



NUOVO CORONAVIRUS E RESILIENZA

Strategie contro un nemico invisibile

A cura di Luciano Peirone

Prefazione di Santo Di Nuovo
Presentazione di Luciano Peirone



Nuovo coronavirus e resilienza

Strategie contro un nemico invisibile

a cura di
Luciano Peirone

Prefazione di
Santo Di Nuovo

Presentazione di
Luciano Peirone



ANTHROPOS

Salute-Cultura-Psicologia
Health-Culture-Psychology

Titolo

Nuovo coronavirus e resilienza. Strategie contro un nemico invisibile

Curatore

Luciano Peirone

Impaginazione

#acapoagency

Copertina

#acapoagency

Copyright © 2020 Anthropos (Salute-Cultura-Psicologia / Health-Culture-Psychology). Realizzata nello spirito del volontariato e della filantropia, l'opera, considerando la sua natura scientifica e al fine di massimizzarne la libera disseminazione, risulta di natura **non commerciale**, per cui **no profit (per il curatore, i collaboratori, l'editore) nonché open access**.

ISBN: 978-88-945593-0-9

Prima edizione: Ottobre 2020

Anthropos

Salute-Cultura-Psicologia

Health-Culture-Psychology

Torino, Italy

nuovocoronavirus-ebook.com

anthropos.salus@gmail.com

Indice

Santo Di Nuovo, *Prefazione: dall'emergenza alla resilienza*

Luciano Peirone, *Presentazione: il bisogno di comprendere e arginare una pandemia*

Sezione psicologica

Mario Fulcheri, *Complessità e pandemia: la dimensione psicologico-clinica*

Santo Di Nuovo, *La gestione del tempo in tempo di epidemia*

Caterina Arcidiacono, *L'amico con la corona. Il potere dirompente di legami e speranza*

Luciano Peirone, *Un nemico venuto dal nulla: riflessioni psicopatologiche e psicoanalitiche sull'Invisibile-Intangibile*

Carlo Cristini, *L'anziano e le sue paure nel tempo della pandemia*

Maria Rita Parsi, *“Ho una casa piena di squali”. La condizione dei minori a rischio nelle famiglie disfunzionali alla luce del Covid-19*

Serena Di Giandomenico, Daniela Marchetti, Lilybeth Fontanesi e Maria Cristina Verrocchio, *Impatto psicologico del lockdown sui genitori*

Antonino Giorgi, Martina Roverselli, Serena Pellicanò e Azra Hasani, *Una indagine del supporto sociale percepito a Brescia durante il lockdown da COVID-19*

Adolfo Di Crosta, Roberta Maiella, Pasquale La Malva, Rocco Palumbo e Alberto Di Domenico, *Ricadute psicosociali ed economiche dell'emergenza COVID-19*

Giorgio Enrico Maccaferri, *La pandemia CoViD-19. L'ascolto del personale sanitario in psichiatria di liaison: l'esperienza svizzera*

Laura Borgialli, *I lutti in pandemia: il dolore sordo in assenza di un rito*

Luciano Peirone e Elena Gerardi, *Il mostro che non si vede e non si tocca: la psiche fra realtà e immaginazione*

Luis de Rivera, *Autogenics y Psicoterapia Secuencial Integradora (PSI): una herramienta para superar las crisis emocionales. Aplicación en caso de pandemia / Autogenics e Psicoterapia Sequenziale Integrativa (PSI): uno strumento per superare le crisi emozionali. Applicazione in caso di pandemia*

Elena Gerardi e Luciano Peirone, *Resilienza anti-pandemia CoViD-19 e trattamento psicoterapeutico con il training autogeno*

Emma Giordano, *La centralità dell'intervento psicologico precoce e preventivo del trauma in emergenza Covid-19: interventi di stabilizzazione sensomotoria*

Daniela Gariglio, *Un continuum trasformativo "aggressività creatività benessere" nell'incontro-scontro con "l'ospite invasore": Arte-Scienza come tentativo di rigenerazione*

Giuseppe Luciano, *Il contributo della psichiatria alla prevenzione e cura dei disturbi mentali conseguenti all'emergenza sanitaria da CoViD-19 e ai provvedimenti adottati per affrontare la pandemia*

Maria Francesca Freda, *L'emergenza Covid-19 all'università: traiettorie dell'intervento psicologico tra continuità e discontinuità*

José Manuel Sánchez-Marqueses, Andrea García de Marina Martín-Mateos, Jesús Sanz, Noelia Morán, Silvia Berdullas, José Ramón Fernández-Hermida y María de la Paz García-Vera, *Respuesta de la psicología española ante la Covid-19 / Risposta della psicologia spagnola davanti alla Covid-19*

Luigi Di Giuseppe e Giorgia Lauro, *CoViD-19 e telepsicologia*

Anthony Scioli, *Why hope is a strategy in the age of Covid-19 / Perché la speranza è una strategia al tempo del Covid-19*

Sezione medico-sanitaria

Marino Bonasso, *SARS-CoV-2 e COVID-19: una storia nuova?*

Giancarlo Isaia e Enzo Medico, *L'ipovitaminosi D: possibile fattore di rischio dell'infezione da COVID-19*

Massimo Uberti, *Le cinque lezioni di CoViD-19 per la sanità pubblica. Quello che CoViD-19 ci insegna... o dovrebbe insegnarci*

Bruno Bertagna, *La malattia Covid-19 e la fragilità dei soggetti anziani*

Gianluca Isaia, *L'impatto dell'infezione da CoViD-19 sul sottile confine tra invecchiamento fisiologico e invecchiamento patologico*

Sezione sociale

Paola Lazzarini, *Sociologia delle grandi epidemie: come cambiano le abitudini e gli stili di vita*

Daniele Ciravegna, *Resilienza economica in presenza di pandemia: non sbagliare sui contenuti del bene comune*

Igor Graziato, *COVID-19: come comunicare durante un'emergenza sanitaria*

Sezione sicurezza del territorio

Pasquale Gioffrè, *L'emergenza Covid-19 vissuta e raccontata da un Prefetto*

Rosanna Lavezzaro, *Il problema dell'Ordine Pubblico nella surreale situazione pandemica*

Autori

Caterina Arcidiacono

Psicologa-analista IAAP. Professoressa Ordinaria di Psicologia di Comunità all'Università Federico II di Napoli. Già Presidente ECPA e SIPCO. Membro dello SC di psicologia di comunità dell'EFPA. Editor in chief di *La Camera Blu. International journal of gender studies* e codirettrice editoriale del *Journal of Community Psychology in Global Perspective*. È coordinatrice di svariati progetti di ricerca internazionali e nazionali. Autrice di numerose pubblicazioni scientifiche.

Silvia Berdullas

CEO del Consejo General de la Psicología de España (COP), Jefe de Redacción de la revista *Infocop* y profesora contratada doctora en el CES Cardenal Cisneros. Ha sido gerente del European Congress of Psychology (2005), el EAWOP Congress (2009) y el Congreso de la FIAP (2010) y ha trabajado en el Programa de atención psicológica para víctimas de tortura de la Cruz Roja española. Asimismo, es autora de numerosas publicaciones de divulgación científica.

Bruno Bertagna

Geriatra. Medico di Medicina Generale ASL Torino. Consigliere Nazionale SISMED (Società Italiana di Scienze Mediche).

Marino Bonasso

Medico specialista in Malattie Infettive. Dirigente medico presso l' Ospedale "Amedeo di Savoia" di Torino. Partecipazione a lavori scientifici, relazioni a convegni e simposi, docenze in corsi di formazione su argomenti infettivologici, in particolare infezione da HIV, epatopatie virali e patologie infettive nel paziente tossicodipendente.

Laura Borgialli

Psicologa Psicoterapeuta, libera professionista. Vicepresidente dell'associazione scientifico-culturale di coterapia Accordo e cofondatrice del Centro Bionomia di Moncalieri (TO), sede locale ICSAT (Italian Committee for the Study of Autogenic Training, Therapy and Psychotherapy).

Daniele Ciravegna

Professore Emerito di Economia all'Università di Torino. Già docente presso ESCP Europe - Business School di Parigi, Facultad de Ciencias Económicas de la Universidad Nacional de Córdoba (Argentina), Politecnico di Torino, Scuola di Applicazione dell'Esercito Italiano. Già Vicerettore dell'Università di Torino e Preside della Facoltà di Economia della stessa. Autore di numerose pubblicazioni scientifiche.

Carlo Cristini

Medico e Psicogerontologo. Professore Ordinario di Psicologia Dinamica all'Università di Brescia. Autore di numerose pubblicazioni scientifiche.

Adolfo Di Crosta

Phd Student in Business and Behavioural Sciences presso l'Università "G. d'Annunzio" di Chieti-Pescara. Autore di pubblicazioni scientifiche.

Alberto Di Domenico

Professore Associato di Psicologia Generale all'Università "G. d'Annunzio" di Chieti-Pescara. Autore di numerose pubblicazioni scientifiche.

Serena Di Giandomenico

Psicologa. Master II Livello in Assessment psicologico in ambito forense. Borsista di ricerca di Psicologia Clinica all'Università "G. d'Annunzio" di Chieti-Pescara.

Luigi Di Giuseppe

Psicologo Psicoterapeuta. Sessuologo. Già Professore a contratto all'Università "G. d'Annunzio" di Chieti-Pescara. Fondatore e Responsabile di Psiconline.it, dal 1999 primo sito di psicologia in Italia. Consigliere dell'Ordine degli Psicologi della Regione Abruzzo. Presidente SIPSIOL (Società Italiana di Psicologia On Line).

Santo Di Nuovo

Professore Ordinario di Psicologia all'Università di Catania. Presidente AIP (Associazione Italiana di Psicologia). Componente del Board "Geropsychology" dell'EFPA (European Federation of Psychological Associations). Autore di numerosi articoli e saggi sui metodi e le tecniche di valutazione e

intervento in diversi ambiti della psicologia, e sui fondamenti neuroscientifici delle funzioni cognitive e relazionali. Su questo tema ha pubblicato il volume *Prigionieri delle neuroscienze?* (Giunti Editore).

José Ramón Fernández-Hermida

Catedrático de Psicología de la Universidad de Oviedo y Especialista en Psicología Clínica. Es Coordinador del Máster de Psicología General Sanitaria y del Máster de Adicciones: una aproximación psicosocial, ambos de la Universidad de Oviedo. Miembro de la Academia Española de Psicología y de la Junta de Gobierno del Consejo General de la Psicología de España.

Lilybeth Fontanesi

Psicologa Psicoterapeuta, ricercatrice di Psicologia Clinica all'Università "G. d'Annunzio" di Chieti-Pescara. Autrice di numerose pubblicazioni scientifiche.

Maria Francesca Freda

Professoressa Ordinaria di Psicologia Clinica all'Università Federico II di Napoli. Coordinatrice della sezione per il Successo Formativo del Centro di Ateneo SInAPSi. Autrice di numerose pubblicazioni scientifiche.

Mario Fulcheri

Medico-Psichiatra-Psicoterapeuta e Analista Adleriano. Professore Ordinario f.r. di Psicologia Clinica e Presidente Emerito del Corso di Laurea Magistrale in Psicologia Clinica e della Salute dell'Università "G. d'Annunzio" di Chieti-Pescara. Pastcoordinatore Comitato Esecutivo Sezione di Psicologia Clinica e Dinamica AIP (Associazione Italiana di Psicologia). Vicepresidente della Società Italiana di Psicoterapia Medica. Autore di numerose pubblicazioni scientifiche.

