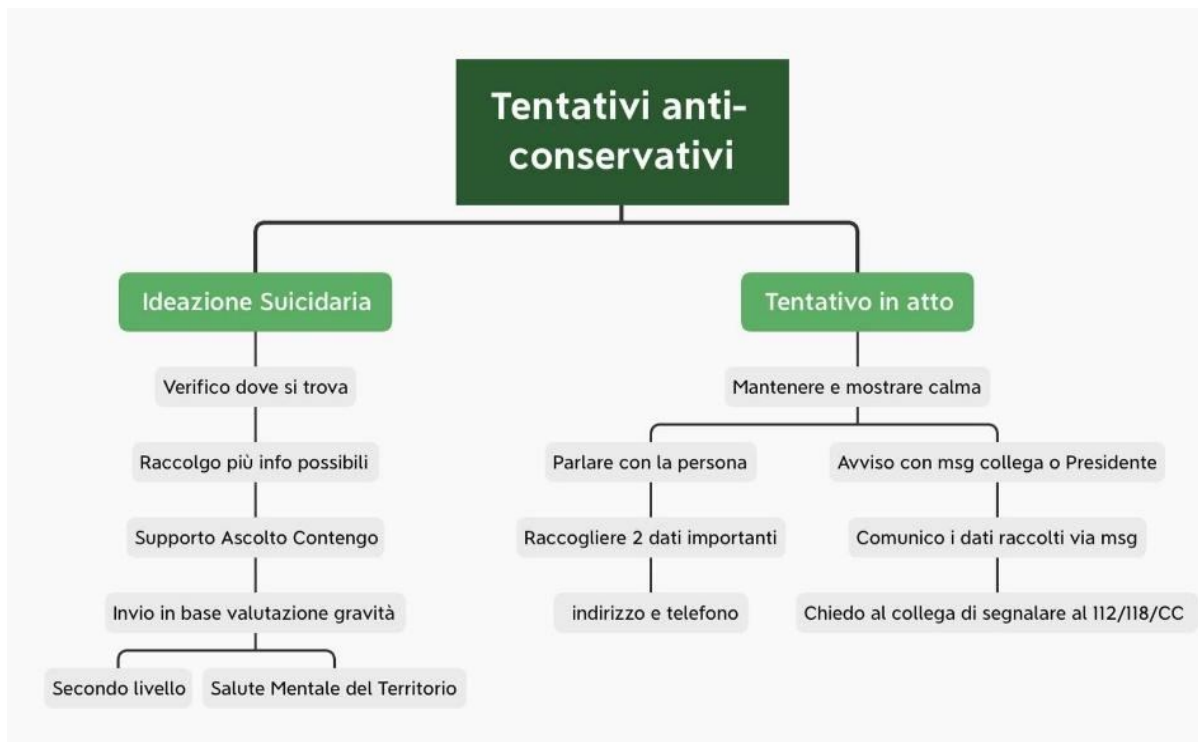


Figura 5. Procedura di intervento in presenza di ideazione suicidaria o tentativo anticonservativo.

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).

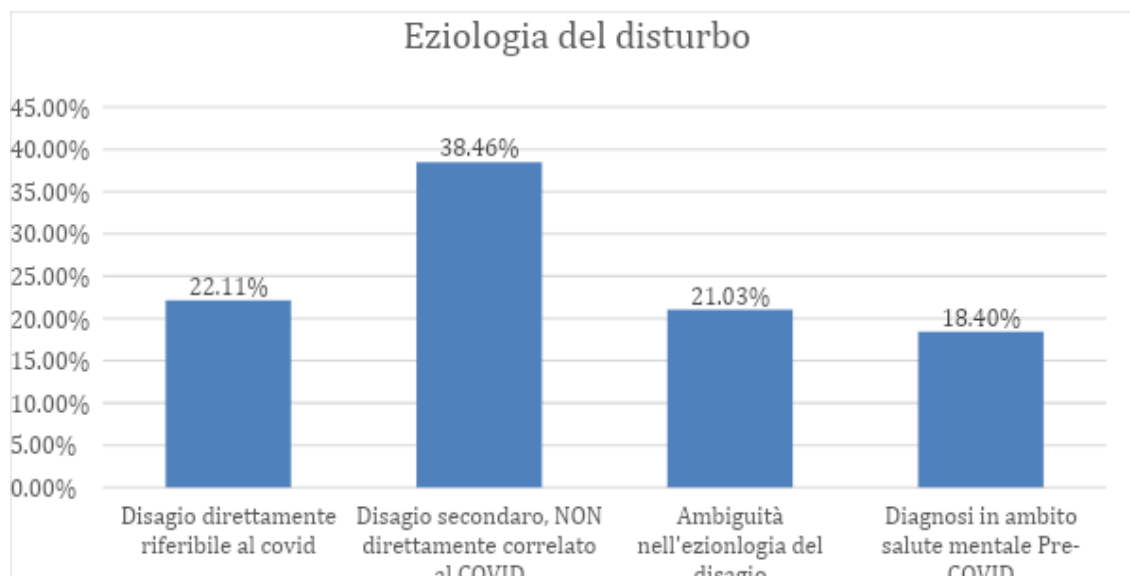


Figura 7. Rapporto tra Covid-19 e disagio.

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

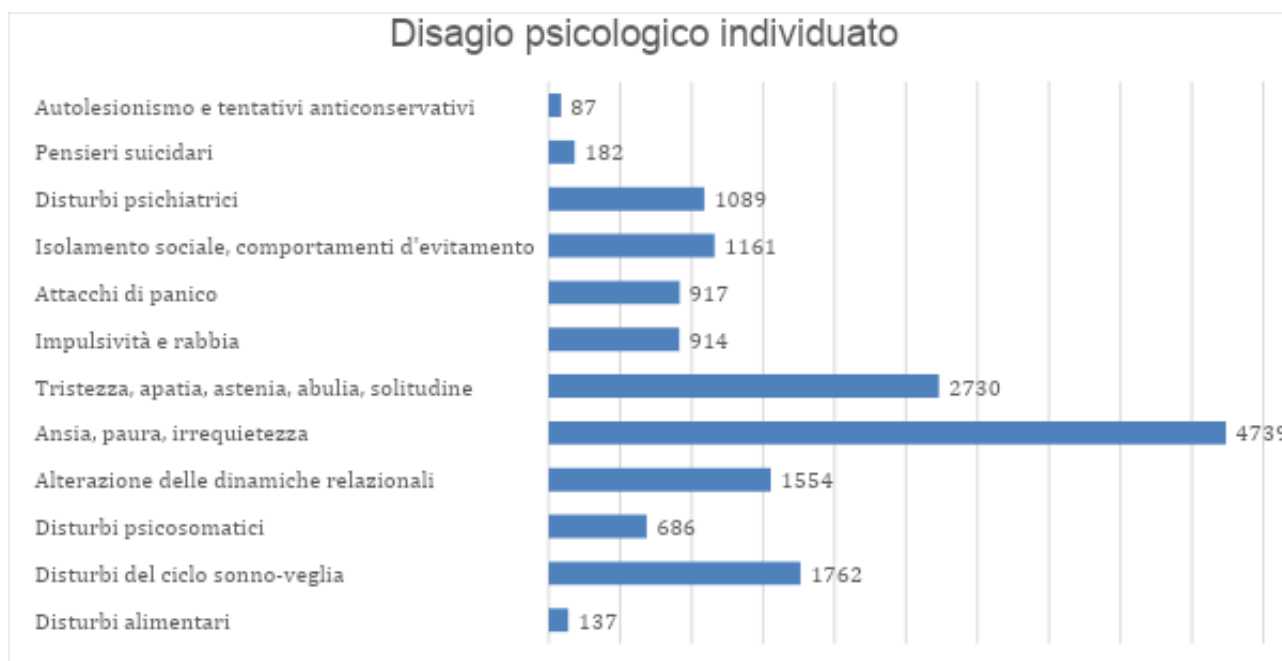


Figura 8. Componenti del disagio psicologico dell'utenza.

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.

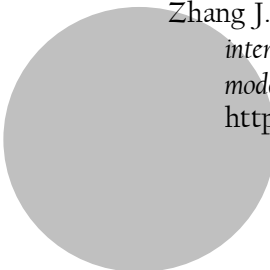
ANALISI SWOT	
Punti di forza	Punti di debolezza
<ul style="list-style-type: none"> – Efficacia degli interventi psicoeducativi e di primo soccorso psicologico. – Uniformità degli interventi al di là delle differenze personali e di orientamento professionale dei nostri psicologi. – Grande senso di coesione, 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.genhospsych.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>.



**Norme per gli autori della rivista
“Psicologia dell’Emergenza e dell’Assistenza Umanitaria”**

1. La rivista “Psicologia dell’Emergenza e dell’Assistenza Umanitaria” è semestrale e prevede due uscite annue.
2. Vengono considerati pubblicabili gli articoli che trattano temi connessi agli aspetti psicologici, sociali, antropologici, comunicativi, storici, organizzativi e legali di situazioni emergenziali. Situazioni quali: incidenti quotidiani disastri, catastrofi, conflitti armati; immigrazione, migrazione forzata e problematiche interculturali; lutto traumatico, resilienza, trauma. Sono anche pubblicabili articoli che esplorano gli stessi aspetti legati a fenomeni e processi quali: interventi di protezione civile, soccorso sanitario; cooperazione internazionale e difesa dei diritti umani; ricerca dispersi e scomparsi; prevenzione e cura della salute mentale in contesti emergenziali.
3. rientrano tra le tipologie di articoli pubblicabili: a) ricerche; b) review; c) case history; d) documentazione di esperienze sul campo e best practice; e) contributi teorici; f) riflessioni e rielaborazioni metodologiche; g) recensioni.
4. Gli articoli proposti per la pubblicazione dovranno pervenire in formato word o rtf agli indirizzi a) psicologixpopoli@alice.it e b) gabrieleloiacono@psicologia-editoria.eu.
5. Gli autori avranno cura di fornire un indirizzo di posta elettronica e un recapito telefonico per le successive comunicazioni.
6. Il percorso di valutazione per la pubblicazione prevede quattro passaggi: a) autovalutazione degli autori rispetto ai criteri di qualità forniti dal comitato scientifico (che devono essere utilizzati prima di proporre l’articolo alla rivista); b) prima valutazione: ogni proposta presentata per la pubblicazione è esaminata dalla direzione, per una revisione iniziale. Se l’articolo concorda con le politiche editoriali e con il livello minimo di qualità richiesto, è inviato a due revisori anonimi per la valutazione. Questa prima revisione interna con conseguente rifiuto o assegnazione della valutazione dei revisori; c) revisione: la rivista si avvale, per ogni proposta, di due revisori anonimi, sia italiani sia stranieri. Il processo di revisione intende fornire agli autori un parere competente sul loro articolo. La revisione dovrebbe offrire suggerimenti agli autori, se necessari, su come migliorare i loro contributi. A questa valutazione segue una comunicazione all’autore. Nel caso la proposta di pubblicazione sia accettata solo a condizioni di correzioni, modifiche o integrazioni, l’autore potrà ripresentare il lavoro, adeguatamente corretto; d) Ultima decisione editoriale: spetta alla direzione della rivista ed è comunicata dopo la ricezione delle modifiche.
7. Gli autori verranno informati dell’esito di ogni passaggio, potendo ottenere, su richiesta e in relazione alla fase di lavorazione, attestazione di articolo “submitted”, “accepted” o “in press”.

Preparazione del manoscritto

1. Riportare in prima pagina: autore, ente di appartenenza e titolo dell'articolo.
2. Nella prima riga, a sinistra, si dovrà indicare il nome e il cognome dell'autore per esteso in corsivo, seguiti da una virgola, l'ente di appartenenza e un a capo.
3. Il titolo dell'articolo dovrà essere scritto in grassetto.
4. L'articolo deve essere preceduto da un riassunto in italiano e in inglese di circa 200 parole e 5 parole chiave (in italiano e in inglese).
5. La lunghezza massima di ciascun articolo deve essere compresa tra le 15 e le 20 cartelle (circa 8.000/12.000 parole).
6. Usare carattere Times New Romans, corpo 12, interlinea singola, allineamento giustificato.
7. Usare il tasto Enter (a capo) soltanto per cambiare paragrafo.
8. Non usare comandi di sillabazione o comandi macro.
9. Non usare doppi spazi per allineare o fare rientrare il testo.
10. Usare i seguenti stili:
 - titolo delle sezioni (paragrafi) principali: **neretto**
 - titolo sottosezioni (sottoparagrafi): *corsivo*
 - titolo sezioni di ordine inferiore: tondo
11. Non sottolineare mai; per evidenziare parti di testo, utilizzare eventualmente il corsivo, non il neretto.
12. Non numerare le sezioni.
13. Negli elenchi, usare la seguente gerarchia:
numeri seguiti da un punto: 1.; lettere con la parentesi chiusa: a); linee e medie: –
14. Dopo i segni di punteggiatura, lasciare sempre uno spazio; non si devono invece mettere spazi prima dei segni di interpunzione (punti, virgole, due punti, punti esclamativi e di domanda), dopo la parentesi aperta e prima della parentesi chiusa.
15. Nel citare i passi direttamente da un altro autore porre all'inizio e alla fine della citazione le virgolette aperte e chiuse “...” e, nel caso di omissioni all'interno di un brano, indicarle con [...].
16. Nelle citazioni di autori nel corpo del testo:
 - se si cita un autore: subito dopo, tra parentesi, inserire l'anno, una virgola e l'eventuale indicazione della pagina;
 - se si cita una teoria o una metodologia: subito dopo in parentesi inserire l'autore seguito da una virgola con l'indicazione dell'anno e, dopo una seconda virgola, eventualmente le pagine o l'indicazione del capitolo;
 - se si citano più autori: in parentesi, dopo l'indicazione del cognome del primo autore mettere una virgola e i cognomi degli altri autori; prima dell'ultimo, usare la congiunzione “e” senza farla precedere dalla virgola; dopo il cognome dell'ultimo autore, inse-

rire una virgola seguita dall'indicazione dell'anno e dopo un'altra virgola indicare la/e pagina/e preceduta da p. o pp.

17. Per i riferimenti bibliografici interni al corpo del testo e la bibliografia finale, se gli autori citati sono più di tre, è preferibile indicare solo il cognome del primo e farlo seguire da et al.
18. È preferibile usare “si veda” o “vedi” piuttosto che “cfr.” o “vd.”.
19. Nel corpo del testo è da evitare l'uso indiscriminato o enfatico del maiuscolo e delle virgolette; eventualmente utilizzare il corsivo. È da evitare in ogni caso l'uso del sottolineato e del neretto.
20. Inviare le figure in un file a parte e indicare nel testo dove inserirle.
21. La bibliografia finale va riportata in ordine alfabetico e secondo quanto indicato nei seguenti esempi:

Articolo su rivista:

Castelletti P. (2006), *La metafora della resilienza: dalla psicologia clinica alla psicologia dell'assistenza umanitaria e della cooperazione*, “Nuove tendenze della psicologia”, 4(2), pp. 211-233.

Libro:

Sbattella F. (2009), *Manuale di psicologia dell'emergenza*, Franco Angeli, Milano.

Capitolo all'interno di un libro:

Grotberg E.H. (2001), *The international resilience research project*. In A.L. Communian e U. Gielen (a cura di), *International perspectives on human development*, Pabst Science Publishers, Miami, pp. 379-399.

22. Le opere citate nel testo devono essere inserite nella bibliografia finale e la bibliografia finale dovrebbe contenere solo opere citate nel testo.

Giorgio Conte, Massimiliano Di Carlo, Angela Fioretta e Laura Ricci
L'esperienza degli psicologi dell'emergenza al numero verde regionale della Regione Lazio in occasione della pandemia da SARS-CoV-2

Riassunto

In questo articolo, gli autori si propongono di descrivere il servizio di supporto psicologico telefonico del numero verde Covid-19 attivato dall'Azienda Regionale Lazio Ares 118 in occasione dell'emergenza da coronavirus SARS-CoV-2. Nell'articolo viene indicata la peculiarità della scelta di Ares 118 di strutturare il servizio impegnando esclusivamente psicologi afferenti alle principali associazioni di psicologia dell'emergenza della regione Lazio, facendoli operare in stretta collaborazione con il personale medico dello stesso numero verde. L'articolo è il frutto di quanto si è constatato nei primi tre mesi dall'attivazione del servizio e contiene, oltre alla sintesi della tipologia di richieste pervenute, i punti di forza e gli aspetti migliorabili di quello che può considerarsi un modello innovativo e funzionante che fornisce risposte concrete e utili ai cittadini durante l'emergenza. In questo articolo non è stato possibile trattare i dati statistici rilevati in quanto il servizio è ancora attivo e con esso la raccolta dati. La riflessione conclusiva offre possibili scenari di servizi integrati di psicologia nel contesto della sanità regionale o nazionale, aprendo la strada a ciò che potrebbe essere una realtà costante e consolidata.

Parole chiave: numero verde, Covid-19, helpline, Ares 118, pandemia.

Abstract

In this article, the authors aim to describe the Covid-19 toll-free psychological helpline activated by Azienda Regionale Ares 118 during the SARS-Cov-2 coronavirus emergency. The article highlights the peculiarity of Ares 118's choice to structure the service by exclusively engaging qualified psychologists belonging to Lazio's main associations of emergency psychology, making them work in close collaboration with the medical staff of the same toll-free number. The article is the result of what has been observed in the first three months since the activation of the service and contains, in addition to the summary of the types of requests received, the strengths and needed improvements of what can be considered an innovative and functioning model that provides concrete and useful responses to citizens during the emergency. In this article it has not been possible to process the statistical data collected, as the service is still active and the data collection is ongoing. The final considerations provide possible scenarios of integrated psychology services in the context of regional or national health systems, paving the way for what could be a constant and consolidated reality.

Key words: toll-free number, Covid-19, helpline, Ares 118, pandemic.

Prefazione della responsabile UOS Psicologia Ares 118, Alessandra Ceracchi

A seguito dell'emergenza determinata dalla diffusione dell'epidemia da Covid-19, la Regione Lazio ha affidato ad Ares 118 il compito di istituire il numero verde regionale (NVR) 800 118 800 per accogliere le richieste dei cittadini in ordine alla gestione sanitaria dell'emergenza.

In breve tempo però è emersa, come prevedibile, una richiesta di intervento più propriamente di natura psicologica, che ha reso necessario affiancare ai medici dei professionisti psicologi, allo scopo di fornire un adeguato supporto emotivo in tale specifico contesto. È stato quindi istituito il servizio di supporto psicologico del NVR, all'interno del quale lavorano professionisti psicologi esperti di emergenza.

Gli psicologi, che ricevono le chiamate trasmesse dai medici del NVR, svolgono un'attività di sostegno psicologico nell'ambito dell'emergenza Covid-19 ai cittadini che abbiano manifestato, durante la conversazione con il medico, una sintomatologia e/o una sofferenza psicologica connesse all'emergenza.

Il servizio si è via via trasformato, sulla base del cambiamento della richiesta di aiuto, trovandosi a svolgere una funzione di "ponte" tra i bisogni dei cittadini e i servizi territoriali. La connessione con il territorio e i suoi servizi costituisce la vera novità rappresentata dal servizio di supporto psicologico del NVR, che consente ai cittadini di ricevere, oltre al sostegno psicologico telefonico, una risposta coerente con i propri bisogni. Gli psicologi del NVR, infatti, nell'ambito della propria attività, valutano la necessità di accompagnare il cittadino verso un percorso di accesso ai servizi territoriali e, ottenuto il suo consenso, contattano i servizi più appropriati (ASL o comune) garantendo contemporaneamente il sostegno psicologico a tutti gli utenti fino alla loro completa presa in carico da parte dei servizi territoriali.

L'articolo che ho il piacere di introdurre è una interessante riflessione sul servizio di supporto psicologico del NVR da parte di alcuni dei colleghi che vi stanno lavorando fin dalla sua istituzione e che, con competenza e professionalità, hanno contribuito attivamente a rendere questo servizio un prezioso supporto ai cittadini della regione Lazio.

Pandemia Covid-19 e problemi psicologici

La pandemia di Covid-19 ha evidenziato, oltre alla necessità di urgenti interventi medici, economici e politici, una crescente necessità di interventi di natura psicologica a favore della popolazione. Il Sistema Sanitario Nazionale ha dovuto affrontare un'emergenza di sanità pubblica di rilevanza internazionale (come sancito nel regolamento sanitario internazionale; WHO, 2005) che ha richiesto una nuova strutturazione di interventi sanitari, psicologici e sociali. Venendo a mancare la possibilità di essere fisicamente vicini alle persone, si è dovuta individuare una differente modalità per fornire un supporto a cittadini e operatori sanitari con difficoltà psicologiche, emotive e relazionali dovute alla pandemia. Prima l'isolamento sociale, la paura di essere contagiati e la perdita di persone care, poi la conseguente crisi economica e la perdita del lavoro hanno causato, per molte persone, un notevole incremento di sintomi di ansia e depressione. In tutto il paese sono stati attivati numerosi servizi di ascolto e supporto psicologico, a opera di privati professionisti e di associazioni di volontariato afferenti alla Protezione Civile, rivolti alla popolazione e al personale sanitario, fortemente provato nella prima fase dell'emergenza. La Regione Lazio ha prontamente attivato un numero verde regionale dedicato all'emergenza Covid-19, gestito dal personale medico dell'Azienda Regionale per l'Emergenza Sanitaria (Ares 118).

L'Ares 118, appurata la necessità di aiutare i medici a gestire le numerose telefonate in cui la complessità del vissuto psicologico si sommava alle richieste mediche, ha previsto l'inserimento di psicologi dell'emergenza in affiancamento e supporto all'equipe di medici. Dal 2 aprile, l'equipe composta da dodici psicologi dell'emergenza ha affiancato l'equipe medica già operativa dalla fine di febbraio. Fin da subito e per tutto il mese di luglio, l'operatività del servizio è stata garantita dalle 8:00 alle 22:00 con l'alternanza di due psicologi in compresenza e con cambio turno alle ore 15:00. Dal mese di maggio il numero degli psicologi operativi è salito a quattordici, grazie anche alla costituzione di una terza postazione dedicata al supporto degli operatori Ares, con fascia oraria 10:00- 18:00. I professionisti coinvolti nel progetto sono stati reclutati tra le tre principali associazioni di volontariato di psicologia dell'emergenza operanti sul territorio: Psicologi per i Popoli - Lazio, Centro Alfredo Rampi, SIPEM - Lazio (Ranzato, 2012). Questo si è dimostrato il primo grande punto di forza: si è scelto di inserire dei professionisti con una formazione e un'esperienza specifiche nel campo della psicologia dell'emergenza, con un approccio e una metodologia condivisi al di là delle differenze individuali e di orientamento teorico. Questa caratteristica ha permesso di effettuare un continuo riadattamento del servizio *in itinere*, permettendo una flessibilità funzionale al susseguirsi dei cambiamenti che si presentavano nell'evolversi della pandemia.

Le numerose telefonate afferenti al servizio di psicologia dell'emergenza Covid hanno confermato il bisogno di supporto psicologico a più livelli. Ansia, preoccupazione, sbalzi di umore, solitudine, la riacutizzazione della sintomatologia pregressa, ma anche disperazione e situazioni drammatiche di impatto traumatico sono alcune tra le sofferenze riportate dalle persone che si sono rivolte al servizio. I primi contatti, molto numerosi, riguardavano in particolare la paura del contagio, la perdita di controllo emotivo dovuta alla situazione imprevista, la perdita di un familiare senza avere la possibilità di compiere i rituali necessari all'elaborazione del lutto e, soprattutto, situazioni di scompenso emotivo dovuto all'interruzione della psicoterapia e del contenimento psichiatrico. Nella fase più acuta, coincisa con il lockdown, molte persone che si sono ammalate di Covid-19 hanno rischiato di morire o vissuto la malattia in solitudine, in isolamento e sofferenza senza una certezza di guarigione. Medici e sanitari sono stati contagiati prestando la propria opera ininterrottamente in turni massacranti, assistendo spesso impotenti alla morte dei pazienti. Tutti questi eventi mettono a dura prova l'equilibrio psichico ed emotivo nonché il sistema di adattamento delle persone: se, infatti, molte reazioni emotive anche forti sono transitorie e si attenuano col tempo, è importante intervenire tempestivamente al fine di prevenire sintomatologie che potrebbero cronicizzarsi e trasformarsi in disturbi strutturati.