Andrea García de Marina Martín-Mateos

Psicóloga General Sanitaria, especializada en psicología del trauma. Docente del diploma de Asistencia Psicológica Integral para Víctimas del Terrorismo. Curso en Intervención Psicológica en Desastres, organizado por la Unidad Militar de Emergencias del Ejército Español. Investigadora Predoctoral en la Facultad de Psicología de la Universidad Complutense de Madrid. Ponente y autora en diferentes conferencias y publicaciones a nivel nacional e internacional.

María de la Paz García-Vera

Full Professor of Clinical Psychology at the Department of Personality, Assessment, and Clinical Psychology of the Complutense University of Madrid (Spain). She is also Chair of the International Association of Applied Psychology (IAAP) Task Force on Terrorism and Peace Building. She is Member of the Spanish Academy of Psychology. She served as Head of the Spanish Ministry of Health and General Council of Spanish Psychologists' Colleges Psychological Care Hotline for People Affected by CoViD-19.

Daniela Gariglio

Psicologa Psicoterapeuta. Già Insegnante di Lettere e Docente in Specializzazioni Ministeriali per Discipline psicologico-psicoterapeutiche. Psicoanalista, Torino. Membro didatta SIM (Società Internazionale di Micropsicoanalisi) e IIM (Istituto Italiano di Micropsicoanalisi). Docente libero professionista IPM (Istituto di Psicoanalisi di Mosca, in collaborazione stabile IIM). Già ideatrice e direttrice delle collane *I Nuovi Tentativi* e, dal 2017, *Tracce di benessere ricombinate*. Autrice di numerose pubblicazioni in ambito scientifico-divulgativo.

Elena Gerardi

Psicologa Psicoterapeuta. Torino. Già Professoressa a Contratto di Psicologia Clinica e della Salute all'Università "G. d'Annunzio" di Chieti-Pescara. Membro di "Psicologi per i Popoli", Associazione di Volontariato convenzionata con il Dipartimento della Protezione Civile. Già Preside del Collegio Medico-Psicologico di UNITRE Torino. Ha tenuto centinaia di conferenze/lezioni, organizzando alcuni convegni scientifici. È autrice di numerose pubblicazioni scientifiche e divulgative.

Pasquale Gioffrè

Prefetto di Novara.

Emma Giordano

Psicologa Psicoterapeuta. Lavora presso ASL Città di Torino. Membro Gruppo Interservizi di Psicotraumatologia ASL Città di Torino. Già Consigliere Commissione Sanitaria OPP (Ordine Psicologi Piemonte). Presidente Commissione Tecnica Psicologi Comitato Zonale di Torino. Analista Transazionale e Gestalt. Terapeuta Sistemico-Relazionale. Formazione in Sensorimotor Therapy. Master Universitario Mindfulness Clinica.

Antonino Giorgi

Psicologo clinico e di comunità, psicoterapeuta ad indirizzo gruppoanalitico, svolge attività psicologica in ambito vittimologico e traumatologico. Presidente del Centro Vittimologico “Civico 54”, Brescia. Docente di Psicopatologia dei Contesti di Vita all’Università Cattolica del Sacro Cuore di Brescia. Membro ISC-SIC (International Society for Criminology). Si occupa di psicologia dei fenomeni mafiosi attraverso numerose ricerche-intervento, collaborando con molte istituzioni e organizzazioni pubbliche e private. Autore di numerose pubblicazioni scientifiche e divulgative.

Florenzia González Leone

Psicologa. Dottoressa di ricerca in Human Mind and Gender Studies all’Università degli Studi di Napoli Federico II. Docente di psicologia clinica presso ARES, Bagnoli (Napoli). Docente a contratto all’Università Telematica “Giustino Fortunato” di Benevento.

Igor Graziato

Psicologo del lavoro e Psicoterapeuta. Master in Cognitive Behavioural Hypnotherapy (Ipnosi Clinica Evidence Based). Torino. Già Vicepresidente di OPP (Ordine degli Psicologi del Piemonte).

Azra Hasani

Economista. Collabora con il Centro Vittimologico “Civico 54”, Brescia.

Giancarlo Isaia

Già Professore Ordinario di Medicina Interna e Geriatria presso l’Università degli Studi di Torino e Direttore della Scuola di Specializzazione in Geriatria dell’Università di Torino. Presidente dell’Accademia di Medicina di Torino. Presidente della Fondazione Osteoporosi ONLUS. Autore di numerose pubblicazioni scientifiche.

Gianluca Isaia

Geriatra. Dirigente Medico SCU Geriatria e Malattie Metaboliche dell’Osso. AOU Città della Salute e della Scienza, Presidio Molinette, Torino. Autore di numerose pubblicazioni scientifiche.

Pasquale La Malva

Phd Student in Earthquake and Environmental Hazards presso il Dipartimento di Scienze Psicologiche, della Salute e del Territorio dell'Università "G. d'Annunzio" di Chieti-Pescara. Autore di pubblicazioni scientifiche.

Giorgia Lauro

Psicologa clinica e Sessuologa. Collabora con l'Associazione PsicheHelp Onlus di Francavilla al Mare. Membro del Gruppo di Lavoro sulla Psicologia Online dell'Ordine degli Psicologi di Abruzzo. Socia ordinaria della Società Italiana di Psicologia Online (SIPSIOL).

Rosanna Lavezzaro

Questore della Provincia di Novara. Dal 1990 al 2016 è stata in forza presso la Questura di Torino dove ha ricoperto gli incarichi di Vice Dirigente del Commissariato Barriera Nizza, Vice Dirigente della DIGOS per 9 anni e Dirigente dell'Ufficio Immigrazione per oltre 12 anni. Nel 2015 è stata nominata Capo di Gabinetto del Questore di Torino dove è rimasta fino alla nomina di Questore di Vercelli nell'aprile del 2016.

Paola Lazzarini

Dottore di ricerca in Sociologia e Metodologia della Ricerca Sociale. È ricercatrice senior dell'associazione culturale InCreaSe. Giornalista pubblicitaria. Tra le pubblicazioni più recenti: *Verso un'economia della sostenibilità. Lo scenario e le sfide* (a cura di M. G. Lucia, P. Lazzarini e S. Duglio), FrancoAngeli, Milano, 2018.

Giuseppe Luciano

Medico specialista in Neuropatologia e Psichiatria e in Neuropsichiatria infantile. Già Primario negli ospedali psichiatrici di Torino e nei servizi territoriali di salute mentale. Già responsabile dell'Ufficio Riforma Psichiatrica della Regione Piemonte.

Giorgio Enrico Maccaferri

Medico, Psichiatra-Psicoterapeuta e Psichiatra di Liaison. Maître d'Enseignement et de Recherche (Docente titolare universitario), Faculté de Biologie et Médecine, Université de Lausanne, Suisse. Médecin adjoint, Centro Ospedaliero Universitario del Cantone Vaud (CHUV) e Docente presso

l'Istituto Universitario di Psicoterapia, CHUV. Direttore medico delle Unità di Psichiatria di liaison & Emergenza psichiatrica e Crisi, Settore Nord, CHUV. Direttore di una Cellule Psychologique CoViD in ambito ospedaliero. Autore di numerose pubblicazioni scientifiche.

Roberta Maiella

Phd Student in Earthquake and Environmental Hazards presso il Dipartimento di Scienze Psicologiche, della Salute e del Territorio dell'Università "G. d'Annunzio" di Chieti-Pescara. Autrice di pubblicazioni scientifiche.

Daniela Marchetti

Psicologa, ricercatrice di Psicologia Clinica all'Università "G. d'Annunzio" di Chieti-Pescara. Autrice di numerose pubblicazioni scientifiche.

Enzo Medico

Professore Ordinario di Istologia all'Università degli studi di Torino. Direttore del Laboratorio di Oncogenomica presso l'Istituto di Candiolo, FPO-IRCCS. Docente del Corso di Dottorato in Sistemi complessi per le Scienze della Vita, Università di Torino. Autore di numerose pubblicazioni scientifiche.

Noelia Morán

Profesora Asociada de la Universidad Complutense de Madrid. Docente en cursos de Psicología Aplicada para Emergencias y Desastres de la Catedra Extraordinaria Complutense "Comandante Sanchez Gey". Consultora en la Task Force on Terrorism de la International Association of Applied Psychology (IAAP). Vicepresidenta primera de la Sociedad Española para el avance de la Psicología Clínica y de la Salud (SEPCyS). Autora de publicaciones científicas en trauma y victimología.

Rocco Palumbo

Ricercatore di Psicologia Generale presso il Dipartimento di Scienze Psicologiche, della Salute e del Territorio dell'Università "G. d'Annunzio" di Chieti-Pescara. Autore di numerose pubblicazioni scientifiche.

Maria Rita Parsi

Psicopedagogista, Psicoterapeuta, Docente, Saggista e Scrittrice. Roma.

Componente dell'Osservatorio Nazionale per l'Infanzia e l'Adolescenza. Già membro del Comitato ONU sui diritti del fanciullo. Presidente della Fondazione Movimento Bambino ONLUS. Autrice di numerose pubblicazioni scientifiche, letterarie e divulgative.

Luciano Peirone

Psicologo Psicoterapeuta. Torino. Già Professore a Contratto all'Università "G. d'Annunzio" di Chieti-Pescara e all'Università di Brescia. Membro del Comitato Scientifico di FIAPA e SIPI. Socio di AIP (Associazione Italiana di Psicologia, Sezione Clinica e Dinamica) e APA (American Psychological Association). Già componente del Comitato Esecutivo Nazionale della Divisione di Psicologia Clinica della SIPs: in tale contesto, ideatore e co-autore della prima sistematica ricerca sugli psicologi clinici e psicoterapeuti in Italia. Socio di "Psicologi per i Popoli", Associazione di Volontariato convenzionata con il Dipartimento della Protezione Civile. Autore di numerose pubblicazioni scientifiche e divulgative.

Serena Angela Pellicanò

Psicologa. Esperta in Psicologia degli Interventi Clinici nei Contesti Sociali e in Psicologia mafiosa. Autrice di un lavoro su *Vittime di mafia, psicopatologia e sistemi di convivenza*: un single-case, focalizzato sulla storia di un testimone di giustizia e sui sistemi di convivenza della 'Ndrangheta'. Collabora con il Centro Vittimologico "Civico 54", Brescia. Interessata alla vittimologia e all'intervento vittimologico-clinico attraverso il dispositivo gruppale.

Luis de Rivera

Doctor en Medicina, Especialista en Medicina Interna y en Psiquiatría. Psicoterapeuta. Psicoanalista. Antiguo catedrático en: McMaster University, Hamilton, Canadá; Universidad de La Laguna, Canarias; Universidad Autónoma, Madrid. Presidente ICAT (Comité Internacional de Terapia Autogénica) e ISATAP (Sociedad Internacional de Entrenamiento y Psicoterapia Autógena). Autor de numerosas publicaciones científicas.

Martina Roverselli

Psicologa. Collabora con il Centro Vittimologico "Civico 54", Brescia.

José Manuel Sánchez-Marqueses

Investigador Predoctoral en la Universidad Complutense de Madrid (UCM). Beca de Formación de Profesorado Universitario (FPU) en la UCM, financiada por el Ministerio de Educación. Máster en Psicología General Sanitaria. Imparte docencia en el Grado en Psicología de la UCM y en el Diploma en Atención Psicológica a Víctimas de Atentados Terroristas (UCM). Colaborador en la Task Force on Terrorism de la International Association of Applied Psychology (IAAP).