Punti di forza

Tra i pregi del servizio è giusto sottolineare l'importanza che ha avuto la scelta di Ares 118 di proporre parallelamente un supporto psicologico diretto al personale medico e paramedico coinvolto in prima persona nell'emergenza.

Un altro punto di forza del servizio è rappresentato dalla modalità che si è scelta per supportare la popolazione. Alcuni interventi si sono conclusi con un'unica telefonata, a seguito di un attento lavoro di contenimento emotivo e psicoeducativo, altri hanno richiesto ricontatti periodici, per monitorare i sintomi presentati, da parte dello stesso operatore o da parte del primo operatore disponibile, in base all'urgenza. Il passaggio di consegne tra medici e psicologi e all'interno dell'equipe psicologica è stato facilitato dalla compilazione delle schede di triage, complete di dati anagrafici e informazioni rilevanti sulla storia anamnestica degli utenti.

Un valore aggiunto del servizio è stata la buona collaborazione con l'equipe medica, che ha favorito l'interscambio di informazioni, conoscenze e competenze. Questo ha permesso, dal punto di vista operativo, una migliore risoluzione di situazioni particolarmente complesse o che necessitavano di una veloce strutturazione dell'intervento.

La procedura di follow-up ha consentito di fare una analisi della domanda più accurata, con conseguente possibilità sia di effettuare l'invio ai servizi territoriali disponibili, dopo averli contattati direttamente o aver reperito le informazioni utili alle esigenze specifiche delle persone (CSM, servizi sociali, associazioni di volontariato), sia di effettuare ricontatti di supporto in casi particolari che non potevano essere inviati ai servizi. Tra questi casi particolari emergono le persone colpite da un lutto familiare, i cittadini risultati positivi al virus e in quarantena domiciliare, le manifestazioni ansiose transitorie strettamente legate all'emergenza in essere. In concomitanza si è riscontrato un intervento carente da parte dei servizi pubblici dedicati alla salute mentale, per un eccesso di richieste dovuto alla situazione d'emergenza e per l'insufficiente numero di professionisti, già oberati in precedenza, che si occupano di supporto psicologico e non solo farmacologico.

Durante la seconda fase dell'emergenza, tra le problematiche riscontrate si sono evidenziate più difficoltà di ritorno alla normalità sociale e di relazione e più difficoltà economiche con conseguente assenza di prospettive. In questa fase, inoltre, la tipologia dei richiedenti aiuto di natura psicologica ha assunto un connotato più complesso. Infatti si è osservato che gli interventi, fino a quel momento orientati più sul contenimento emotivo in risposta a sbalzi di umore di natura ansioso-depressiva, sono via via mutati in operazioni di accoglienza e intervento su presunti disturbi di personalità. Per questi interventi in molti casi l'operazione di collegamento e invio alle strutture sanitarie (CSM, DSM, UOS Psicologia ecc.) è stata più complessa, come è stato più complesso riconoscere la natura della richiesta di aiuto e gestirla con i monitoraggi e, appunto, gli invii.

Nell'ultimo periodo sono sicuramente da ricordare le chiamate al servizio effettuate dietro "suggerimento" dei medici del servizio di guardia medica che hanno incrementato e differenziato ulteriormente – la casistica affrontata dal servizio di supporto psicologico.

Riteniamo inoltre opportuno sottolineare l'importanza della presenza costante dei tecnici informatici, che hanno accolto e risposto in modo istantaneo ai suggerimenti di miglioramento degli strumenti operativi, migliorando in questo modo l'adattabilità del servizio ai cambiamenti legati all'evolversi della situazione, pur mantenendo stabilita ed efficienza nel funzionamento.

Criticità

Per quanto riguarda i possibili aspetti migliorabili, si ritiene utile evidenziare la possibilità di attivare il sistema di trasmissione della chiamata al servizio di supporto psicologico. Come si è detto in precedenza, l'interfaccia del richiedente aiuto è la figura del medico, il quale, là dove non venga palesemente richiesta la consulenza con uno psicologo, ha il delicato compito di intercettare la domanda di aiuto (non sempre esplicita), riconoscerla e rimandarla al paziente, giustificando così il passaggio di intervento. Questa procedura potrebbe essere ottimizzata e standardizzata meglio con un percorso formativo rivolto ai medici sull'analisi e la gestione della richiesta di aiuto di natura psicologica, là dove non esplicitamente richiesta (si è osservato che alcuni medici tendono a inviare più casi, altri meno o esclusivamente su esplicita richiesta).

Questo consentirebbe all'utente di evitare lo spiacevole "effetto roulette" degli invii. Per tale formazione si potrebbe utilizzare, per esempi, una metodologia basata sulla psicoeducazione e/o il focus group.

Un altro aspetto che potrebbe essere potenziato è quello relativo alla promozione del servizio anche al di fuori del bacino di utenza virtuale, per meglio intercettare la domanda di persone anziane, più fragili, più a rischio di isolamento e, pertanto, più bisognose di ascolto.

Riflessioni conclusive

Sicuramente questa pandemia ha fatto emergere dei bisogni psicologici che molti cittadini non avrebbero mai manifestato pubblicamente in altre situazioni, o perché considerati privati (elaborazione del lutto, relazioni familiari problematiche, perdita di autostima dovuta alla perdita del lavoro, paura per la propria incolumità) o perché l'utenza stessa non era consapevole del proprio bisogno di supporto. Rispondere a tali richieste è un dovere delle istituzioni preposte alla salute, con interventi sia individuali sia collettivi.

L'emergenza nazionale ha messo in evidenza la necessità di ripensare e riscrivere i servizi sanitari in modo da potervi inserire il supporto ai cittadini non solo in situazione di cronicità, ma anche nelle criticità quotidiane. Si è rilevata la necessità di offrire servizi sanitari in cui sia presa in carico l'intera persona e in cui medici e psicologi collaborino per un supporto integrato e riconoscano, come in questa occasione, le rispettive competenze.

Riassumendo, il servizio si è rivelato un modello innovativo, replicabile ed esportabile. La strutturazione delle funzioni operative, i file di gestione delle richieste, le procedure per il passaggio di consegne e informazioni, la mappatura delle strutture territoriali attive e la struttura delle equipe sono alcuni degli elementi che rendono questo servizio un esempio della capacità del sistema istituzionale di costruire risposte concrete ed efficienti alle necessità dei cittadini in tempo di emergenza. Esso è stato in qualche modo un'occasione di riflessione sulla possibilità di offrire un accesso ai servizi psicologici che potrebbe diventare una realtà costante del nostro Sistema Sanitario Nazionale.

Giorgio Conte, Massimiliano Di Carlo, Angela Fiorletta, Laura Ricci, *Psicologi per i Popoli - Lazio. La dott.ssa Alessandra Ceracchi è responsabile della UOS Psicologia Ares 118, Coordinatore Servizio Supporto Psicologico NVR.*

Bibliografia

- Bianchi M.P. e Rossin M.R. (2009) *Help line. Lavoro e formazione per rispondere alle richieste di aiuto telefonico*, Franco Angeli, Milano.
- Ceracchi A. (2011), *L'organizzazione dell'intervento psicologico nel sistema extraospedaliero*, "C.I.P. n. 13 Psicologia delle emergenze", <https://www.conoscoimparoprevengo.org/l-organizzazione-dell-intervento-psicologico-nel-sistema-extraospedaliero.html>.
- Ceracchi A. e Corradi M.P. (2018), *L'esperienza del 118 nel terremoto del Centro Italia*. In Di Iorio R. e Giannini A. M. (a cura di), *Stare con il dolore in emergenza. Soccorritori, vittime e terapeuti*, Franco Angeli, Milano.
- De Leo D. (a cura di) (2020), *Richieste d'aiuto. Assistenza telefonica e telematica*, Alpes Italia, Roma.
- Madeddu C. (2017), *Chiamami! Prevenire la depressione e il suicidio con l'help line telefonica*, DIGITAL INDEX.
- Ranzato L. (2002), *Psicologia dell'emergenza, emergenza della psicologia?* http://www.counselling-care.it/pdf/pdf_psico/Psicotrauma34.pdf.
- Veltro F., Biondi M. E Capece A. (2020), *Intervento telefonico psicoeducativo per la gestione delle problematiche stress-correlato nella popolazione generale per l'epidemia da SARS-COV-2*, Alpes Italia, Roma.
- WHO (2005), *International Health Regulations, IHR 2005*, <https://www.who.int/publications/i/item/9789241580496>.

Silvia Pontoglio

“Siamo tutti vittime dello stesso trauma”. Decostruzione della contrapposizione vittima-carnefice e uso dell’EMDR nel nord dell’Uganda

Riassunto

Il binomio vittima-carnefice non è sempre ben definito e l'esclusione totale del carnefice dai programmi di supporto psicologico per le vittime può risultare gravemente dannosa: chi è la vera vittima di un conflitto? Lo è solo il civile innocente coinvolto nella guerra o lo è anche chi viene catturato, arruolato e costretto a uccidere la sua gente? Questo articolo nasce dalla volontà di scardinare la solidità della definizione di vittima, con l'intenzione di inserire nella definizione classica anche gli ex combattenti del conflitto del Lord's Resistance Army (LRA) in Uganda. In seguito al conflitto, la sintomatologia più comune riscontrata negli ex carnefici rileva una predominanza di casi di PTSD. Questo studio mira a dimostrare come la terapia EMDR possa costituire un valido approccio psicoterapeutico per assistere qualsiasi tipo di vittima di guerra. Lo studio affronterà il background storico e l'analisi della praticabilità dell'EMDR, insieme ad altre pratiche di supporto psicologico, analizzando i potenziali scenari e le sfide che ne derivano.

Parole chiave: EMDR, Uganda, vittime di guerra, PTSD, riconciliazione.

Abstract

The victim-perpetrator pair is not always well-defined, and the total exclusion of perpetrators from psychological support programs can be highly harmful: Who is the real victim of a conflict? Is it just the innocent civilian who is involved in the war, or is it also the innocent civilian who is kidnapped, given weapons, and forced to kill his own people? This article stems from the desire to deconstruct the solidity of the definition of victim, and from the intention of including in the canonical definition also the former combatants of the Lord's Resistance Army (LRA) conflict in Uganda. Following the conflict, the most common symptomatology found in former perpetrators shows a predominance of PTSD cases. This study aims to demonstrate how EMDR therapy can be a valid psychotherapeutic approach to assist any category of war victim. The study will address the historical background and will analyze the practicability of EMDR, along with other psychological support practices, considering potential scenarios and challenges that may arise.

Key words: EMDR, Uganda, war victims, PTSD, reconciliation.

Il contesto: il conflitto dell’LRA e l’esposizione traumatica delle sue vittime

Il Lord's Resistance Army (LRA), fondato in Uganda alla fine degli anni Ottanta, è un noto gruppo di forze ribelli guidato da Joseph Kony. Il primo obiettivo dell’LRA (precedentemente chiamato Uganda People's Democratic Christian Army o anche Uganda Christian Democratic Army) era quello di contrastare il governo, guidato all'epoca da Yoweri Museveni. La conseguenza della sua istituzione fu un enorme conflitto armato che colpì l'intera popolazione ugandese, che ha trovato il suo picco di brutalità nello scontro contro il popolo

Acholi, situato nella parte settentrionale del Paese. Secondo la World Peace Foundation, Kony ha affermato che l'LRA sta combattendo in favore del popolo Acholi dell'Uganda settentrionale, ma le operazioni si sono estese al di fuori dell'Uganda, nei Paesi vicini. Dopo la sua costituzione negli anni Ottanta, infatti, le dimensioni dell'LRA sono cresciute esponenzialmente: nei primi anni del conflitto, le truppe agivano solo nella parte settentrionale del Paese, ma a metà degli anni Novanta Kony ha iniziato a ricevere il sostegno di altri governi, a partire da quello sudanese, e a spostare il conflitto anche nel territorio di confine con il Sudan meridionale. Molti analisti e ricercatori hanno cercato di determinare il numero dei membri delle truppe dell'LRA, ma è stato difficile definirlo con chiarezza. Secondo il Crisis Tracker dell'LRA, però, le forze ribelli armate contavano più di 2.000 combattenti all'inizio del 2000, per poi diminuire soltanto alla fine del decennio 2000-2010 (LRA Crisis Tracker, 2015)

Il governo ugandese ha sperimentato diverse tecniche per ostacolare l'avanzata dell'esercito di Kony: una delle operazioni più significative è stata l'istituzione di molti villaggi protetti dove spostare i civili. Dopo il loro primo insediamento nel 1996, questi villaggi sono diventati campi di sfollamento mantenuti in condizioni pessime e in cui gli ospiti erano sottoposti a violenze brutali da parte di soldati e funzionari di polizia. Come dichiarato dall'UNHCR nel 2012, durante il picco del conflitto nel 2005, ci sono stati circa 1,84 milioni di sfollati, distribuiti in circa 251 campi nella parte settentrionale del Paese (UNHCR, 2012). Herman (2003) ha definito gli eventi traumatici come eventi di natura grave che si protraggono ripetutamente per un lungo periodo di tempo e che hanno origine tipicamente durante l'infanzia. I ricordi traumatici vissuti e rivissuti possono avere un forte impatto sulla vita quotidiana delle vittime, soprattutto, come sostiene Herman, perché possono trasformarsi in disturbi a lungo termine se non vengono trattati nel modo giusto.

Ma chi è la vera vittima? Chi ha bisogno di essere curato e aiutato come vittima di guerra? Gli autori del conflitto sono vittime del conflitto stesso? Nel contesto del conflitto dell'LRA, la persistenza della guerra nel corso degli anni ha reso la vita di molti civili difficile ed esposta a gravi traumi legati alla guerra stessa, ma soprattutto all'episodio del rapimento per coloro che hanno trascorso del tempo nelle zone rurali e poi hanno cercato di tornare alla loro precedente comunità e ricostruire la loro vita e la loro dignità (Corbin, 2008). Tutti i ragazzi e le ragazze che sono stati rapiti nella macchia rurale e che sono stati poi obbligati a perpetuare il conflitto e gli stessi crimini di cui sono stati vittime si chiamano "vittime politiche complesse". È difficile e controverso poter aiutare queste vittime nello stesso modo in cui vengono trattate le vittime politiche non complesse: i dibattiti sulla giustizia al giorno d'oggi non riconoscono loro né lo status di vittima né quello di carnefice. È quindi necessario condannare l'ex combattente del conflitto dell'LRA o perdonarlo? È necessario aiutare queste persone ad affrontare eventuali disturbi di salute psichica? Questo studio mira ad analizzare i metodi attuabili nel quadro del sostegno alla salute mentale degli ex combattenti in generale e nel caso specifico degli autori del conflitto ugandese.

Il dibattito su incarcerazione o riconciliazione per gli ex combattenti rapiti dall'LRA e le sue conseguenze

Ciò che ha avuto un impatto su tutti i civili coinvolti nella guerra è il rapimento di persone dai villaggi rurali del nord Uganda. La ricerca condotta da Invisible Children (2019), l'ONG fondata appositamente allo scopo di denunciare al mondo le atrocità dell'LRA, mostra che l'LRA ha rapito sia uomini che donne in età tardoadolescenziale o poco più che ventenni (Invisible Children, 2019; Schomerus, 2007), ma anche oltre 30.000 bambini sotto i diciotto anni per rafforzare l'esercito. Molte interviste condotte nei villaggi mostrano che i ribelli dell'LRA avevano una preferenza per i bambini e i giovani, piuttosto che per gli adulti, perché i bambini possono essere catturati più facilmente e possono essere controllati e indottrinati con meno difficoltà. Kelly, Branham e Decker (2016) osservano che “una volta arruolati, questi bambini devono affrontare un'esposizione prolungata alla violenza, tramite svariate esperienze che comprendono la costrizione a uccidere o a ferire altri e la ripetuta vittimizzazione personale, compresa la violenza sessuale” (Kelly, Branham, Decker, 2016, p. 1). Le statistiche sui rapimenti sottolineano che i rapiti venivano rilasciati dopo un periodo di servizio come soldati, nel caso dei maschi, e come schiave del sesso nel caso delle femmine (Allen e Schomerus, 2006). Si osserva inoltre che i bambini catturati dai ribelli dell'LRA erano spesso obbligati a portare armi e rifornimenti per lunghe distanze.

La procedura del rapimento comprendeva alcune fasi iniziali di indottrinamento per far sì che i rapiti diventassero “addetti ai lavori” del gruppo ribelle, e l'intera operazione era ovviamente associata a un significativo senso di separazione dai legami emotivi preesistenti, isolamento e controllo della comunicazione, assegnazione ad ambienti nuovi e sconosciuti, intimidazioni e persino un'identificazione inconscia con l'aggressore. Lo studio condotto da Kelly, Branham e Decker (2016), ha evidenziato l'enfasi che gli intervistati (ex rapitori e parenti) ancora oggi pongono sulla natura violenta e coercitiva dell'LRA. Questo aspetto è stato ripreso negli estratti delle interviste. “I bambini non si arruolano mai in maniera volontaria, vengono rapiti per strada, nei campi, anche nei villaggi, vengono addestrati e diventano ribelli dell'LRA” (madre di un bambino precedentemente rapito; Kelly, Branham, Decker, 2016, p. 4). “Abbiamo iniziato a saccheggiare e uccidere, a rapire bambini dal villaggio e a portarli al campo [dell'LRA]. Quelli più grandi, li uccidevamo” (diciassettenne rapito e arruolato; *ibidem*). Jo Becker, della divisione per i diritti dei bambini di Human Rights Watch, ha drammaticamente affermato che “il rapimento di bambini ha distrutto la vita di migliaia di bambini e delle loro famiglie” (Human Rights Watch, 2003) e, come espresso esplicitamente da Van Acker, l'uso delle persone della comunità civile come soldati ha addirittura “tolto [loro] la possibilità di attribuire la responsabilità o le conseguenze dell'angoscia che soffrono” (Van Acker, 2004, p. 354).

Conseguenze sulla salute mentale degli ex rapiti

La definizione comunemente nota di “vittima” rende più facile l’attribuzione di un bisogno di aiuti umanitari ai civili che hanno sofferto a causa di perdite, piuttosto che ai partecipanti del conflitto stesso; purtroppo, così si finisce di solito per escludere dall’aiuto umanitario canonico tutte quelle persone che non rientrano in tale definizione, come appunto le cosiddette vittime politiche complesse. Erica Bouris (2007), nel suo libro *Complex political victims*, esprime profonda preoccupazione per la netta distinzione tra vittima e carnefice, sostenendo che “l’impossibilità [degli ex combattenti] di accedere alla giustizia alimenta potenzialmente la costruzione sociale dell’‘altro’. Questa costruzione è il primo passo verso la disumanizzazione di un sottogruppo, che spesso porta alla violenza” (Bouris, 2007, p. 20). Tuttavia, è facilmente comprensibile che i possibili effetti del rapimento possono essere enormemente difficili da affrontare, soprattutto quando si tratta di tornare nelle proprie comunità e di ricostruire la propria vita.

Molti studi hanno documentato un alto tasso di problemi di salute mentale tra gli ex combattenti e i bambini-soldato. Le esperienze vissute durante il conflitto dagli ex combattenti, soprattutto nel caso dei bambini-soldato, possono portare a conseguenze a lungo termine la cui natura è influenzata da molti fattori: Betancourt et al. (2010) hanno condotto una ricerca sugli ex bambini-soldato in Sierra Leone e hanno scoperto che esperienze come il ferimento e l’uccisione di altri individui sono state spesso seguite da un aumento dei problemi esternalizzanti e da una diminuzione dei livelli di comportamento adattivo, mentre l’esperienza dello stupro ha più spesso portato all’aumento della tendenza all’interiorizzazione del problema, espressa con depressione e attacchi d’ansia. A seguito dei risultati ottenuti, hanno anche sostenuto che le diverse forme di trauma hanno effetti diversi sulla salute mentale: l’esperienza di assistere a violenze di guerra non era, per esempio, associata a malattie mentali, ma solo all’impatto sulla quotidianità, mentre essere violentati o direttamente coinvolti in una situazione di conflitto era più probabilmente associato a problemi interiorizzanti e malattie mentali (Betancourt et al., 2010, p. 8). Risultati simili sono stati rilevati da Kohrt et al. (2008) mentre analizzavano la situazione della salute mentale post-conflitto dei bambini-soldato in Nepal: “La differenza nella salute mentale tra i bambini-soldato e i bambini mai arruolati può essere spiegata, in parte, da una maggiore esposizione ad eventi traumatici tra i bambini soldato, soprattutto nel caso di difficoltà psicologiche generali e disturbi funzionali” (Kohrt et al., 2008, p. 8). Il ricordo legato al rapimento o alla schiavitù durante la guerra può essere elaborato e metabolizzato da parte delle vittime di queste esperienze, ma, in molti casi, può persistere a lungo, fino a trasformarsi in Disturbo Post-Traumatico da Stress (PTSD). I sintomi più comuni e frequenti sono insonnia, tensione muscolare, grave difficoltà a pensare al futuro positivamente, costante senso di minaccia, ma anche gravi crisi d’ansia o attacchi di panico. È frequente che le persone colpite rievino le loro esperienze attraverso sogni, odori, suoni o sensazioni fisiche: questo può portare a sensazioni di iperagitazione, ma anche all’alienazione o all’autocolpevolizzazione per essere stati associati ai ribelli. Yehuda e colleghi

(1993) hanno offerto una visione più ampia di questo aspetto, sostenendo che la percentuale di persone che sperimentano tali disturbi è compresa tra il 25% e il 33%. Questi disturbi psicosociali possono facilmente portare a diversi tipi di problemi di salute mentale, come la depressione e anche casi di grave difficoltà di adattamento (Yehuda, 1993).

Anche lo stigma associato ai rimpatriati svolge un ruolo importante nella riabilitazione della salute mentale delle vittime dei rapimenti: la reintegrazione appare di solito difficile, poiché le comunità tendono a temere gli ex bambini-soldato e spesso finiscono per isolarli. Okiror (2018) ha riportato il caso di Agnes Acayo, rapita a nove anni e tenuta prigioniera dall’LRA per diventare la moglie di uno dei ribelli. Lei, che oggi ha trent’anni, è tuttora in uno stato di povertà, con grandi difficoltà a trovare un lavoro, in quanto si sente rifiutata dalla stessa comunità in cui è cresciuta: “È difficile affrontare la vita. Noi [ex combattenti] siamo emarginati e abbandonati. Continuo a pensare se tornare a combattere o suicidarmi” (Agnes Acayo in Okiror, 2018). Le persone che tornano dal conflitto affrontano la stigmatizzazione, la discriminazione e il rifiuto da parte della comunità e “quando sanno che sei un ex combattente ribelle, la gente ti punta il dito contro e ti guarda come un assassino” (Agnes Acayo in Okiror, 2018). Questa situazione può facilmente portare a maltrattamenti, stigmatizzazione e abusi, soprattutto per le ragazze che vengono violentate dai soldati e che ora vengono riconosciute come mogli dei ribelli (Specht e Attree, 2006). La mancanza di una chiara definizione di vittima sta interferendo con un’equilibrata offerta di salute mentale sia per i civili che per gli ex combattenti, essendo questi ultimi considerati non vittime, ma vittime “complesse”.

Le ricerche condotte su queste persone dimostrano sempre che l’esperienza come soldato espone le vittime a tassi più elevati di problemi di salute e benessere mentale, e che il complicato reinserimento nelle comunità precedenti può contribuire alle difficoltà quotidiane (Specht e Attree, 2006).