Jesús Sanz

Full Professor of Personality Psychology at the Department of Personality, Assessment, and Clinical Psychology of the Complutense University of Madrid (Spain). He is also Director of the Complutense University of Madrid Research Team on Intervention and Treatment in Health and Clinical Psychology.

Anthony Scioli

Professor of Clinical Psychology (University System of New Hampshire, USA). Licensed Clinical Psychologist (Massachusetts, USA). President of the Italian American Psychological Society. Author of *Hope in the Age of Anxiety* (Oxford, 2009) and *The Power of Hope* (HCI, 2010), as well as numerous articles on hope, including hope assessments and interventions. Consulting Editor for the *Journal of Positive Psychology* and APA's journal for the *Psychology of Religion and Spirituality*.

Massimo Uberti

Medico chirurgo specializzato in Statistica Medica ed Epidemiologia. Già Direttore sanitario di diverse ASR regionali piemontesi. Direttore Generale della ASL TO5 di Chieri in provincia di Torino.

Maria Cristina Verrocchio

Professoressa Associata di Psicologia Clinica all'Università "G. d'Annunzio" di Chieti-Pescara. Psicologa psicoterapeuta. Coordinatrice Master II Livello in Assessment psicologico in ambito forense. Autrice di numerose pubblicazioni scientifiche in ambito psicologico-clinico.

PREFAZIONE: DALL'EMERGENZA ALLA RESILIENZA

*Santo Di Nuovo*¹

Emergenza e resilienza sono le parole chiave di questo libro, che raccoglie contributi di autori con diversa estrazione scientifica e professionale, sul tema comune del contrasto al nemico invisibile e inatteso che ha travolto in pochi mesi la vita del mondo.

Emergenza vuol dire appunto che qualcosa di diverso e sconvolgente entra a perturbare un sistema consolidato seppur instabile e vulnerabile; *resilienza* è la risposta – o meglio, una delle risposte, la più idonea e adeguata – a fronteggiare l'emergenza.

In biologia ed ecologia, ma anche nelle scienze delle costruzioni, la resilienza è la capacità di un sistema di ripristinare la sua condizione di equilibrio (*omeostasi*) dopo un intervento esterno o un deficit rispetto alla capacità di carico (*overload*). In psicologia, la resilienza viene vista come la capacità di affrontare i traumi della vita, di superarli e di uscirne rinforzati e addirittura trasformati positivamente.

Quando ad una iper-stimolazione (grave e/o prolungata) rispetto alle capacità di fronteggiarla e reggerla subentra un dis-equilibrio, la possibilità di ripristinare l'equilibrio è consentita appunto dalla resilienza. Questo termine implica qualcosa di più rispetto ad una semplice *sopravvivenza* nonostante i danni, ed anche alla condizione di *adattamento* (cambiamento di sé per resistere all'evento) e al *far fronte* o *coping*, che designa l'uso di risorse adeguate alla resistenza, ma senza necessariamente tornare ad una condizione di equilibrio positivo dopo la perturbazione del sistema.

Per valutare come la resilienza funziona in campo sanitario e psico-so-

1 Professore Ordinario di Psicologia, Università di Catania. Presidente AIP (Associazione Italiana di Psicologia).

ziale, bisogna riferirla al concetto di trauma psicologico che già alla fine dell'800 Pierre Janet definiva come un evento che non si può integrare nel sistema psichico pregresso della persona e quindi resta separato dal resto della sua esperienza psichica.

Per Freud il trauma psichico deriva dalla valutazione delle nostre forze rapportate all'entità del pericolo, e dalla ammissione di essere impotenti di fronte a esso. Produce conseguenze psichiche anche gravi ma la sua caratteristica fondamentale è di essere percepito come non controllabile con le risorse consuete: altrimenti non si parlerebbe di trauma, ma di *conflitto*, affrontabile con le forze disponibili. Elemento essenziale delle conseguenze del trauma, che la resilienza deve riparare, è lo stress. Sul piano biofisico, il trauma è legato allo stress in quanto spesso ne è la causa (come nello stress post-traumatico) ma può esserne anche la conseguenza, nel senso che il trauma deriva da una situazione di stress forte e prolungato: come quella che il CoViD-19 per mesi ha imposto al mondo in modo inatteso e repentino.

Le caratteristiche essenziali della resilienza, sul piano psicologico, sono la competenza e il controllo durante la condizione di stress causato dal trauma (far fronte, *coping*), cui, come detto, si aggiunge il recupero ma anche la possibilità di un proficuo apprendimento per il futuro: capacità di usare le stesse competenze in ulteriori situazioni di stress, quindi rafforzamento delle difese e delle abilità del soggetto nel fronteggiare le situazioni difficili.

La resilienza comporta quindi una ristrutturazione del sistema, che non può tornare esattamente come prima ma deve cambiare parti essenziali del proprio assetto: come dovrà avvenire nel nostro mondo nelle fasi post CoViD. Dimensioni essenziali delle capacità di resilienza sono la pianificazione e il controllo, la competenza sociale nell'uso delle risorse e dei supporti, ma anche l'autoefficacia e la speranza e fiducia nel futuro.

Ai fini di un intervento per incrementare le capacità di resilienza, specie dopo situazioni di trauma e stress come quelle attraversate nelle prime fasi della pandemia, è importante attivare abilità e risorse interne della persona ma anche capacità di trarre profitto delle risorse offerte dal contesto: padroneggiare sentimenti ed emozioni; fare piani realistici nella ricerca di informazioni e criteri di comprensione adeguati; sviluppare auto-efficacia e aspettative di controllo interne per fronteggiare attivamente il trauma; evitare di ricorrere a difese negative o soluzioni di "conforto"

ma disadattive, avvalersi dei contesti di supporto. Questi sono offerti dalla famiglia, anche allargata, e/o dalla comunità e dai gruppi dei pari di riferimento del soggetto, che deve essere in grado di individuarli, recepirne correttamente le potenzialità di sostegno e farne proficuo uso.

Pertanto, al potenziamento delle capacità cognitive ed emotive delle persone va associato quello delle risorse ambientali per il loro supporto. E questo deve avvenire nei diversi ambiti: familiare, scolastico, dei gruppi dei pari, dei servizi sociali e di comunità, in modo da realizzare quella che si definisce *resilient community*.

Tutto questo viene discusso e articolato, in prospettive diverse ma concorrenti, nel libro al quale ho contribuito e che ho il piacere di presentare.

Il significato culturale dell'opera si colloca nella specifica attualità della psicologia, come scienza e come professione capace di 'leggere' e interpretare i fenomeni sociali e di proporre – insieme alle altre scienze – modalità scientificamente fondate di recupero e di potenziamento della salute fisica e psichica e del benessere sociale delle persone e delle comunità.

PRESENTAZIONE: IL BISOGNO DI COMPRENDERE E ARGINARE UNA PANDEMIA

Luciano Peirone

La psiche umana si nutre di conoscenza, sia sotto la spinta del piacere sia sotto la spinta del bisogno, talvolta un bisogno fattosi problema e quindi “cosa da risolvere” al fine di eliminare o tamponare o evitare situazioni di rischio. La conoscenza oscilla quindi fra il polo positivo (gratificarsi con il sapere) e il polo negativo (difendersi con il sapere).

Pertanto, soprattutto di fronte ad un pericolo (reale o potenziale), si tratta di **capire** cosa accade e di **attivarsi** per “gestire” l'accadimento.

E allora, perché scrivere un libro su una pandemia, in particolare su CoViD-19? Proprio per conoscere e proteggersi, utilizzando in primis le qualità psichiche di base dell'essere umano quale “soggetto”, quindi “attore di se stesso”: percezione e intelligenza, emozione e comportamento, relazionalità e affettività. Le suddette qualità sono ovviamente da intendersi in quanto fondate su basi comprovate e consolidate: lo studio e la ricerca, il metodo e la tecnica, la conoscenza scientifica. Da qui il libro.

Questo libro, in particolare, è nato dalla intuizione (abbastanza precoce) che in qualche luogo e in qualche tempo stava accadendo qualche cosa che non poteva venire sottovalutata, perché conteneva in sé i germi della “catastrofe”. L'intellettuale, il ricercatore, lo scienziato sono (o dovrebbero essere) attenti a cogliere i primi segnali di un processo che velocemente può assumere dimensioni enormi, non per nulla definite “pandemiche e globali”: nel caso di CoViD-19, un processo patogeno fortemente problematico e con sviluppo iperbolico.

Anche nel corso della pandemia CoViD-19 gli specialisti pensano, ragionano, riflettono, fanno ricerca, raccolgono dati, producono conoscen-

za, fanno interventi, propongono linee-guida sia scientifiche sia tecniche. Dall'aver tempestivamente compreso l'aspetto multiforme del problema emergente è sorto il progetto di "aprire un ventaglio" di svariate competenze, raccogliendo quindi il prodotto "pluralistico" nel presente libro.

Comprendere e arginare, si è detto. Cercare di contrastare la pandemia che attualmente flagella il mondo intero. Certo, ma con cosa e come?

Sicuramente con la resilienza psicologicamente intesa, ma non solo. Sicuramente con adeguate strategie (e adeguate tattiche), a volte già esistenti, altre volte da inventare. Ad ogni modo, con strumenti che questo libro comincia a presentare in modo "aperto", vale a dire consapevole sia dei propri punti di forza sia delle tante altre prospettive qui non affrontate ma decisamente auspicabili e praticabili, nell'ottica di una sinergia indispensabile, "a tutto tondo".

Nel presente libro si cerca infatti di fornire l'"assaggio" di una immagine di tipo multidisciplinare, con più punti di vista: beninteso, solamente alcuni punti di vista, ampiamente arricchibili, anche perché il problema risulta essere di complessa articolazione e di non facile soluzione (almeno al tempo presente).

Numerose sono le varie sfaccettature della psicologia che sono direttamente o indirettamente rintracciabili nel dipanarsi dei capitoli, uniti dal fil rouge costituito da questo *nemico impreveduto e sconosciuto*: il nuovo coronavirus SARS-CoV-2, agente infettivo che produce una similare poco conosciuta malattia chiamata CoViD-19.

La gestibilità complessiva di queste *due "strane entità"* ha sì finora permesso risposte, ma solo parzialmente adeguate e terribilmente fragili: basta un nulla, un piccolo errore nella dimensione prettamente *psicoculturale* (un difetto nel *social and healthy behaviour*), per spezzare *equilibri sanitari dolorosamente e faticosamente raggiunti*, in Italia e in Europa, Cina, Corea del Sud, Giappone, Australia, Nuova Zelanda, Canada, insomma nel cosiddetto Occidente. Ma cosa succede e succederà in Russia, e poi in Centro-Sudamerica (soprattutto Messico, Brasile, Perù), in India, in Iran, in Africa, insomma nel povero e disorganizzato Terzo Mondo? E addirittura nel delicato sistema socio-sanitario dei ricchi Stati Uniti d'America? Per non parlare dei focolai che improvvisamente si riattivano "dal nulla". Per non parlare infine dei *giganteschi e problematici effetti in campo economico, sociale e politico* che un microscopico nemico ha prodotto (e non è ancora finita!) a danno della specie umana.