Interventi psicosociali per la salute mentale degli ex combattenti e dei carnefici

Negli ultimi decenni la letteratura riguardante la gestione delle crisi in persone che hanno vissuto una dopoguerra è molto migliorata, soprattutto per quanto riguarda tutti i possibili interventi e le terapie specifiche da utilizzare per trattare i sintomi del disturbo post-traumatico da stress (PTSD). La sintomatologia più tipica comprende solitamente attacchi di panico, insonnia, tensione muscolare, alienazione e, in alcuni casi, anche sensi di colpa. Dopo un’esperienza disastrosa, le vittime del conflitto o della situazione di emergenza devono spesso affrontare gravi conseguenze che possono influire sul loro benessere psichico, le quali, se non vengono trattate in breve tempo, possono anche durare decenni. Tofani e Wheeler (2011), per esempio, hanno presentato uno studio che sostiene che la mente umana, una volta colpita da situazioni di emergenza o disastrose, tende a faticare ad analizzare e metabolizzare razionalmente i ricordi legati all’evento e alle conseguenze che ne derivano: per que-

sto motivo, è necessario lavorare immediatamente sulle persone colpite, in particolare sulla loro salute mentale perché “i traumi accumulati possono diminuire la loro resilienza e qualità della vita e allo stesso tempo aumentare il rischio di problemi di salute” (Yurtsever et al., 2018, p. 2). Grazie a una ricerca condotta da Dyregrov (2002), è stato anche dimostrato che il coinvolgimento umano nelle memorie traumatiche abbia un ruolo cruciale negli effetti post-traumatici: lo studio ha scoperto che fattori di stress come conflitti, guerre e altri crimini causati dall'uomo tendono a essere la causa di sintomi clinici molto più gravi rispetto a quelli causati da emergenze naturali e disastri. Il passaggio di un ex combattente dal conflitto alla società civile è spesso causa di molteplici complicazioni (Fairweather e Garcia, 2007) ed è per questo che in alcuni casi è necessario intervenire clinicamente sulla salute mentale delle vittime. Se il processo di reintegrazione avviene senza un processo di screening preventivo, potrebbero esserci problemi di riadattamento con rischi di ritraumatizzazione anche elevati. La necessità di assistere clinicamente le vittime è una necessità per l'intera comunità in quanto “La riabilitazione è un approccio ecologico che mira al recupero a lungo termine e alla massima autosufficienza” (Jayatunge, 2013).

Nel 1996, l'Organizzazione Mondiale della Sanità ha votato all'unanimità a favore di un quadro di riabilitazione psicosociale che definisce la riabilitazione psicosociale come un “processo che aiuta gli individui in difficoltà, disabili o portatori di handicap causati da un disturbo mentale a raggiungere un buon livello di funzionamento indipendente nella comunità” (Organizzazione Mondiale della Sanità, 1996). L'Organizzazione Internazionale per le Migrazioni (OIM) nel 2006 ha anche creato una lista di principi guida in relazione agli standard di reintegrazione da seguire per aiutare le persone coinvolte nel conflitto e gli ex combattenti a ricostruire la loro vita nella loro comunità. I cosiddetti programmi di disarmo, smobilitazione e reinserimento (DDR) si basano sull'idea che “le pratiche di riabilitazione psicosociale aiutano i veterani di guerra a ristabilire ruoli normali nella società, l'indipendenza e la loro reintegrazione nella vita comunitaria” (Organizzazione Internazionale per le Migrazioni, 2006). Il punto focale del foglio informativo redatto dall'Organizzazione Internazionale per le Migrazioni (2006) è che il successo della reintegrazione economica e sociale degli ex combattenti nella loro comunità è cruciale per garantire un ambiente postbellico pacifico e stabile. La raccomandazione principale data dall'OIM (2006) è di usare un approccio multidisciplinare per affrontare i bisogni psicosociali degli ex combattenti e dei carnefici in quanto “i programmi sono progettati sia per evitare un'inutile patologizzazione e stigmatizzazione delle sfide emotive che affrontano sia per sottolineare l'interconnessione dei fattori sociali, psicologici, antropologici e clinici con il livello individuale, familiare, di gruppo e comunitario” (International Organization for Migration, 2006).

Un aspetto importante da considerare quando si utilizzano i programmi DDR con le vittime di violenze di guerra o di traumi correlati è l'età del paziente. (Schauer et al., 2017). Come riportato nel quadro della riabilitazione psicosociale e del reinserimento degli ex combattenti scritto da Schauer et al. (2017), “quando i bambini vengono reclutati in giovane età da gruppi di ribelli

o strutture militari, il loro naturale e sano sviluppo sarà compromesso e ne risulterà una moltitudine di problemi fisici, psicologici e mentali [...]. Lo stress traumatico, per esempio, è un fattore noto, che può modificare la struttura e il funzionamento del cervello, e quindi alterare il funzionamento cognitivo, emotivo, fisico per il resto della vita [...]. Inoltre, il reclutamento precoce impedisce ai giovani, per esempio, di imparare le regole e le norme sociali [e] costruire reti di contatti” (Schauer et al., 2017, p. 32). Il processo di riabilitazione dei giovani può sembrare complicato, ma dovrebbe anche essere altamente prioritario in quanto, se non viene iniziato e impostato a breve termine, rappresenta una grave minaccia per la stabilità sociale dell'intera comunità.

Sebbene negli ultimi anni l'attenzione verso il sostegno psicosociale nei paesi non occidentali sia aumentata, in generale le risorse dedicate ai programmi DDR sono minime e i paesi non occidentali presentano spesso una carenza o addirittura una mancanza di operatori e di infrastrutture adeguate (Schauer et al., 2017).

L'attuabilità della terapia di EMDR con gli ex carnefici in Uganda

Le ricerche condotte riguardo ai metodi da utilizzare per ridurre i sintomi di PTSD sono molte e diverse tra loro; quando si tratta di stabilire quale percorso possa essere il più adatto per il PTSD, molti studi accademici si riferiscono all'uso della stimolazione bilaterale degli occhi della vittima, utilizzando quindi la specifica terapia di desensibilizzazione e rielaborazione attraverso i movimenti oculari (EMDR). Oggi sono molte le ricerche che sostengono che l'uso della terapia di desensibilizzazione e rielaborazione attraverso i movimenti oculari sembra essere il modo migliore e più rapido per trattare ogni tipo di ricordo legato a traumi e situazioni disastrose (Maxfield, 2008), ma anche per curare persone che sono state vittime di aggressioni o che soffrono di depressione (Brady et al., 2000) senza sintomi di PTSD. L'EMDR è un approccio psicoterapeutico basato sulla stimolazione bilaterale degli occhi delle vittime, da sinistra a destra e indietro, condotta seguendo il movimento delle dita del terapeuta mentre i pazienti pensano e parlano dei loro ricordi inquietanti (sito ufficiale EMDR, 2019). Questo movimento oculare aiuta il paziente a riattivare i ricordi e la sua capacità di reagire ad essi, precedentemente bloccati dall'impatto traumatico. Durante il processo, i ricordi svaniscono progressivamente e il paziente li vede e li percepisce in modo completamente diverso e più rilassato. Il movimento bilaterale aiuta la riconnessione dei lati opposti del cervello e la riattivazione del funzionamento neurofisiologico originale (Shapiro, 2014; Spechi e Attree, 2006); la terapia EMDR facilita quindi il trattamento di molte diverse psicopatologie e disturbi causati sia da eventi traumatici che da situazioni di stress. L'idea alla base dell'intero processo è che “il modello su cui si basa l'EMDR presuppone che gran parte della psicopatologia sia dovuta alla codifica disadattiva o all'elaborazione incompleta di esperienze di vita traumatiche o di disturbo. Queste esperienze memorizzate in modo disfunzionale non possono essere integrate in modo adattivo [...]. Viene utilizzato un procedimento specifico per accedere e rielaborare le informazioni che

incorporano il movimento degli occhi o la stimolazione bilaterale alternata del cervello [...] chiamata stimolazione bilaterale (BLS)” (Gonzalez, Del Rio-Casanova e Justo-Alonso, 2017, p. 431).

L'EMDR è stata riconosciuta come una terapia basata sull'evidenza per tutte le vittime di esperienze traumatiche che sono ancora alle prese con la metabolizzazione dei ricordi ad esse correlate (Bisson et al., 2013). Ad oggi è considerata la tecnica più efficace e molte organizzazioni stanno iniziando a utilizzarla con i loro clienti o con il loro staff durante le sessioni di consulenza e debriefing: l'FBI, per esempio, ma anche l'UNICEF e altre ONG, hanno introdotto l'uso della terapia EMDR come intervento adeguato per i loro programmi e progetti di resilienza sul campo. L'ideatrice e sviluppatrice dell'EMDR, Francine Shapiro, è stata la prima studiosa a sostenere che la stimolazione bilaterale è in grado di “sbloccare” l'intero sistema delle memorie non metabolizzate: lei sostiene che, dopo alcune sessioni di EMDR, il cervello inizia a elaborare l'evento traumatico e a ricollegarsi alla memoria adattiva (Shapiro, 2001). Grazie all'EMDR, è quindi diventato possibile trattare molti disturbi e malattie mentali, come “psicosi, disturbo bipolare, depressione unipolare, disturbi d'ansia, disturbi da uso di sostanze e mal di schiena cronico” (Valiente-Gómez et al., 2017, p. 2). Sono state condotte molte ricerche negli ultimi vent'anni su altre applicazioni specifiche dell'EMDR; in particolare, De Jongh, Broeke e Renssen (1999) hanno dimostrato la praticabilità della terapia EMDR in relazione al trattamento di specifiche fobie. Mentre di solito le fobie vengono trattate attraverso un'esposizione in vivo, ci sono alcuni tipi di fobie impossibili da trattare e risolvere attraverso la stessa esposizione, come la tortura, la morte, lo stupro o fobie che sarebbero troppo costose da trattare attraverso l'esposizione (un esempio frequente è l'aviofobia, la paura di volare). Sebbene la letteratura sul possibile uso dell'EMDR oltre il PTSD e la depressione sia ancora molto scarsa, è stato ampiamente dimostrato che questa terapia è un metodo efficace anche se utilizzata con diverse applicazioni e interventi come, per esempio, le fobie. Il numero di medici e terapeuti che oggi scelgono di utilizzare l'EMDR per curare i loro pazienti sta aumentando. Allo stesso modo aumentano le possibili applicazioni della terapia su diversi problemi di salute mentale. Un grande problema derivante dall'uso dell'EMDR con le vittime di guerra e gli ex combattenti riguarda l'adattamento culturale della terapia stessa: uno dei primi accademici a mettere in discussione la fattibilità della terapia EMDR con qualsiasi tipo di paziente è Summerfield (1999) che ha sostenuto che “il PTSD è un concetto occidentale che deriva dalle tradizioni psichiatriche, che potrebbe non sintetizzare l'esperienza dei non occidentali [...]. Per esempio, il modo di affrontare le difficoltà può variare culturalmente, poiché lo stile di ‘elaborazione del trauma’ è particolarmente occidentale” (Sykinioti, 2018, p. 50). La ricerca condotta da Acarturk et al. (2015) ha dimostrato, per esempio, che molte popolazioni non occidentali potrebbero temere le conseguenze dei trattamenti psicoterapeutici, compresa l'EMDR, in quanto pensano che questi trattamenti potrebbero trasformarli in persone mentalmente instabili. È fondamentale, quindi, tenere sempre in mente che concetti come la salute e la malattia mentale possano essere sconosciuti in molti paesi, o addirittura considerati come un grave tabù.

Molti terapeuti sollevano seri interrogativi sull'attuabilità dell'EMDR con la popolazione non occidentale, compresa quella ugandese. Il motivo di questo scetticismo sull'applicazione dell'EMDR si basa sia su una generale mancanza di riconoscimento dei problemi di salute mentale, sia sulle barriere comunicative che potrebbero facilmente limitare la libertà di espressione dei pazienti. Nel 2007, per esempio, l'Inter-Agency Standing Committee (IASC) ha condotto una ricerca che sostiene che in Siria ci sono meno di 0,5 psichiatri o psicoterapeuti ogni 100.000 persone (IASC, 2007); la mancanza di personale specializzato e di professionisti rende il problema ancora meno conosciuto e difficilmente accessibile alla comunità. Inoltre, Crumlish e O'Rourke (2010) hanno cercato di evidenziare il problema del gap comunicativo: durante una ricerca con i rifugiati siriani, hanno dimostrato che la maggior parte dei pazienti prende parte alla terapia EMDR senza essere accompagnati da un interprete, e questo ovviamente ha un forte impatto negativo sulla comunicazione tra l'operatore e il paziente e sull'intero processo della sessione terapeutica. Le potenziali difficoltà date dalla barriera culturale e linguistica sono attualmente in fase di studio, con l'obiettivo di comprendere al meglio come possano realmente influenzare - o non influenzare - il dialogo tra paziente e terapeuta; tuttavia, ci sono già sufficienti dati che dimostrano una maggiore efficacia delle sessioni di terapia EMDR condotte in un linguaggio condiviso da entrambe le parti del processo.

L'EMDR è un metodo efficace da utilizzare con soggetti non occidentali, come i richiedenti asilo, i rifugiati o gli ex combattenti, ma è probabilmente ancora più efficace con altri gruppi di pazienti e vittime. La letteratura sull'uso di questa terapia è ancora molto carente, ma gli studi sul metodo EMDR sono in aumento, e probabilmente lo scetticismo riguardante la sua applicazione si risolverà presto (Castelli Gattinara e Pallini, 2017).

Conclusione

L'articolo mostra che il binomio vittima-carnefice non è sempre ben definito e che una rigida distinzione tra le due categorie può essere gravemente dannosa per l'autore del reato. Il punto critico di questo articolo si concentra sulla concezione limitata che la società tende ad avere della definizione di vittima: chi è la vera vittima di un conflitto? Sono solo i civili innocenti coinvolti nella guerra? In alternativa, è anche colpevole chi viene catturato, arruolato tra i ribelli e costretto a uccidere la sua gente? Leggendo la definizione di vittima, è possibile vedere come essa sia generalmente descritta come "qualsiasi persona o organizzazione che subisce un danno sotto la giurisdizione della Corte [penale internazionale]" (Baines e Ojok, 2008, p. 5). Le cosiddette "vittime politiche complesse" non sono incluse in questa definizione; quindi tutti i ragazzi e le ragazze che sono stati vittime di rapimento e che sono cresciuti - e in alcuni casi sono anche nati - nel contesto dell'LRA non sono considerati vittime. Pertanto, questo articolo mira a risolvere il dibattito su chi siano le vere vittime del conflitto dell'LRA, ed è riuscito a dimostrare come le persone che sono state rapite e costrette a unirsi alle milizie ribelli siano vittime di

quei crimini che loro stessi hanno perpetrato nelle loro comunità. Sono state portate via con la forza dalle loro case e costrette a ferire, violentare, uccidere la loro gente. Il mancato riconoscimento dello status di vittime a questi soggetti può costituire per loro una minaccia critica, poiché non hanno diritto a nessuna forma di sostegno economico o psicosociale, poiché spesso esso è rivolto solo ai civili innocenti coinvolti nel conflitto. Inoltre, la ricerca cerca di dimostrare che il rapimento di persone dai villaggi rurali durante i conflitti, in questo caso durante il conflitto ugandese contro il Lord's Resistance Army, può avere un forte impatto su tutti i civili coinvolti nella guerra. Il rapimento nelle comunità contadine della parte settentrionale dell'Uganda ha coinvolto soprattutto uomini e donne tra la fine dell'adolescenza e i primi vent'anni (Invisible Children, 2019), ma anche circa 30.000 bambini sotto i diciotto anni (Schomerus, 2007). Questo risvolto ha avuto un forte impatto sulla vita quotidiana di queste persone e ha avuto anche gravi conseguenze sul loro stato di salute mentale. La descrizione della sintomatologia più comune riscontrata negli ex combattenti e negli autori di violenze una volta tornati alle loro vite precedenti rileva una piena predominanza di casi di PTSD in questa categoria di persone; per questo motivo la ricerca si è concentrata soprattutto sugli approcci più efficaci di assistenza da utilizzare con ex combattenti e partecipanti al conflitto. Nonostante l'esistenza di molte terapie e approcci psicosociali, c'è ancora un numero significativo di persone che nutre una sorta di scetticismo nei loro confronti, e che preferisce rituali e credenze tradizionali piuttosto che i metodi psicosociali più comuni per trattare i problemi di salute mentale.

Tra tutti i tipi di rituale di pulizia dell'anima, che è il metodo tradizionalmente più utilizzato, lo studio ha rilevato un nuovo approccio che sta iniziando a svilupparsi in molte comunità. Sempre più persone iniziano a riunirsi in gruppo, con la famiglia, spesso anche con l'aiuto della chiesa, con lo scopo di condividere la narrazione di traumi ed esperienze di violenza collettiva. Il racconto dei ricordi, degli eventi, dei sentimenti e delle paure rende più facile agli ex combattenti affrontare le loro sofferenze e reintegrarsi nella loro società.

Grazie alla ricerca condotta da Schauer et al. (2017), è stato possibile evidenziare come il processo di reintegrazione delle vittime di guerra possa di conseguenza andare a beneficio dell'intera comunità, in quanto il cosiddetto "ciclo della violenza" (Schauer et al., 2017) verrebbe evitato e i carnefici verrebbero reinseriti nella comunità senza essere stigmatizzati come in precedenza. Quando lo scetticismo è troppo radicato per essere superato, diventa prioritario trovare la soluzione migliore per aiutare le vittime della guerra; pertanto, questo studio vuole risolvere il problema dell'applicabilità dei diversi metodi di intervento. Nel corso della ricerca, è stato dimostrato che la presenza di molte terapie psicosociali basate solo sulla narrazione può essere una valida soluzione, in quanto non richiedono l'intervento di terapie psicosociali o farmacologiche che possono essere malviste dalle comunità. Questo studio, grazie alle ricerche condotte dalla ONG VIVO che opera in Uganda, ha dimostrato come l'utilizzo di terapie come la Narrative Exposure Therapy (NET) possa costituire un aiuto essenziale per le vittime di traumi legati alla guerra: la narrazione dei traumi e delle esperienze condivise, come dimostrato, può davvero

portare ad una effettiva diminuzione dei disturbi mentali della vittima. Nonostante i risultati ottenuti da questo studio abbiano dimostrato l'efficacia di modalità e approcci diversi e diversificati, l'obiettivo principale è stato quello di difendere il notevole contributo che l'EMDR ha portato all'assistenza delle vittime di guerre e conflitti. L'EMDR, essendo oggi considerata la terapia più adatta per i pazienti affetti da PTSD, depressione e disturbi legati a traumi, può costituire una valida modalità per aiutare le vittime di conflitti e guerre una volta terminata la loro esperienza tra le forze ribelli. L'applicabilità dell'EMDR nel caso specifico degli ex combattenti del Lord's Resistance Army rende lo studio affidabile nel suo scopo di difendere l'efficacia di questo approccio per assistere le vittime di ogni tipo di guerra. Tuttavia, lo studio mostra anche la possibile sfida che può presentare l'utilizzo dell'EMDR con questo target della popolazione; molte ricerche hanno evidenziato le difficoltà che si possono incontrare durante sessioni EMDR con la popolazione non occidentale. Le raccomandazioni che questo studio offre si basano principalmente sulla necessità di scegliere una lingua condivisa tra paziente e terapeuta, in quanto il bisogno di una traduzione può influenzare il significato generale della narrazione della vittima e dell'intera sessione.

Un altro punto critico da tenere a mente quando si usa l'EMDR con popolazioni non occidentali è il background culturale del paziente; questo aspetto è senza dubbio una questione da considerare, poiché il paziente può temere la reazione della propria comunità. Anche gli stereotipi e i pregiudizi possono influenzare l'intero processo; pertanto, la raccomandazione è di tenere a mente i potenziali rischi e le difficoltà che si possono incontrare quando si utilizza un approccio psicoterapeutico come l'EMDR. Nonostante la letteratura sull'EMDR sia ancora inadeguata, il numero crescente di studi e ricerche sull'efficacia della terapia permette oggi di avere una visione più ampia dei numerosi benefici che l'EMDR ha portato nel campo del supporto psicosociale.

Silvia Pontoglio, *Learn More SRLS*.

Bibliografia

- Acarturk C. et al., (2015), *EMDR for Syrian refugees with posttraumatic stress disorder symptoms: results of a pilot randomized controlled trial*, "European Journal of Psychotraumatology", 6:27414, pp. 1-9.
- Allen T. e Schomerus M. (2006), *A hard homecoming: lessons learned from the reception center process on effective interventions for former 'abductees' in Northern Uganda*, USAID/UNICEF, Kampala.
- Baines E. e Ojok B. (2008), *Complicating victims and perpetrators in Uganda: on Dominic Ongwen*, JRP Field Note 7, pp.1-19.
- Betancourt T. S. et al. (2010), *Sierra Leone's former child soldiers: a longitudinal study of risk, protective factors and mental health*, "J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry", 49, pp. 606-15.
- Bisson J.I. et al. (2013), *Psychological therapies for chronic post-traumatic stress disorder (PTSD) in adults*, "The Cochrane Database of Systematic Reviews", 13, 12.

- Bouris E. (2007), *Complex Political Victims*, Kumarian Press.
- Brady K.T. et al. (2000), *Comorbidity of psychiatric disorders and post-traumatic stress disorder*, "The Journal of Clinical Psychiatry", 61, 7, pp. 22-3.
- Castelli Gattinara P. e Pallini S. (2017), *The use of EMDR with refugees and asylum seekers: a review of research studies*, "Clinical Neuropsychiatry", 14, 5, pp. 341-344.
- Corbin J.N. (2008), *Returning Home: Resettlement of Formerly Abducted Children in Northern Uganda*, "Disaster", 32, 2, pp. 316-336.
- Crumlish N. e O'Rourke K. (2010), *A systematic review of treatments for posttraumatic stress disorder among refugees and asylum seekers*, "The Journal of Nervous and Mental Disease", 198, 4, pp. 237-251.
- Dyregrov A. (2002), *Katastrofpsykologi (Psychology of disasters)*, Studentlitteratur, Lund, Sweden.
- EMDR official website, <https://emdr.it>
- Fairweather A. e Garcia M. (2007), *Defining a new age of veteran care*, Primer for understanding Iraq and Afghanistan veterans, https://www.socialworkweb.com/nasw/choose/details.cfm?course_number=1274.
- Gonzalez A., Del Rio-Casanova L. e Justo-Alonso A. (2017), *Integrating neurobiology of emotion regulation and trauma therapy: reflections on EMDR therapy*, "Reviews in the Neurosciences", 28, 4, pp. 431-440.
- Herman J.L. (2003), *Trauma and Recovery*, Basic Books, New York.
- Human Rights Watch (2003), *Uganda: child abductions skyrocket in North*, <https://www.hrw.org/news/2003/03/28/uganda-child-abductions-skyrocket-north>
- Inter-Agency Standing Committee (IASC) (2007), *IASC guidelines on mental health and psychosocial support in emergency settings*, https://www.who.int/mental_health/emergencies/9781424334445/en/
- International Organization for Migration (IOM) (2015), *Health care and psychosocial support for former combatants and families*, Migration Health Division, Information Sheet Series.
- Invisible Children (2019), <https://invisiblechildren.com/>
- Jayatunge R.M. (2013), *Psychosocial rehabilitation of the war affected Sri Lankan combat veterans*, "Colombo Telegraph", <https://www.colombotelegraph.com/index.php/psychosocial-rehabilitation-of-the-war-affected-sri-lankan-combat-veterans/>
- Kelly J.T.D., Branham L. e Decker M.R., (2016), *Abducted children and youth in Lord's Resistance Army in Northeastern Democratic Republic of the Congo (DRC): mechanism of indoctrination and control*, "BioMed Central, Conflict and Health", 10, 11, pp. 1-11.
- Kohrt B. A. et al. (2008), *Comparison of mental health between former child soldiers and children never conscripted by armed groups in Nepal*, "Journal of American Medical Association", 300, 6, pp.1-24.
- LRA Crisis Tracker (2015), *The state of the LRA in 2015: 8 key trends in LRA activity*,