A partire dal concetto di resilienza e quindi dalle varie strategie attivabili, nel testo del libro si possono cogliere svariate chiavi di lettura che attingono ampiamente alla scienza della psiche, alla scienza del “soffio vitale”. La “psiche / soffio vitale” è una realtà sì immateriale ma assolutamente decisiva per l’esistenza quotidiana, per la stessa sopravvivenza, per il *wellbeing*. E le numerose discipline e sottodiscipline coinvolte lo testimoniano ampiamente.

Psicologia clinica, psicologia dell’emergenza, psicotraumatologia, psicodiagnostica, psicoterapia, psicoanalisi, psicosomatica, psiconeuroendocrinoimmunologia, psicologia immaginativa, psicologia sociale, psicologia di comunità, psicologia della salute, psicologia positiva e del benessere, psichiatria, etc.: sono tutte aree scientifiche che – con i loro apparati teorici e pratici, con i metodi e le tecniche di stretta competenza – possono aiutare gli esseri umani, fornendo svariate forme di “aiuto”, sempre nella doverosa consapevolezza di quel che “possono e non possono fare”, di volta in volta, di fronte a “fronti di guerra” sempre variegati e mutevoli.

In relazione alla pandemia attualmente in corso, per le finalità direttamente umane va rimarcato il carattere centrale, anche se non esclusivo, della resilienza psicologica. È importante rilevare il ruolo del *coraggio*. È importante pensare a quanto decisiva sia la virtù della *prudenza* da adottare per non farsi infettare, e ciò non solo nella fase di emergenza ma anche successivamente, in vista di possibili/probabili ondate di ritorno solitamente collegate alla stagionalità virale. Ed è importante pensare anche ai difetti mentali ed emozionali collegati ad una resilienza assente: in primo luogo *ignoranza, superficialità e presunzione*. E così via...

Tuttavia, la resilienza non è solo quella facente parte della psicologia; è anche quella di matrice non-psicologica, per cui il presente volume risulta articolato in quattro sezioni: psicologica, medico-sanitaria, sociale, e quella relativa alla sicurezza del territorio.

Oltre alla psicologia, anche altre discipline apportano i loro contributi, forse non con la diretta attenzione che la psicologia presta alle fragilità o risorse umane, ma spesso con maggiore capacità di impatto risolutivo per tanti problemi: la medicina in primis, con le sue specifiche competenze sanitarie in fatto di microbiologia, virologia, infettivologia, immunologia, epidemiologia, intervento clinico. E anche prospettive di tipo sociale nonché territoriale si uniscono nella “guerra” alla pandemia

in corso: sociologia, economia, statistica, matematica, informatica, giurisprudenza, tecniche di comunicazione, tecniche di management, lavoro da parte delle istituzioni per la sicurezza del territorio e delle persone.

Come si può notare, ci sono una pesante crisi e una guerra composta da tante battaglie. Ma ci sono anche risorse.

Quella contro il nuovo coronavirus è una dura lotta. Occorre sopravvivere, far fronte, adattarsi, e in più “resistere”, nonché “cambiare dentro”, in modo attivo, reattivo, proattivo, dinamico, creativo, con un atteggiamento fortemente **psico-socio-culturale**. Occorre una innovativa *forma mentis* al tempo stesso coraggiosa e prudente, anche per gestire le enormi e pesanti conseguenze sanitarie, economiche, sociali, organizzative e politiche derivate da una *nuova pandemia* che, per essere arginata, va innanzitutto studiata e compresa.

Un **lavoro** paziente ed efficace, un **ottimismo** razionale ed equilibrato, una **speranza** misurata e realistica: ecco gli strumenti per gestire la grande sfida, *la grande crisi da trasformare in opportunità*. Resilienza psicologica vuol dire vivere affrontando problemi ed eventuali traumi, cercando e trovando soluzioni, nonché migliorando se stessi e le condizioni di vita.

In sostanza, quali sono gli scopi che si è cercato di perseguire con questo libro sulla pandemia CoViD-19? Proviamo a rispondere sinteticamente in merito ai vari tentativi avanzati.

- Presentare vari punti di vista (quindi pure quelli non psicologici), anche in funzione della loro auspicabile integrazione.
- Illustrare alcune fra le diverse facce della resilienza.
- Insegnare come sfruttare la resilienza esistente oppure come crearla ex novo.
- Distinguere fra la resilienza di ordine generale e quelle di ordine specifico, con l'accento posto su cosa fare per contrastare una situazione eccezionale come quella della attuale pandemia.
- Suggestire metodi per “fare resilienza”: con l'**intervento** (dopo l'evento negativo, e quindi trattamento; oppure prima dell'evento negativo, e quindi prevenzione); con la **ricerca di base** nella varie discipline, in primis quelle biomediche e rafforzando l'area psicologica; con la **ricerca applicata** (si parte dalla teoria per arrivare alla prassi); con la **action-research / inter-**

vention-research (si parte dalla prassi per arrivare alla teoria, quindi nella traiettoria che dall'esperienza di tipo operativo porta alla conoscenza).

- Mettere in evidenza la stretta *liaison* necessaria fra colui che indaga e colui che agisce: meglio ancora se le due “arti” confluiscono nella stessa persona. Infatti, fondamentale risulta la capacità nell'armonizzare la conoscenza con la pratica, in accordo con il modello del “*ricercatore professionista - scienziato praticante*”.

Sicuramente un libro, per di più scientifico, non possiede la tempistica necessaria per essere “in prima linea”; però costituisce, a distanza di nemmeno troppi mesi dall'esordio manifesto della pandemia CoViD-19, un tentativo per “mettere un po' d'ordine” nelle cose conosciute/conoscibili e nelle cose fatte / da farsi. Indubbiamente un testo prodotto da più autori – in parte specialistico e in parte di alta divulgazione scientifica – possiede una certa “pesantezza e lentezza”; però consente qualche indagine empirica e soprattutto una *riflessione teorica e metodologica* sicuramente gravida di conseguenze, anche pratiche, in particolare lungo le direttrici della formazione di base e dell'aggiornamento.

Questo libro¹ cerca di gettare qua e là qualche seme (fra i tanti possibili): semi cognitivi e operativi, al tempo stesso scientifici e tecnici.

1 Il titolo del presente libro mette in luce la parola-chiave “resilienza”. Ovviamente, a completamento del fil rouge che lega i vari capitoli, l'altra parola-chiave è “emergenza”. A proposito di quest'ultima, va citata la storica presenza in Italia della psicologia dell'emergenza, nella veste di “Psicologi per i Popoli”, prima associazione di volontariato professionale degli psicologi italiani dell'emergenza, fondata da Luigi Ranzato e costituita a Bolzano il 22.11.1999, la cui testata ufficiale è *Psicologia dell'Emergenza e dell'Assistenza Umanitaria. Rivista di “Psicologi per i Popoli” – Federazione*. L'attuale Presidente della Federazione Nazionale di “Psicologi per i Popoli” è Donatella Galliano, psicologa psicoterapeuta del SSN (ASL CN 1).

Complessità e pandemia: la dimensione psicologico-clinica

Mario Fulcheri

Considerazioni introduttive

A. La *medicina moderna*, con l'avanzare dei progressi tecnologici nel campo della diagnostica e dell'intervento, ha comportato una modalità di relazione **tra medico e paziente gradualmente sempre più connotata verso un contatto breve** (a causa del crescente processo di aziendalizzazione degli ospedali con cronici problemi di struttura e gestione, recentemente acuiti dalla crisi economica generalizzata, che rischia di trasformare i luoghi di cura in spazi anti-terapeutici), **frammentato** (l'organizzazione specialistica ha fatto del malato un coacervo di organi frammentati, ognuno di competenza di uno specialista diverso), **asettico**, nel senso di **impersonale**, focalizzando e centrando l'interesse esclusivamente sulla malattia piuttosto che sul paziente.

B. La *clinica psicologica* (definibile come l'applicazione di strumenti psicologici finalizzati alla valutazione e alla presa in carico, non di una malattia, ma soprattutto di un paziente – dalla radice etimologica latina *patior = colui che soffre* –, avendo cura di considerare come momento caratterizzante la dimensione clinica, la valutazione del ruolo dei fattori psicologici che hanno un peso significativo nell'influenzare, sia la vulnerabilità individuale ad una determinata malattia, sia il decorso, la progno-

si e l'esito finale di ogni patologia) prevede una considerazione complessa del paziente, promuovendo non solo interventi di rimozione dello stato di malattia ma soprattutto elementi e fattori di promozione dello stato di salute e benessere.

Pertanto ha ulteriormente focalizzato la propria identità sull'importanza della dimensione soggettivo-relazionale tra clinico e paziente, tanto nel processo diagnostico (*alleanza diagnostica*) quanto in quello terapeutico (*alleanza terapeutica*), avvalendosi di modelli e tecniche "eterogenei" nella complementarità, **affiancando al concetto del "curare" (to cure) la dimensione del "prendersi cura" (to care).**

C. Mentre la scienza tradizionale ha incluso, nel conoscere, l'idea di garanzia totale, quella più contemporanea non vi attribuisce più il carattere di assoluto. Se si considera il diverso grado di garanzia concesso alla conoscenza nel corso della storia del pensiero occidentale, sono individuabili tre diverse concezioni della scienza: quella della dimostrazione, quella della descrizione e infine quella della correggibilità. Quest'ultima concezione abbandona ogni pretesa di garanzia assoluta e apre, piuttosto, nuove prospettive allo studio analitico degli strumenti di indagine di cui le scienze dispongono. In questo ambito si inserisce *l'epistemologia della complessità* di Morin (1984), secondo cui la conoscenza si qualificerebbe soprattutto per il suo **strutturale carattere multidimensionale**, nel senso che **essa è inseparabilmente e allo stesso tempo fisica, biologica, cerebrale, mentale, psicologica, culturale e sociale**. La teoria della complessità introduce una rilevante questione epistemologica e cioè la separazione fra determinismo e prevedibilità, caratteristico binomio indissolubile della scienza positivista. Tale separazione permette lo sviluppo di una nuova idea di scientificità che non equivale ovviamente a un passaggio all'indeterminismo. *Constatate l'alto grado di imprevedibilità di certi fenomeni o di certi sistemi, in quanto si riconoscono risposte solo probabilistiche, nulla toglie al valore scientifico, nel senso di Popper, dei progetti di ricerca.* La teoria della complessità, attraverso il concetto di autonomia (capacità di mantenere la propria coerenza interna), consente di abbracciare, all'interno della stessa logica, tanto l'organizzazione biologica (teleonomia cellulare ed etologica) quanto quella psicologica (teleologia finalistica).

Ne consegue che ciò che per tanto tempo ha impedito alla psicologia di assumere la configurazione di scienza rispettabile, non rappresenta più attualmente un ostacolo, visto che l'imprevedibilità è un fattore che ca-

ratterizza anche gli oggetti di studio della biologia; pertanto il dibattito tra genetico e acquisito, tra natura e cultura, appare quanto mai datato e inadatto a comprendere ciò che costituisce l'evoluzione di un organismo. “La teoria della complessità” consente inoltre di comprendere meglio le affinità e le differenze tra le pratiche cliniche medica e psicologica. I temi della guarigione (non tanto come *restitutio ad integrum*, quanto come comparsa di una nuova norma per l'organismo), del senso della cura (curare come aiuto a esprimere e realizzare le potenzialità), del rapporto fra normale e patologico (patologico non come contrario di normale, ma di sano), comportano la possibilità di condividere, sia da parte della medicina sia della psicologia, lo stesso universo di riferimento teorico e pratico nell'attuazione di una clinica attenta al singolo, alla soggettività, alla storia irripetibile e unica di ciascun soggetto.

Complessità: radice etimologica e prospettive applicative

All'interno della radice etimologica della parola complessità (dal latino *complexor*, che significa intrecciare, comprendere, tenere insieme) è insita l'idea legata alla necessità di coniugare aspetti diversi della realtà. Secondo la scienza della complessità, il modo più utile per comprendere il mondo è attraverso una rete di teorie; in una prospettiva complessa è fondamentale la capacità di tollerare il dubbio, l'ambiguità, la contraddizione, la coesistenza, i termini opposti quali l'unicità e il dualismo, il disordine e l'organizzazione; peraltro, assumere una posizione complessa non significa negare la validità del proprio paradigma di riferimento, né tantomeno considerare il proprio modello equivalente a ogni altro. In questo contesto, un effettivo e concreto avvicinamento e allo stesso tempo differenziazione tra gli ambiti scientifico-disciplinari e professionali della Medicina (Psichiatria) e quelli della Psicologia (Clinica Psicologica) è possibile solo attraverso un ulteriore potenziale “passaggio paradigmatico” tramite una integrazione creativa tra “approccio olistico-biopsicosociale” e quello della “multidimensionalità-complessità”. Senza nulla togliere, infatti, ai grandissimi meriti sia del modello olistico sia di quello biopsicosociale, si è comunque verificato che, alla loro estrema significatività dal punto di vista teorico, non corrisponde una sempre sostanziale ricaduta sul piano della clinica; inoltre, i termini “totalità” (insito nella visione olistica)

così come “integrazione multifattoriale” (connessa al modello di Engel) sembrano comportare una implicita onnipotenza metodologica che è destinata a scontrarsi di fatto con una parallela significativa impotenza applicativa. In questo senso, occuparsi della persona nella sua complessità può risultare un moderno orientamento, ampiamente condivisibile al di là delle contrapposizioni disciplinari, tale da consentire di tenere insieme nel senso di coniugare, i saperi delle scienze mediche con quelli delle scienze psicologiche, senza il rischio di perdere le peculiari identità caratterizzanti le due appartenenze disciplinari.

Il COVID-19 come sfida complessa

Già in precedenza *l'AIDS*, così come *altre patologie virali*, così come pure *il terrorismo*, in quanto connesse *alla invisibilità e alla imprevedibilità dei “diffusori”*, hanno comportato la necessità di *strategie ed azioni complesse*, attraverso *approcci multidisciplinari, multidimensionalità* anche culturale e sociale e *nuovi campi esperienziali*. La *diversità d'impatto*, la *crescita esponenziale*, la *differenza di capacità, risorse e competenze* tra le varie comunità e istituzioni hanno comportato, *nell'emergenza*, reazioni politiche e comunitarie caratterizzate quasi sempre da *risposte frettolose e senza opportuna riflessione*, da *comportamenti agiti*, dove sono prevalse le *componenti emotive* (paura, ansia, angoscia, rabbia) con parallelo sgretolamento della “cultura dei diritti”. Il virus “*come invisibile diffusore di sofferenza, dolore e morte*”, l'epidemia “*come divisione*”, *come sospettosità, paranoia ed esaurimento emotivo contagianti*, con conseguente clima comunitario, a sua volta amplificatore di *angosce, di inquietudine e anaffettività difensiva*. Si segnala, al riguardo, l'improprio utilizzo del termine “*distanza sociale*” piuttosto che “*distanza fisica*”: in questo caso non si tiene conto della differenza tra *distanza* (che presuppone varie modulazioni) e il termine *distacco* (si può essere fisicamente vicini ma distaccati emotivamente, così come mantenere una compartecipazione emotiva-affettiva anche se si è maggiormente distanziati fisicamente).

Pandemia e “ambiguità”

Inoltre risulta da segnalare l'incremento di *ambiguità*, sia sul piano

cognitivo, sia su quello emotivo-affettivo: tra le più significative quella inerente il non superamento dell'antinomia insita tra "onnipotenza", da un lato, e "impotenza", dall'altro, così come rilevanti messaggi contraddittori legati all'"*approccio nomotetico*", utilizzato a livello politico-istituzionale, contrapposto alle "*esigenze idiografiche*", connesse alle pratiche sanitarie. Tra le ambiguità più ricorrenti si segnalano ancora le conflittualità tra *speranza*, da un lato, e *rassegnazione*, dall'altro, tra *etica delle competenze* e *tendenze magico-superstiziose*, cioè tra *l'utilizzo dei dati numerici della scienza* o la loro trasformazione in *scienza basata sui dati*.

Va inoltre sottolineata la contrapposizione tra *diritto alla salute*, da un lato, e *disponibilità economiche*, dall'altro, con ricorso a vecchi e pregiudiziali proverbi tipo "mors tua vita mea", "homo homini lupus", tra la cinica *immunità di gregge* (che dà per scontato il sacrificio dei più deboli e vulnerabili) e una "*solidarietà comunitaria*" che non discrimina, ma privilegia scelte che escludono sacrifici consapevoli da parte della comunità stessa. A questo proposito merita attenzione un rinnovato rispolvero dell'"*ageismo*", come tendenza politico-istituzionale (vedi le Residenze Sanitarie per Anziani e le improvvide relative disastrose scelte sanitarie), per fortuna disatteso e smentito dal comportamento di tipo precauzionale e protettivo applicato nei vari contesti familiari; in realtà, citando Roberto Benigni nella sua dissertazione sui Dieci Comandamenti, la maggioranza della popolazione italiana, soprattutto adolescenziale e giovanile, ha attivamente cercato di proteggere e salvaguardare anche la componente anziana, rendendo "pragmatico" un ulteriore undicesimo comandamento: "*Onora il nonno e la nonna*". Sempre a questo riguardo va peraltro segnalata la penosa e angosciante responsabilità affidata agli operatori sanitari quando, per carenza di risorse, hanno dovuto decidere chi fosse meglio curare, come in una simbolica "*Arca di Noè*", dove a loro spettava stabilire chi potesse salire e chi no.

Sfida e non guerra – Il proliferare dei suffismi “-ismi”

Un'ulteriore considerazione riflessiva mi è sorta spontaneamente nell'osservare l'utilizzo sempre più esteso di "pseudo dottrine", "pseudo movimenti", a cui viene spesso arbitrariamente attribuito il suffisso "-ismo", con la parallela pretesa di così definirne "presunte peculiarità" e pretestuosa finalità di costituirne una tendenza collettiva: *populismo*,

sovranoismo, fanatismo, giovanilismo (il contrario del sopracitato ageismo), come pericolose appartenenze ideologiche, in grado di sgretolare la faticosa conquista dei diritti umani nel loro equilibrato rapporto con i doveri.

In questo contesto anche il *ricorso alla similitudine con la guerra* per significare la lotta scientifica contro le malattie, mi pare meriti qualche *valutazione critica*.

I principi etici connessi alle guerre, infatti, privilegiano l'uso della *forza*, della *conquista* da parte del più forte sul più debole, dell'*obbedienza acritica*, dell'*odio* verso ciò che diventa un "nemico". Anche la definizione di "eroismo" nei confronti dei medici e degli operatori sanitari appare non pertinente, sia perché trasforma, attraverso una "compiacente" e narcisistica idealizzazione, le persone in "missionari con velleità salvifiche" e sia perché, spesso o quasi sempre, non si traduce in riconoscimenti economici e di fornitura di risorse adeguate per svolgere il delicato compito lavorativo a loro affidato, anzi esasperando le conflittualità con ulteriori effetti favorevoli al burnout.

Ulteriore rilievo merita anche l'attuale "infodemia", intesa come *sovrabbondanza di informazioni* (poche adeguatamente accurate, la maggioranza per nulla), così come la enorme massa di notizie contraddittorie, spesso false e purtroppo molto "contagiose"; ciò favorisce la suddivisione dei cittadini in categorie caratterizzate o da *massimalismo* (numero di malati e di morti come priorità assoluta e quindi con richiesta di provvedimenti di isolamento drastici), piuttosto che da *minimalismo* (soprattutto inaccettabile la perdita economica o della libertà individuale per cui tendenza all'immunità di gregge) o di *fatalismo* (il rischio fa parte della vita, inevitabile e quindi non controllabile e quindi ci si affida al caso o alla fortuna) oltretutto all'*individualismo* (se stessi al di sopra degli altri, ognuno per la sua strada, la collettività non esiste).

E per finire una pillola di ottimismo

Se il COVID-19 ha certamente cambiato a livello mondiale le nostre vite, la capacità di resilienza dimostrata, l'altruismo e la solidarietà che hanno caratterizzato le relazioni tra le persone, la consapevolezza e l'accettazione, sì della nostra vulnerabilità, ma anche della nostra forza, e che il coraggio esiste solo se c'è la paura (evitando quindi la temerarietà), ci

consentono di affrontare il futuro con ottimismo; al riguardo mi piace citare l'aforisma di Martin Luther King: *“Un giorno la paura bussò alla porta, il coraggio andò ad aprire e non trovò nessuno!”*. Dunque il coraggio (arma del cuore) può annientare e atterrire la paura e noi guardare al futuro nostro e dei nostri giovani con fiducia e speranza.

La gestione del tempo in tempo di epidemia

Santo Di Nuovo

Non è vero che abbiamo poco tempo: la verità è che ne perdiamo molto.
Seneca

Non abbiamo tempo per dedicar a noi stessi un po' di tempo.
Eugene Ionesco

Lo studio psicologico del tempo

Le neuroscienze suggeriscono di considerare come abilità tipiche della specie umana quelle di riflettere sulle azioni passate e farsi domande sulle azioni future, e per correggere e migliorare quello che si è fatto. La capacità di connettere questioni di ordine temporale e linguaggio narrativo e programmatico è una delle componenti essenziali della coscienza umana. Questa capacità ha fondamenti neurobiologici e aspetti che investono la soggettività di ciascuna persona nel valutare e gestire le diverse durate temporali, cioè i tempi della vita quotidiana, della memoria del passato, della progettazione futura.

Sin dai suoi esordi la psicologia ha studiato le differenze fra aspetti fisici del tempo (quello scandito in modo oggettivo dagli orologi e dai calendari) e la percezione di soggettiva durata. Sappiamo tutti che “il tempo vola” e “la felicità è un lampo, e quando ci annoiamo le ore non

passano mai”, come dice il titolo del libro di Burdick (2018) che guida in un affascinante viaggio nel mondo del tempo.

Già nel 1883 lo psicologo Gabriele Buccola sosteneva che alcuni aspetti del processo di valutazione delle “durate temporali” sono puramente fisiologici, mentre altri sono psicologici: si va dal tempo necessario per trasformare la stimolazione esterna in eccitazione nervosa (sensazione), a quello richiesto per raggiungere i centri nervosi che devono elaborarla (percezione), e poi per stimolare a livello centrale l’eccitazione efferente (motricità): inoltre va considerata l’elaborazione che il cervello compie attivando processi coscienti e volontari che consentono di utilizzare schemi temporali nella vita quotidiana.