- The Fletcher School, Tufts University.
- Maxfield L. (2008), *EMDR treatment of recent events and community disasters*, "Journal of EMDR Practice and Research", 2, pp. 74-78.
- Okiror S. (2018), *Abducted at nine to be a girl soldier for Kony: 'Now people call me a killer'*, "The Guardian", <https://www.theguardian.com/global-development/2018/jan/08/abducted-girl-soldier-joseph-kony-lra-lords-resistance-army-uganda>,
- Schauer E. et al. (2007), *Building a national framework for the psychosocial rehabilitation & reintegration of ex-combatants in Rwanda*, Report for Discussion at the National Psychosocial Conference, Kigali, June 2007.
- Schauer M., Neuner F., Elbert T., (2017), *Narrative Exposure Therapy for children and adolescents (KIDNET)*. In M.A. Landolt, M. Cloitre e U. Schnyder (eds), *Evidence-based treatments for trauma related disorders in children and adolescents*, Springer International Publishing.
- Schomerus M. (2007), *The Lord's Resistance Army in Sudan: a history and overview*, *Small Arms Survey*, "Graduate Institute of International Studies", Article 8, pp. 1-59.
- Shapiro F. (2001), *Eye Movement Desensitization and Reprocessing: basic principles, protocols, and procedure (2nd edition)*, Guilford Press, New York.
- Shapiro F. (2014), *EMDR therapy humanitarian assistance programs: Treating the psychological, physical, and societal effects of adverse experiences worldwide*, "Journal of EMDR Practice and Research", 8, pp. 181-186.
- Specht I. e Attree L. (2006), *The reintegration of teenage girls and young women*, *Intervention: International Journal of Mental Health*, "Psychosocial Work & Counselling in Areas of Armed Conflict", 4, 3, pp. 219-228.
- Summerfield D. (1999), *A critique of seven assumptions behind psychological trauma programmes in war-affected area*, "Social Science & Medicine", 48, pp. 1449-1462.
- Sykinioti S. (2018), *The effectiveness of eye movement desensitization and reprocessing with refugees experiencing symptoms of post-traumatic stress disorder*, "European Journal of Trauma & Dissociation", 3, pp. 49-55.
- Tofani R. L. e Wheeler K., (2011), *The recent-traumatic episode protocol: outcome evaluation and analysis of three case studies*, "Journal of EMDR Practice and Research", 5, 3, pp. 95-110.
- UNHCR, (2012), *UNHCR closes chapter on Uganda's internally displaced people*, UNHCR Briefing Notes, <https://www.unhcr.org/news/briefing/2012/1/4f06e2a79/unhcr-closes-chapter-ugandas-internally-displaced-people.html>.
- Valiente-Gómez A. et al. (2017), *EMDR beyond PTSD: a systematic literature review*, "Frontiers in Psychology", 8, Article 1668, pp. 1-10.
- Van Acker F. (2004), *Uganda and the Lord's Resistance Army: the new order no one ordered*, "African Affairs", 103, 412, pp. 335-357.
- World Health Organization. Division of Mental Health & WHO Initiative of Support to People Disabled by Mental Illness (1996), *Psychosocial rehabili-*

- tation: a consensus statement*, World Health Organization, Geneva.
- Yehuda R. et al. (1993), *Glucocorticoid receptor number and cortisol excretion in mood, anxiety, and psychotic disorders*, "Biological Psychiatry", 34, pp. 18-25.
- Yurtsever A. et al. (2018), *An Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) group intervention for Syrian Refugees with post-traumatic stress symptoms: results of a randomized controlled trial*, "Frontiers in psychology", 9, Article 493, pp. 1-8.

Emergenza rientro a scuola. Un'esperienza all'interno della scuola elementare di Cagliari "Giovanni Lilliu": l'equipe psicopedagogica accompagna bambini insegnanti e famiglie nella ripresa della nuova "normalità" di vita quotidiana (prima parte)

Riassunto

In questo articolo le autrici si propongono di descrivere l'esperienza sul campo relativa all'attività di supporto psicopedagogico all'interno del Progetto Iscol@ finanziato dalla Regione Sardegna. Nello specifico illustrano la proposta metodologica e la modalità operativa utilizzata nel lavoro con i bambini, con gli insegnanti e con le famiglie secondo un modello psicoeducativo integrato per favorire una normalità di vita all'interno dell'emergenza comunitaria ancora in corso.

Si propongono inoltre di descrivere il lavoro di analisi dei bisogni all'interno della realtà scolastica, che deve integrarsi con l'analisi dei bisogni delle famiglie. Questo primo aspetto è l'elemento fondamentale per la pianificazione dell'intervento, strumento essenziale per promuovere un efficace lavoro di squadra che consenta a tutti gli attori coinvolti, adulti e bambini, di valorizzare le proprie risorse all'interno del proprio contesto di vita. Le autrici si ispirano alle teorie più recenti sullo sviluppo del cervello, sul cervello che impara e sul benessere inteso come vissuto concreto di piacevolezza che veicola ogni apprendimento, quali presupposti teorici applicati negli interventi operativi a scuola. Descrivono le diverse fasi organizzative e operative del servizio offerto, il ruolo dell'equipe psicopedagogica e l'efficacia del lavoro di squadra con bambini insegnanti e famiglie. Evidenziano con esperienze pratiche e modelli di intervento come sia possibile costruire e realizzare, ancor di più in questi tempi di "forzato distanziamento", un supporto adeguato per insegnanti, alunni e genitori. Soprattutto in questa fase di difficoltà e incertezze l'equipe psicopedagogica rappresenta una risorsa per la scuola e un elemento di unione all'interno della classe per affrontare con serenità le distanze e le separazioni.

Parole chiave: emergenza, rientro a scuola, ascolto, accoglienza, supporto psicopedagogico, lavoro di squadra, narrazione, connessioni, alleanza educativa, benessere, appartenenza.

Abstract

In this article, the authors aim at describing the field experience relating to the psycho-pedagogical support activity of the Iscol@ Project funded by the Sardinian Regional Government. Specifically, they illustrate the methodology and the operating mode used in working with children, teachers and families, following an integrated psychoeducational model which helps establish normal life during the ongoing community emergency. They also propose to describe need analysis within the school environment, which must be integrated with the analysis of the needs of families. This first aspect is a fundamental element for planning the intervention, an essential tool for promoting effective teamwork that allows all the people involved, adults and children, to enhance their resources within their own life context. The authors are inspired by the most recent theories on brain development, on the brain that learns and on well-being understood as a lived experience of pleasure that conveys all learning. These theoretical assumptions were implemented in operational actions at school. They describe the different organizational and operational phases of the service offered, the role of the psycho-pedagogical team and the effectiveness of teamwork with children, teachers, and families. With practical experiences and intervention models, they show how it is possible to build and implement adequate support for teachers, pupils, and parents especially in these times of "forced distancing". Even more so in this period of difficulty and uncertainty, the psycho-pedagogical team represents a resource for the school and an element of unity within the class to help face distancing and separation quietly.

Key words: emergency, back to school, attention, reception, psycho-pedagogical support, teamwork, storytelling, connections, educational alliance, well-being, belonging.

Secondo il modello psicoeducativo integrato che ci accompagna da molti anni nel nostro lavoro, tutti noi, adulti e bambini, impariamo ogni giorno. Siamo costruiti per imparare e impariamo attraverso l'esperienza, quale che sia. L'uomo, da quando è apparso sul pianeta Terra, ha costruito la realtà confrontandosi con problemi da risolvere; è così che si è determinata e si determina l'evoluzione dell'uomo e della società in cui viviamo.

Ognuno di noi è diverso dagli altri e questa diversità costituisce una risorsa, perché punti di vista diversi costituiscono una forza che permette di affrontare le sfide della vita.

L'inserimento scolastico post-Covid dei bambini è una grande sfida. Per molti di loro sarà come entrare a scuola per la prima volta, come se il coronavirus avesse cancellato tutto e loro dovessero iniziare da capo. Come aiutarli in questa difficile fase?

L'intento di questo lavoro, attraverso la narrazione dell'esperienza "sul campo", è quello di creare delle connessioni tra le persone coinvolte nella vita quotidiana familiare e scolastica dei bambini, attraverso un'alleanza educativa tra scuola e famiglia che promuova un benessere in ognuno, a vantaggio del benessere del gruppo di appartenenza.

Introduzione

Il presente lavoro nasce dall'esperienza dell'equipe psicopedagogica all'interno del progetto Iscol@ finanziato dalla Regione Sardegna, che offre alle scuole e alle famiglie un servizio di supporto psicopedagogico durante il percorso scolastico in corso.

Il rientro a scuola dopo il periodo appena trascorso rappresenta un'opportunità importante per genitori e insegnanti, nell'ottica di un consolidamento dell'alleanza educativa tra scuola e famiglia, e vuole essere di supporto ai bambini in questo delicato momento. Si pone la necessità di considerare come le esperienze che i bambini hanno vissuto negli ultimi mesi li hanno condizionati e quale impatto questo può avere avuto sul loro inserimento a scuola. Ascoltando e accogliendo i diversi vissuti, lasciando uno spazio all'espressione delle diverse realtà, consentiamo ai bambini di rinforzare i legami con i pari attraverso la condivisione. A causa della situazione di crisi, la maggior parte delle famiglie ha subito cambiamenti significativi, non pianificati e improvvisi, come l'interruzione della frequenza scolastica, delle attività sportive e sociali, e dei rapporti con parenti e amici.

È probabile che l'esperienza di interruzione delle relazioni sia stata vissuta come una perdita. Tuttavia ci sono stati genitori e insegnanti che, nonostante il difficile periodo, sono riusciti a proteggere i bambini, aiutandoli a vivere positivamente il momento, rinforzando i legami affettivi attraverso una convivenza che ha imposto nuovi ritmi e una rivalutazione di valori etici alla base del benessere degli individui. Sono stati valorizzati gli aspetti positivi (avere tempo di stare insieme, cucinare, leggere, disegnare ecc.) attraverso una nuova pianificazione della giornata per consentire a bambini e adulti di mantenere una routine funzionale al momento. Ciò che ha consentito ai bambini di

non vivere drammaticamente questo periodo è stato lo sguardo degli adulti di riferimento che, attraverso il dialogo, hanno permesso di integrare le esperienze presenti potenziando le capacità di adattamento dei bambini.

Il nostro lavoro, nella realtà della scuola primaria in cui lavoriamo, è centrato sulla valorizzazione e il potenziamento delle capacità di apprendimento e di adattamento di ogni individuo, le quali hanno consentito e consentono di risolvere i problemi che la vita ci pone. Vivere il presente in quest'ottica aiuta i bambini e gli adulti a sviluppare la resilienza e a trovare il piacere di vivere l'esperienza come momento di apprendimento, imparando ad ascoltare e ad ascoltarsi.

Metodo e procedure

Con il presente articolo vogliamo “narrare” alcuni aspetti significativi emersi nel lavoro svolto a scuola durante l'emergenza Covid-19, ancora presente, e ritenuti rilevanti per la costruzione di un modello d'intervento coerente, efficace e replicabile nell'operatività all'interno delle attività didattiche in corso. Il lavoro si è articolato nelle seguenti fasi:

1. individuazione dei bisogni dei bambini e delle famiglie;
2. realizzazione di materiale informativo, formativo e divulgativo al fine di pianificare e fornire risposte adeguate e interventi di supporto mirati ed efficaci a insegnanti e genitori;
3. programmazione e realizzazione del lavoro in classe in base alle richieste degli insegnanti;
4. proposta e attuazione del progetto psicopedagogico “Impariamo ad ascoltare e ad ascoltarci”;
5. raccolta dei materiali prodotti.

I bisogni dei bambini e delle famiglie

L'emergenza che stiamo vivendo ci ha dato la possibilità di utilizzare le risorse per vivere in un clima di fiducia e protezione, nonostante i limiti imposti dal distanziamento sociale che ci impedisce di vivere appieno le nostre relazioni fatte anche di contatto fisico, di abbracci e di coccole, in una dinamica di reciprocità e di “significato prezioso” sia per i bambini che per gli adulti.

Trovare nuove modalità per stare bene insieme, limitando al massimo il contatto fisico, è una sfida per tutti noi, che insieme possiamo affrontare efficacemente, “aiutando e aiutandoci”, fornendo ai bambini spiegazioni e suggerimenti per trovare alternative concrete nelle attività della vita quotidiana.

Un'emergenza, in generale, è la rottura di un equilibrio, e fa nascere in noi il bisogno di ristabilire una routine quotidiana per sentirci di nuovo protetti e non aver timore del futuro, percepito come incerto nel caos dell'emergenza.