Gli studi sulla temporalità soggettiva hanno centrato l’attenzione sulla ‘durata’ vissuta, non identificabile col tempo oggettivamente misurabile. Già nel 1925 Sturt pubblicava un saggio sull’origine dell’esperienza temporale e l’organizzazione sia individuale che sociale della durata del tempo vissuto; Minkowski (1933) collegava strutturalmente il tempo con lo spazio; Michotte (1950) considerava la psicologia del tempo come ambito essenziale in cui studiare la permanenza fenomenica. Le teorie dello psicofisiologo Piéron (1945) sull’imprecisione dell’intuizione temporale di simultaneità trovano parallelismi interessanti in quelle del filosofo Bergson (1922) che al tempo fisico, quantificabile, contrapponeva la “durata interiore” in cui è essenziale il vissuto affettivo e che pertanto non è misurabile con i metodi della scienza sperimentale. Anche Piaget (1946) distingueva il tempo fisico dal tempo vissuto, rintracciandone le origini evolutive, che rendono indipendente la durata soggettiva dalle coordinate spazio-temporali oggettive. Secondo Fraisse (1967) il tempo soggettivo è il modo diverso in cui una persona si adatta alle condizioni temporali (oggettive), della propria esistenza. La psicologia deve studiare come avviene questo adattamento, la conseguente percezione soggettiva del tempo, e il controllo che la persona ha della temporalità.

Pur riconoscendo che il tempo è un concetto astratto, diversamente dallo spazio che ha dimensioni concrete, l’interscambio fra le due dimensioni è chiaro: il tempo viene rappresentato in termini spaziali (per esempio la contrapposizione breve-lungo serve per qualificare anche il tempo) e la durata di una azione (ad esempio una corsa) si traduce in immagini spaziali, come è stato dimostrato dalle ricerche neuropsicologiche sull’immaginazione mentale.

Il termine “istante percettivo” per definire il ‘now’ psicologico che viene alla coscienza della persona era stato introdotto da Stroud (1955), mentre Malrieu (1953) aveva studiato le origini di questa coscienza temporale. La ricerca sulle durate è entrata a pieno titolo nell’approfondimento di quello che viene definito “tempo psicologico” (Lévy, 1969).

Dal breve al lungo tempo

Le sintesi sulla psicologia del tempo e della percezione di durata (ad esempio: Block, 1990; Rosenbaum & Collier, 1998; Grondin, 2008) danno sempre più rilevanza agli approcci cognitivi e neuroscientifici.

Studi neuropsicologici hanno dimostrato che gli intervalli sotto e sopra un secondo hanno pattern di attivazione cerebrale diversi: gli ‘orologi neuronali’ hanno livelli multipli di funzionamento e ben diversi sono i meccanismi implicati nella percezione di un intervallo di tempo di pochi millisecondi, o nella programmazione temporale delle attività da svolgere nell’arco di una giornata (Hancock & Block 2012).

Quando l’attenzione viene centrata sullo scorrere del tempo la valutazione del tempo trascorso coinvolge aree cerebrali diverse anche in relazione alla durata. Intervengono anche le emozioni e le aree ad esse connesse: l’attivazione fisiologica porta a sovrastimare la durata di un evento. Studiando soggetti di diversa età, con e senza patologie, ognuno con i propri ‘ritmi temporali’ e il proprio ‘orologio interno’, Wittmann (2016) ha sottolineato come interazioni non cognitive provenienti dall’intero organismo siano importanti non solo per le funzioni percettive e attentive ma per la consapevolezza da cui derivano le capacità di relazionarsi temporalmente con l’ambiente.

Questo può contribuire a spiegare le alterazioni della percezione temporale nelle neuro-psicopatologie, già descritte da Buccola. Alterazioni che si estendono ai disturbi dello sviluppo. In questa sede possiamo solo accennare agli innumerevoli studi che hanno collegato la gestione della temporalità a deficit diversi (dislessia, iperattività, autismo, disabilità intellettiva): studi i cui esiti dimostrano quanto la relazione tra gestione del tempo e funzionamento psichico sia importante non solo per le patologie psichiche ma anche per i disturbi del neurosviluppo (Di Nuovo e al., 2015).

Tempo e livelli di coscienza

È ben nota nella psicologia sperimentale l'incidenza della prospettiva temporale nel problem solving: la fase di programmazione implica una proiezione nel futuro, ed alla scansione nel tempo fa riferimento il pensiero sequenziale necessario per prevedere le conseguenze di ciascuna delle soluzioni prospettate.

Per approfondire la rilevanza clinica della valutazione del tempo, occorre ripartire dagli studi che connettono la dinamica temporale ai livelli di coscienza.

Per Freud (1899), il senso del tempo e dell'attesa deriva dall'esperienza del dilazionare la soddisfazione del desiderio. Alterazioni delle dimensioni temporali, oltre che spaziali, sono caratteristiche del processo primario che si manifesta nel sogno o nelle psicosi, e quindi dell'inconscio. Ma, mentre per Freud e altri psicoanalisti come Matte Blanco (1975), l'inconscio ha carattere di a-temporalità, per altri autori di orientamento kleiniano come Jaques (1982) nell'inconscio la dimensione temporale resta presente, e questo sarebbe confermato dagli studi neuroscientifici sulle elaborazioni temporali non consapevoli (Dennett, 1991).

La gestione del tempo, come il riferimento al passato e la progettazione del futuro, è però principalmente connessa alla dimensione cosciente.

Gli approcci fenomenologici fin dalle origini – con Husserl, Heidegger, Minkovski, Binswanger, Jaspers – hanno dato spazio alla elaborazione dei vissuti soggettivi relativi alla temporalità e all'orientamento verso il futuro. La fenomenologia ha trovato applicazioni nella gestione degli assetti emotivi connessi alla percezione temporale del mondo. In particolare, è utile a fini adattivi 'mettere tra parentesi' gli schemi distorsivi che vengono dal tempo pregresso per programmare il tempo a venire. Questa capacità di relazionarsi consapevolmente col proprio futuro riflettendo sul passato è tipico della specie umana, capace – anche per il suo assetto ontogenetico – di connettere questioni di ordine temporale e linguaggio narrativo e programmatico.

Sulla 'narrazione del tempo' e sui suoi risvolti clinici esiste una approfondita letteratura.

Daniel Stern (2004), definiva "momento presente" quella narrazione breve, che va da mezzo secondo ad un massimo di una decina, in cui si elabora uno specifico ricordo o una esperienza, riportandoli al "qui e

ora”. L’attribuzione di un significato a questa esperienza puntuale può incidere sulla vita di un individuo, per minuti, giorni, o periodi ancora più prolungati. La persona ne ha coscienza, anche se non sempre piena; ma può averne consapevolezza maggiore se opportunamente stimolato. In una terapia, ad esempio, centrare l’attenzione sul momento presente, nel senso descritto, permette di ri-significare contenuti importanti e momenti chiave della vita utili per programmare il futuro.Cogliere il “qui ed ora”, serve a preparare il futuro (“now for next”: Spagnuolo Lobb, 2013).

Il vincolo nel momento presente e del “continuo ritorno” è in relazione continua con il “passato silenzioso”, che emerge in modo frattale nelle circostanze presenti: è dello stesso Stern il riferimento ai *frattali*, ossia a forme che si ripetono allo stesso modo su scale diverse nello stesso oggetto. E nello stesso modo frattale il vissuto tende a riprodursi nel tempo. L’intervento clinico può interrompere questa dinamica ripetitiva, se fonte di patologia, e indirizzarla verso un percorso diverso, più adattivo.

L’intervento clinico può dunque fermare il momento presente, senza negare la narrazione del passato e la previsione del futuro, ma incorporandole nel ‘now’ – qui ed ora – per viverlo pienamente e in modo produttivo di benessere.

Il collegamento fra passato e futuro attraverso il momento presente attiva la ‘mindfulness’ come capacità di prestare attenzione alla propria esperienza sia interna che relazionale e sociale, nella ‘piena consapevolezza’ delle motivazioni, sensazioni, emozioni, pensieri, azioni attuali ma che derivano dalle esperienze passate e si proiettano nel futuro (Siegel, 2007). Secondo Wittmann (2016) la pratica della mindfulness riduce la frenetica velocità routinaria della vita e abitua le persone, durante il loro ciclo evolutivo, a guadagnare “tempo vissuto” e a godere dei momenti positivi del quotidiano.

Sempre sul piano clinico ma provenendo da un’ottica teorica psicosociale, recentemente Zimbardo ha proposto un approccio che fa riferimento alla psicologia del tempo come intervento per ridurre lo stress post-traumatico e più in generale per realizzare un orizzonte temporale orientato al benessere (Zimbardo & Boyd, 2008). In quest’ottica sono pensabili interventi che coinvolgono relazioni e gruppi sociali, in contesti di comunità.

Se concludiamo che l’assetto disadattivo o addirittura psicopatologico di una persona o di un gruppo possa essere caratterizzato da un deficit

della dimensione temporale, sia sul piano cognitivo che emozionale, si potrebbe ipotizzare l'attivazione di protocolli sperimentali di intervento centrati proprio su questi aspetti della analisi della mente.

Interventi tanto più necessari in periodi di crisi, personali e sociali.

L'uso del tempo in tempi di crisi

Il concetto fin qui emerso, proveniente non solo dalla psicologia ma dalla filosofia e dalla scienza, è che il tempo "vissuto" è diverso da quello segnato dagli orologi. E spesso il secondo, quello "reale", va a scapito del primo, il tempo che sentiamo scorrere, o fermarsi, dentro di noi. E per misurare questo ci vorrebbero ben altri cronometri...

Diceva Erich Fromm: "Nella società industriale, il tempo domina sovrano". Ad alcuni addirittura la corsa senza soste del tempo sembra un mezzo per "vivere intensamente" perché "fermarsi è come morire". Nella fretta perenne nel fare le cose quotidiane, nella velocità con cui si sfrutta il (cosiddetto) tempo libero, l'ora del tempo oggettivo si dissocia dal tempo interno: come scriveva Kafka "gli orologi non vanno d'accordo, quello interiore corre a precipizio in un modo diabolico o demoniaco o in ogni caso disumano, mentre quello esterno segue faticosamente il solito ritmo".

Si comincia da bambini: genitori che fanno tutto velocemente inducono nei loro figli la stessa smania impaziente di fare tutto presto: sveglia, colazione veloce, poi scuola (che richiede anch'essa ritmi incalzanti), poi compiti a casa, lezione di musica o danza o altro sport più o meno agonistico, videogiochi dove vince chi finisce prima, chat continua, senza fermarsi mai. Se poi il bambino fa proprio questo stile di vita veloce e fa tutto come se fosse sempre una gara a tempo, passa da una cosa all'altra senza fermarsi su niente, è sempre agitato e accelerato, perde la motivazione per attività che non gli danno un rinforzo immediato, finisce per ricevere una diagnosi di "iperattività". Si realizza così il paradosso di una società che produce uno stile di vita e poi lo etichetta come patologico quando lo vede concretizzato nei suoi figli.

La frenesia temporale che rende il tempo "tiranno", in un continuo multitasking, non lascia tempo per se stessi. Si corre sempre senza sapere qual è la meta, e ci si ferma solo quando si è costretti da incidenti, o da

malattie. Adesso è stata l'epidemia a costringere tutti a cambiare ritmo, a fermarsi un po'. E qualcuno si è chiesto come far passare quel tempo che prima scorreva senza neppure accorgersene.