La *famiglia* e la *scuola* hanno un ruolo fondamentale, sono una risorsa per ritrovare un equilibrio nel caos di questa situazione. La sveglia che suona, la colazione, lo zaino da preparare e le lezioni da seguire restituiscono un ritmo alla vita degli studenti, ma anche alla nostra, riavvicinandoci a una sorta di “normalità”. Insegnanti e genitori hanno così il ruolo di far sentire che la vita riprende; i bambini e i ragazzi sentono che la loro giornata e la loro quotidianità possono effettivamente riprendere.

Il bisogno di attenzione, ascolto e comprensione emerge anche da alcuni episodi verificatisi nel periodo di didattica a distanza. Abbiamo notato che gli insegnanti che davano spazio ai bambini - con attività di scambio di pensieri ed emozioni - hanno portato avanti la didattica in maniera più serena e facile. Anche a casa, è importante aiutare i bambini nella narrazione, con la possibilità di esprimere le proprie emozioni e condividere con i genitori questa “nuova” situazione di vita.

Il bisogno di appartenenza, di sentirsi parte di un gruppo, di una scuola, di un paese così come del mondo, ci aiuta a comprendere quanto sia preziosa l'interconnessione e l'interdipendenza tra tutti noi, a diversi livelli.

È bene trovare modi originali e creativi per dare ai bambini un senso di appartenenza e connessione con la scuola; se c'è questo, è possibile separarsi bene e vivere bene anche la nuova scuola, fatta pure di didattica a distanza.

Il bisogno di fiducia e rassicurazione che in questo periodo tutti noi abbiamo passa attraverso il compito per gli adulti di ridare e ridarsi fiducia mostrando i successi raggiunti in questa situazione. Le nuove regole a cui siamo soggetti necessitano di essere interiorizzate e rispettate.

Far sperimentare ai bambini delle situazioni concrete in cui imparano semplicemente e in modo chiaro dai piccoli gesti e dalle piccole azioni della vita quotidiana scolastica, familiare e sociale, permette loro di comprendere la nuova situazione di vita che stiamo vivendo, con le nuove regole, in modo attivo e con una percezione di autoefficacia che li rende anche sicuri, capaci e autonomi.

In un momento come questo è fondamentale accogliere e soddisfare il bisogno di esprimere e condividere le emozioni e i pensieri, sia per gli adulti sia per i bambini. Raccontare il nostro vissuto di adulti ci aiuta a comprendere insieme come queste regole possano farci stare più sicuri. Condividere le emozioni e i pensieri ci farà sentire tutti parte di una responsabilità comune e quindi attivi di fronte a questo pericolo; così facendo, il rispetto delle regole passerà da una sensazione di passività al rendersi utili per uscire da questo status emergenziale.

La narrazione dell'esperienza quale strumento elettivo di resilienza

L'esperienza di cambiamenti improvvisi o inaspettati può essere difficile da affrontare. Potrebbe anche minare la capacità di un bambino di impegnarsi e imparare dal mondo circostante. Ricominciare a fare esperienza di una routine regolare e coerente può essere d'aiuto per controbilanciare il senso di imprevedibilità. Può inoltre sostenere il crescente senso di padronanza del

bambino su se stesso e il suo ambiente. La narrazione, da sempre usata dall'essere umano, è uno strumento importante di interpretazione della realtà per interagire con il mondo sociale nel quale noi essere umani viviamo. È dunque un modo per comprendere ciò che ci circonda e trasmetterlo agli altri.

La narrazione è lo strumento principe che, oltre a favorire lo sviluppo delle funzioni linguistico-cognitive, ha anche un'altra straordinaria funzione: i racconti possono aiutare i bambini a condividere e dare un nome alle emozioni vissute, costruire un vocabolario per parlare delle proprie esperienze e illustrare i diversi modi in cui le persone reagiscono alle avversità, e possono rappresentare un'ottima occasione per genitori e figli, per insegnanti e alunni per imparare dalle esperienze di vita altrui. La comunicazione tra scuola e famiglia sarà il ponte per creare un contesto positivo per il bambino e di supporto per la sua quotidianità a scuola.

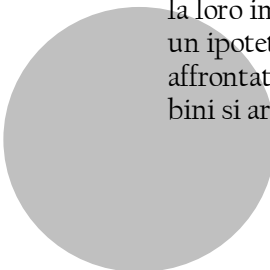
Moduli operativi

È stato attivato uno sportello d'ascolto per genitori, in modalità individuale e di gruppo, che ha accompagnato le attività scolastiche a partire dal mese di ottobre 2020. Si è creato uno spazio di ascolto volto a valorizzare le risorse delle famiglie per affrontare e gestire le difficoltà della vita quotidiana. Sono state trattate tematiche di interesse comune, condivise ed espresse dai genitori. Il coinvolgimento in prima persona ha favorito la condivisione dei diversi vissuti e insieme è stato possibile trovare le strategie per "recupere e ricostruire" il benessere di tutta la famiglia. Nel lavoro con il gruppo, alla fine di ogni incontro i genitori sono stati invitati a scrivere due parole significative dell'esperienza condivisa quel giorno e a scegliere due immagini che per loro simboleggiassero quell'incontro. Una mamma ha avuto l'incarico di trascrivere in sintesi i contenuti del lavoro, per condividere l'esperienza fatta anche con i genitori assenti. Un'altra mamma ha preso l'impegno di creare un file per ogni incontro, con la raccolta delle parole significative e delle immagini da loro scelte.

In questo modo abbiamo costruito un ponte di comunicazione tra scuola e famiglia, rinnovando e potenziando l'alleanza educativa finalizzata alla promozione del benessere dei figli a scuola.

Contemporaneamente al lavoro con le famiglie abbiamo proposto in alcune classi il progetto "Impariamo ad ascoltare e ad ascoltarci" con l'obiettivo di creare lo stesso spazio di ascolto e di condivisione delle esperienze vissute dai bambini attraverso la narrazione.

In classe i bambini hanno a disposizione una scheda (Allegato 1) con alcune domande guida, che ha l'obiettivo di far esprimere i loro vissuti e stimolare la loro immaginazione attraverso la costruzione un elaborato in cui spiegano a un ipotetico bambino che non ha vissuto la stessa esperienza come loro hanno affrontato il lockdown e che cosa gli suggeriscono di fare. Il lavoro con i bambini si articola nelle tre fasi seguenti.



- *Prima fase: condivisione del lavoro con i docenti e programmazione degli incontri.*
- *Seconda fase: presentazione del lavoro in classe e supporto durante l'esecuzione.* Qui i bambini sono invitati a riflettere, pensare ed esprimere il proprio immaginario. Il nostro ruolo in questa fase è quello di favorire nei bambini la creazione di uno spazio di silenzio e ascolto, per poter accedere al proprio mondo interiore di pensieri, emozioni e ricordi legati a questa esperienza e poterla poi narrare. Il lavoro operativo con i bambini si articolerà in vari incontri, nei quali i bambini ogni volta saranno invitati a riprendere il lavoro, rivedendo quanto fatto precedentemente, e saranno stimolati ad approfondire la narrazione. Al termine di questo momento dedicato alla scrittura, i bambini proseguiranno la narrazione della loro esperienza attraverso il disegno libero, in cui si potranno esprimere con una diversa forma. Contemporaneamente, ai bambini verrà fornita una scheda da portare a casa (Allegato 2) e con cui intervistare i genitori chiedendo loro: come hanno vissuto questo periodo; quali sono le cose che gli sono piaciute; che cosa hanno imparato; che cosa suggeriscono ai genitori di quel bambino ipotetico, che non hanno avuto la stessa esperienza. Inoltre alle maestre verrà fornita una scheda (Allegato 3), nella quale anche loro dovranno raccontare la propria esperienza ad altre maestre ipotetiche che non hanno vissuto la stessa situazione, dando loro suggerimenti perchè possano lavorare al meglio con i bambini.
- *Terza fase: conclusione del lavoro.* Al termine della fase operativa, nel mese di dicembre, verrà costruito un cartellone che conterrà i disegni dei bambini e una selezione di frasi significative con suggerimenti per affrontare al meglio le situazioni inaspettate che possiamo incontrare.

Conclusioni

Dalla nostra esperienza possiamo concludere che un contesto di relazioni positive e accoglienti è ciò che ci permette di usare le risorse di adattamento che tutti noi possediamo. L'esperienza che stiamo vivendo ci consente di rinforzare e potenziare queste nostre capacità e di educare i bambini a imparare anche dalle situazioni più critiche. Abbiamo potuto constatare come la presenza attenta degli adulti, in particolare dei genitori e degli insegnanti, sia fondamentale per accompagnare e sostenere i bambini. Abbiamo visto che una comunicazione chiara, continua e attualizzata, che tiene conto di tutti i cambiamenti del vivere quotidiano e che via via li integra, aiuta i bambini e gli adulti a vivere con fiducia e serenità la realtà di questo momento. Questo tipo di comunicazione e relazione può infatti favorire un senso di prevedibilità e sicurezza e contrastare i sentimenti di incertezza. Abbiamo cercato creato e trovato diversi spazi di dialogo per potenziare la resilienza di tutti i soggetti coinvolti in questo lavoro. Nella seconda parte della nostra relazione sarà illustrata la conclusione del progetto, prevista per il mese di dicembre, e sarà possibile mostrare alcuni esempi di elaborati prodotti durante il lavoro.

Ersilia Cossu, Silvia Betzu, Psicologi per i Popoli – Sardegna.

Bibliografia

- AA.VV. (2020), *Psicologi ed emergenza sanitaria*, <https://www.psy.it/gli-psicologi-sul-coronavirus>
- Antonietti A. (2011), *La creatività si impara*, “Psicologia e Scuola”, 16.
- Bacus A. (2018), *100 modi per farsi ascoltare senza urlare né minacciare. Le strategie e le parole che funzionano anche con i bambini più oppositivi*, Edizioni RED, Milano.
- Bauman Z. (1999), *Modernità liquida*, Laterza, Bari.
- Bellini P.P. (2012), *La relazione come forma di apprendimento. Cooperative learning e teoria relazionale: come e perché insieme si impara (meglio)*, Rubbettino Editore, Soveria Mannelli (CZ).
- Bellini P.P. (2018), *Autorevolezza. La sfida della relazione educativa*, Franco Angeli, Milano.
- Cozolino L. (2008), *Il cervello sociale*, Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Cutler H. e Gyatso T. (2003), *Dalai Lama. L'arte della felicità sul lavoro*, Oscar Mondadori, Milano.
- Deery N. (2019), *Tutte le frasi da non dire mai!* Edizioni RED, Milano.
- Goleman D. (2011), *Intelligenza emotiva. Che cos'è e perché può renderci felici*, BUR, Milano.
- LeDoux J. (1996), *Il cervello emotivo. Alle origini delle emozioni*, Baldini+Castoldi, Milano.
- Moè A. (2012), *Motivarsi e motivare*, “Psicologia e scuola”, 22.
- Moè A. (2019), *Il piacere di imparare e di insegnare*, Mondadori, Milano.
- Morin E. (2020), *Cambiamo strada. Le 15 lezioni del coronavirus*, Raffaello Cortina, Milano.
- Motta D.R., Ciurana E.R. e Morin E. (2018), *Educare per l'era planetaria. Il pensiero complesso come metodo di apprendimento*, Armando, Roma.
- Novara D. (2018), *Cambiare la scuola si può. Un nuovo metodo per insegnanti e genitori, per un'educazione finalmente efficace*, BUR, Milano.
- Oliviero A. (2017), *Il cervello che impara*, Giunti, Firenze.
- Philips A. (1999), *I no che aiutano a crescere*, Feltrinelli, Milano.
- Piatti L. e Terzi A. (2008), *Emozioni in gioco., Carte per educare alle competenze emotive*, La Meridiana, Molfetta (BA).
- Rossi S. (2014), *Tutti per uno uno per tutti. Il potere formativo della collaborazione*, La Meridiana, Molfetta (BA).
- Rossi S. (2018), *Didattica cooperativa e classi difficili*, Pearson, Torino.

- Siegel D.J. (2013), *La mente relazionale. Neurobiologia dell'esperienza interpersonale*, Raffaello Cortina,
- Sigel D. e Hartizel M. (2003), *Errori da non ripetere. Come la conoscenza della propria storia aiuta a essere genitori*, Raffaello Cortina, Milano.
- Vopel K.W. (2000), *Bambini senza stress. Vol. 2: Nel magico paese della fantasia*, Elledici, Torino.