È l'occasione buona per imparare a gestire il tempo diversamente, anche quando il blocco sarà finito. Capire come ascoltare il tempo interiore, al di là di quello che l'orologio segna, riprendere e riconoscere il passato, programmare il futuro: evitando che il passato ci ossessiona con ricordi inconsci e ci mandi in depressione. È ciò che propone la già citata "mindfulness", che la filosofia orientale conosce e applica da secoli: fermarsi a vivere pienamente il tempo presente, sottraendolo alla tirannia del tempo.

Riguardo ai rapporti con gli altri, si potrà capire – ed attuare, quando il distanziamento forzato non lo impedirà più – che il tempo lento della vera comunicazione non è emettere e ricevere proflui di parole (o messaggi, o mail, o whatsapp) ma avere tempo per capire empaticamente chi è l'altro, cosa può darci, cosa possiamo dargli, come la relazione può aumentare il benessere di tutti.

La pausa forzata, cui il virus ci ha costretti, dà la possibilità di imparare che i tempi lenti sono non meno produttivi di quelli frenetici cui siamo abituati (ricordiamo che nello stress indotto dalla fretta si produce di meno e comunque peggio). I tempi lenti fanno vivere più serenamente, come in molti luoghi del mondo ancora avviene, con meno malattie e una vita più lunga. Non sprechiamo questa opportunità di sperimentare un modo di vivere nel tempo che consente di far sì che la vita non sia, come ammoniva Seneca, un tempo sprecato.

Bibliografia

- Bergson, H. (1922). *Durée et simultanéité, à propos de la théorie d'Einstein*. Paris: Alcan. (Trad. It. *Durata e simultaneità*. Bologna: Pitagora, 1997).
- Buccola, G. (1883). *La legge del tempo nei fenomeni del pensiero. Saggio di psicologia sperimentale*. Milano: Dumolard.
- Burdick, A. (2018). *Il tempo vola*. Milano: Il Saggiatore.
- Dennett, D. (1991). *Consciousness explained*. Boston: Little, Brown and Co. (Trad. It. *Coscienza. Che cosa è*. Milano: Rizzoli 1993).
- Di Nuovo, S., Belluardo, G., Belluardo, D., Castiglia, D., Fanzone, M., Granata, S., & Notti, A. (2015). Time processing skills in typical and impaired development. *Life Span and Disability*, 18 (2), 233-248.
- Fraisse, P. (1967). *Psychologie du temps*. Paris: Presses Universitaire de France.
- Freud, S. (1900). *Die Traumdeutung*. Leipzig & Wien: Deuticke. (Trad. It. *L'interpretazione dei sogni*. In *Opere*, Vol. 3, Torino: Boringhieri, 1966).
- Grondin, S. (Ed.). (2008). *Psychology of time*. Bingley, UK: Emerald.
- Hancock, P. A., & Block, R. A. (2012). The psychology of time: a view backward and forward. *American Journal of Psychology*, 125 (3), 267-274.
- Jaques, E. (1982). *The form of time*. Fleming, FL: Cason Hall & Co. (Trad. It. *La forma del tempo*. Torino: Centro Scientifico Torinese, 1988).
- Lévy, J. C. (1969). *Le temps psychologique*. Paris: Dunod.
- Malrieu, P. (1953). *Les origines de la conscience du temps*. Paris: Presses Universitaire de France.
- Matte Blanco, I. (1975). *The unconscious as infinite sets. An essay in Bi-logic*. London: Duckworth. (Trad. It. *L'inconscio come insieme infiniti. Saggio sulla bi-logica*. Torino: Einaudi, 1981).
- Minkowski, E. (1933). *Le temps vécu*. Paris: D'Artrey.
- Piaget, J. (1946). *Le développement de la notion de temps chez l'enfant*. Paris: Presses Universitaires de France. (Tr. it. *Lo sviluppo della nozione di tempo nel bambino*. Firenze: La Nuova Italia, 1979).

- Piéron, H. (1945). Le problème du temps au point de vue de la psychophysiologie. *Sciences*, 72, 28-41.
- Rosebaum, D. A. & Collier, C. E. (Eds.) (1988). *Timing of behavior: neural, psychological, and computational perspectives*. Cambridge (MA): MIT Press.
- Siegel, D. (2007). *The mindful brain: reflection and attunement in the cultivation of well-being*. New York-London: Norton. (Trad. It. *Mindfulness e cervello*. Milano: Raffaello Cortina Editore, 2008).
- Spagnuolo Lobb, M. (2013). *The Now-for-Next in psychotherapy*. Milano: FrancoAngeli.
- Stern, D. (2004). *The present moment: in psychotherapy and everyday life*. New York-London: Norton.
- Stroud, J. M. (1955). *The fine structure of psychological time*. In H. Quastler (Ed.), *Information theory in psychology of time*. London: Kegan.
- Sturt, M. (1925). *The psychology of time*. London: Kegan.
- Wittmann, M. (2016). *Felt time: the psychology of how we perceive time*. Cambridge (MA) & London: MIT Press.
- Zimbardo, Ph. G., & Boyd, J. N. (2008). *The time paradox: the new psychology of time that will change your life*. New York: Free Press. (Trad. It. *Il paradosso del tempo*. Milano: Mondadori, 2009).

L'amico con la corona. Il potere dirompente di legami e speranza

Caterina Arcidiacono e Florencia González Leone

La necessità di contrastare e prevenire il contagio da coronavirus ha indotto i governi della maggior parte dei Paesi a varare misure costrittive della libertà personale che hanno indotto a forzato “lockdown” domestico. “Io resto a casa” è diventato un obbligo sociale prescritto.

In Italia dal 9 marzo 2020 abbiamo condiviso costanti cambiamenti della vita quotidiana attraverso modifiche del modo di vivere e diversi decreti del Governo. A partire dal 4 maggio, dopo due mesi si è attivato un nuovo cambiamento: l'ingresso di tutti nella fase 2 per stabilire un nuovo “tempo e spazio” condiviso, nuovi modi di “condizioni del sociale” per creare condizioni concrete di esistenze che evitino un ulteriore disagio psicologico nel nostro vivere la quotidianità.

È per questo che con il presente lavoro vogliamo interrogare gli effetti psichici e collettivi della rottura della continuità spazio-temporale della esistenza.

Per esprimere l'impatto della emergenza Covid-19 e del conseguente confinamento domestico cominciamo con il riportare il testo di una delle partecipanti alla ricerca della Università Federico II diretta da Caterina Arcidiacono sul tempo del lockdown (communitypsychology.eu) che chiedeva agli studenti di riportare e condividere emozioni e pensieri legati al lockdown:

“È come se avessi una morsa attorno alla bocca dello stomaco, irremovibi-

le, che quando riesco a distrarmi stringe meno, ma appena il pensiero ricade sulla mia famiglia ricomincia a stritolare. Cerco di non trasmettere loro la mia paura, mi mostro sempre sicura e sorridente, ma nel mio cuore il mare è in tempesta, non riesco a star tranquilla.

Ho paura di dire ad alta voce di avere paura perché temo che le cose che mi terrorizzano, una volta pronunciate, possano materializzarsi, passare dall'essere verosimili a totalmente vere. E allora quando arriva la sensazione, quando le onde diventano sempre più alte e potenti e i bracci della morsa riprendono a infilzarsi nello stomaco, solo allora mi rendo conto che anche se non pronuncio ciò che provo, lui c'è, dunque tanto vale accettarlo e fare di tutto purché diventi infondato” (Ragazza fuorisede, 23 anni).

Paura e angoscia attanagliante hanno caratterizzato il primo impatto del confinamento domestico. Infatti, la vita quotidiana dell'individuo per lo psicologo argentino Pichon-Rivière (1985) si costruisce attraverso “le condizioni concrete” di esistenza: le forme dell'habitat, dello spazio, dell'organizzazione sociale e della struttura concreta dei legami. Un tempo e uno spazio condiviso in cui si manifestano in modo immediato e diretto le relazioni che le persone stabiliscono dentro di sé e con l'esterno creando “condizioni concrete di esistenza”. La vita quotidiana ci mostra il mondo soggettivo che sperimentiamo individualmente ma anche il mondo sociale e condiviso perché è sempre un mondo condiviso con gli altri.

Per Pichon-Rivière “*L'individuo come tale non è solo l'attore principale della sua esistenza ma è anche il portavoce di una situazione, di un contesto di riferimento che viene alterato di fronte al cambiamento. La principale resistenza degli esseri umani è la resistenza al cambiamento. Lo 'schema di riferimento' è il nostro 'apparato per pensare', che ci permette di percepire, distinguere, sentire, organizzare e operare nella realtà. Stabilizza una determinata idea nel concepire il mondo. Lo schema di riferimento è l'insieme di conoscenza, di attitudini che ciascuno di noi ha nella sua mente e con le quali si relaziona con il mondo e con se stesso*” (Pichon-Rivière, 1985, p. 216). Partiamo dalla base della preesistenza in ciascuno di noi di uno schema di riferimento (insieme di esperienze, conoscenze e affetti con i quali l'individuo pensa e agisce). Questo schema di riferimento è ciò che permette al soggetto di possedere modelli di sensibilità, modi di pensare, sentire e fare nel mondo e che segnano il suo corpo in una certa maniera. Ogni schema di riferimento è inevitabilmente proprio di una cultura in un momento

storico-sociale determinato. Siamo sempre emissari ed emergenti della società che ci vede nascere. Ogni cambiamento esterno modifica il nostro schema di riferimento. Questi cambiamenti alterano il mondo interno, il modo in cui percepiamo il mondo e quindi siamo più tristi e in conseguenza più fragili e sappiamo che in queste circostanze, specialmente per i malati, è importante mantenere un sistema immunitario in forma. Purtroppo, la performance del nostro sistema immunitario è direttamente legata alle nostre emozioni e quindi l'emergenza non è solo un fatto di salute fisica ma anche psicologica.

La chiusura in casa e l'obbligo del distanziamento, sono state misure sanitarie per impedire la diffusione del contagio, ma le loro implicazioni relazionali hanno rotto i canoni della prossemica e della relazionalità.

Il con-esserci degli altri

Il concetto di 'altri' non va inteso in senso aggiuntivo, come qualcosa accanto a cui mi trovo: *"Gli altri sono piuttosto quelli dai quali per lo più non ci si distingue e fra i quali, quindi, si è"* (Heidegger, 2005, § 26, p. 350). Questo per dire che noi non siamo 'innanzi tutto e per lo più' in atteggiamento di distinzione, di allontanamento, di individuazione dagli altri, ma al contrario tendiamo istintivamente a condividere il mondo con gli altri, a con-vivere (con-esserci) con essi. Non incontriamo gli altri a partire da noi, ma dal mondo in cui ci troviamo ad esistere; e non solo gli altri ma anche noi stessi.

Questo percepire noi stessi come immersi (gettati) nel mondo si riflette anche nel nostro percepire gli altri: noi incontriamo sempre l'altro 'in una situazione', in un suo essere-nel-mondo. **L'uomo è esistenzialmente con gli altri anche quando è solo.** Se ci riflettiamo, noi "sentiamo la mancanza" degli altri perché per natura siamo fatti per essere con gli altri; in tal senso l'esser solo è un modo difettivo del con-essere.

Pertanto in questo periodo di chiusura forzata la presenza di tristezza, malinconia, sofferenza non costituisce fragilità ma è un esserci in una quotidianità che cambia costantemente e ci richiede di adattarci a ritmi molto veloci.

Cos'è che angoscia? Qual è il 'davanti a che' dell'angoscia? *"Perciò l'angoscia non ha occhi per "vedere" un determinato "qui" o "là" da cui si avvicina ciò che è minaccioso. Ciò che caratterizza il "davanti a che" dell'angoscia*

è il fatto che il minaccioso non è in nessun luogo. L'angoscia non sa che cosa sia ciò davanti a cui essa è angoscia. "In nessun luogo" non equivale però a "nulla". L'angoscia ci allontana dal mondo rendendolo insignificante, ma proprio da questa lontananza – che è il contrario dell'appagatività con cui ci rapportiamo quotidianamente – il mondo ci si apre davanti come mondo, nel suo essere indipendente da noi" (Heidegger, 2005, § 26, p. 350). L'angoscia toglie dalla tranquillizzante sicurezza del sentirsi a casa propria che è tipica del Sé e getta nello spaesamento per cui ai tempi del Covid-19 sentirci smarriti è una sensazione che dobbiamo accettare e "attraversare".

L'angoscia racchiude la possibilità di un'apertura dell'essere, di una sua reale comprensione, per il fatto che isola, che ci restituisce l'autenticità, o per lo meno ce ne rivela la possibilità.

Il confine dello spazio e del tempo delimitano l'esistenza umana. È per questo che nell'affrontare il tema della chiusura obbligata in casa abbiamo anzitutto ravvisato una frattura spaziale, "essere costretti a non uscire", che per sua natura ha modificato il nostro essere nel tempo. Ci ha rigettati nel passato, ci ha chiusi nel presente, ha bloccato le prospettive del futuro. Pertanto, la chiusura spaziale ha portato alla ridefinizione del nostro essere nel tempo e nella vita.

Lo spazio. Ai tempi del coronavirus la nostra quotidianità si svolge in uno spazio, in un contenitore che di fatto ha assunto funzioni diverse. Le nostre case sono diventate palestre, scuola, ufficio, centri di cucina, sala giochi per bambini, ecc. La cornice dei nostri giorni sono state le mura di casa. Abbiamo creato nuovi spazi virtuali, spazi di condivisione, di scambio, di comunicazione. Nuovi spazi di pensiero e di significato alla quotidianità.

Il tempo. C'è un tempo sospeso... incerto...tutti almeno una volta nella vita abbiamo vissuto un tempo sospeso, un mondo che "si è fermato", magari per un lutto, per un legame di amore finito... ora però con l'emergenza sanitaria il vissuto di un tempo sospeso è uguale per tutti. Per le persone *non-Covid* questo tempo sospeso va ad approfondire le loro limitazioni e i bisogni soggettivi.

La progettualità. La progettualità è legata alla nostra capacità di affrontare l'avversità, al senso di fiducia e speranza con cui siamo in grado di reagire. Julio Cortázar, nel suo libro *Il gioco del mondo* (1963), diceva "La speranza appartiene alla vita, è la vita stessa che si difende" (Cortázar, 1963, p. 28). Pichon-Rivière, psicologo argentino, invece, teorizza la speranza di-

cendo “*Per sopravvivere bisogna pianificare la speranza*”. Ciò vuol dire creare progetti collettivi per affrontare la vita quotidiana. Come si può allenare il corpo in palestra, si può allenare la speranza attraverso la scelta dei nostri pensieri. Così come scegliamo i vestiti ogni giorno, possiamo scegliere i nostri pensieri felici che ci aiutano ad affrontare i momenti difficili.

Frattura passato-presente

La rottura della continuità spazio-temporale è stata occasione di disagio specifico per diverse categorie di individui. Proviamo a descrivere alcuni quadri emergenti.

Essere giovani: in casa senza sesso e legami non stabili

Elena Marta (2018), afferma quanto sia difficile per i giovani la costruzione di legami. I giovani oggi affrontano la vita con l’idea che: ‘l’importante è fare esperienze’. Tante, emotivamente molto coinvolgenti e da rendere visibili immediatamente sui social. Anche la relazione di coppia non sfugge a questa logica e diviene il luogo della ricerca di ‘emozioni forti’. Se la relazione di coppia incrina questa immagine, se richiede troppo impegno, troppa fatica e responsabilità, se non è funzionale al gioco narcisistico dei partner, viene abbandonata e sciolta. Focalizzato/a sulla propria autorealizzazione, nella relazione di coppia ciascun partner tende a chiedere molto all’altro/a, soprattutto in termini di intensità emotiva e condivisione del proprio progetto di vita, ma è poco propenso a costruire pazientemente un ‘noi’ e un progetto comune. Il paradosso del lockdown forzato è stato che la maggior parte dei giovani che è sempre rifuggita dai legami, ne ha sentito il bisogno, perché la paura e la solitudine messe assieme non sono un buon abbinamento. La polemica sul decreto dei “congiunti” all’inizio della fase 2 e alcuni articoli di giornali su internet ci confermano il disagio che ha causato dal punto di vista dei legami e della sessualità il coronavirus.

- “Coronavirus, l’Inghilterra “vieta” il sesso tra non conviventi” (*Corriere dello sport* – 3 giugno 2020)
- “Coronavirus, come cambia il sesso con la pandemia” (*Corriere dello sport* – 2 giugno 2020)

- “Coronavirus e sesso. Il vademecum per vivere serenamente l'intimità di coppia nella Fase 2”. Questi i consigli della Società Italiana di Contraccezione. (*Quotidiano sanità* – 6 maggio 2020)
- “Coronavirus, ecco come poter vivere la sessualità in quarantena” (*Il fatto quotidiano* - 30 marzo 2020)
- “Gli scienziati inglesi hanno raccomandato alle coppie di prendere misure precauzionali, comprese le mascherine chirurgiche, per prevenire la diffusione del Covid-19 anche sotto le lenzuola”. Gli scienziati hanno anche raccomandato di indossare il preservativo, dal momento che un altro studio ha dimostrato che alcuni uomini presentano tracce del virus nel loro seme. (ricerca dell'Università di Harvard – *Corriere dello sport* – 6 marzo 2020)
- “Sesso e Coronavirus, l'Olanda ai single: trovatevi un compagno di letto”. Dura la solitudine da quarantena e i single ne sanno qualcosa. L'Istituto di Sanità olandese (Rivm), in tempo di coronavirus, ha pensato anche a loro e nelle nuove linee guida suggerisce di trovarsi “un compagno di letto”. O anche solo per le coccole per superare il periodo in cui sarà necessario mantenere le distanze sociali. (*The Guardian*- 15 maggio 2020)

Dai consigli degli esperti si evince quanto sessualità e legami stabili non siano per nulla associati in una società attuale che al dire di Zygmunt Bauman (1996) si basa su “i legami liquidi”.

Essere in casa in coppie ‘scoppiate’ e famiglie ‘slabbrate’

Ai tempi del coronavirus coppie e famiglie sono state costrette a convivere 24 ore su 24 dentro le mura di casa, questo ha generato un disagio comune ma ci sono coppie e famiglie che hanno subito di più questa costrizione a causa dei loro problemi. Bruna Fernandez ipotizza un “carico emotivo” presente nelle donne. Fernandez afferma che il carico emotivo in tempo di quarantena, è ormai un peso che grava sulle spalle di alcune donne. Chiuse in casa in coppia o in famiglia, devono assorbire e gestire l'angoscia dei loro familiari. Fino a sacrificare la loro stessa salute mentale.

Nathalie Rapoport-Hubschman (2018) parla di una funzione socia-

le che è la stessa di quella per cui X ricorda al marito di “chiamare sua madre” durante la quarantena. Chiedere nuove notizie, essere all’ascolto degli amici e delle amiche, pensare a lasciare dei bigliettini per i vicini e le vicine, sono tutte espressioni della capacità di cura femminile in tempo di confino domestico. In quarantena le donne si sentono responsabili del benessere della loro comunità e spesso reprimono le loro frustrazioni per evitare i conflitti.

Cigoli (2000), esperto di separazione e divorzio, afferma che nella creazione di una coppia i rispettivi partner attribuiscono un certo valore a tale legame, nel quale aspettative, bisogni, desideri, miti familiari trovano la loro massima espressione. A prescindere dalla natura “sociale” del legame (convivenza o matrimonio), la relazione si fonda su un patto fiduciario tra le due persone in cui si dà risalto all’intimità tra i partner. Si può affermare che la salute/malattia della relazione coniugale è data dalla prossimità tra patto dichiarato e patto segreto. È importante una riflessione reciproca su tale patto rendendo esplicito il patto segreto consentendo al partner di poter accettare consapevolmente la relazione, essendo essa in costante mutamento per le fasi che la coppia attraversa nella vita.

La coppia sarà più o meno in grado di superare gli eventi critici che si presenteranno nel corso del ciclo vitale di tutte le coppie in base alla confluenza tra patto dichiarato e patto implicito.

La quarantena forzata in casa ha simbolizzato sicuramente una crisi, un’emergenza imprevista per tutte le coppie che hanno dovuto affrontare non solo il lockdown ma magari anche tutti i problemi rimandati col proprio partner e nel proprio legame. I ritmi della vita quotidiana ci aiutano a rimandare argomenti difficili, a evadere momenti di dialogo nella coppia. Con il confinamento domestico il tempo e lo spazio per parlare, per passare del tempo assieme, hanno costretto tantissime coppie e famiglie ad affrontare i loro problemi, i loro limiti e fragilità; non è un caso che in Cina dopo il coronavirus siano aumentati i casi di separazione e divorzi, vedremo in Italia cosa succede ora che è iniziato il delock. In Italia le associazioni di donne hanno sensibilizzato sul rischio della degenerazione dei legami nel confinamento domestico forzato.

Il 7 aprile 2020, in pieno lockdown, la Commissione Bilancio del Senato ha prontamente approvato il ‘pacchetto’ di emendamenti proposti dalla Commissione sul Femminicidio. I provvedimenti hanno riguardato una dotazione aggiuntiva di 3 milioni di Euro per i centri antiviolen-

za e le case rifugio, lo stop agli incontri protetti dei minori, la normale prosecuzione delle udienze di convalida dell'allontanamento dell'uomo maltrattante dalla casa familiare. Tali azioni intraprese dalla senatrice del Pd Valeria Valente, presidente della Commissione Femminicidio, sono emblematiche di come il benessere psichico e soggettivo si inquadra nelle misure e nei provvedimenti che un Paese sa attuare per rispondere ai bisogni dei suoi abitanti.

Essere o avere un malato in casa ai tempi del coronavirus

“Sono lì, chiusi nelle loro case, perché sono un gruppo a rischio per il contagio di Covid-19” e nessuno li vede. Non escono per fare gli acquisti per paura... le farmacie forniscono loro le medicine di cui i loro corpi e le loro menti hanno bisogno per vivere. Fanno parte dei gruppi a rischio, con molteplici patologie precedenti e vulnerabili alla situazione incerta in cui ci troviamo. Si potrebbe pensare che i malati cronici, i disabili o quelli con problematiche di salute mentale che, a causa della loro malattia, trascorrono molto tempo a casa, potrebbero essere abituati ed avere un vantaggio di fronte a questa “chiusura in casa” dettata da un decreto reale, ma invece la situazione di emergenza nazionale ha sconvolto anche loro..., ha comportato la cancellazione di tutti i loro appuntamenti e trattamenti medici a tempo indeterminato, determinando a volte anche un peggioramento della loro condizione, sia fisica che psicologica. La loro vita si è vista alterata ancora una volta. La loro quotidianità e quella delle loro famiglie trascorrono in un **tempo** e uno **spazio** diverso con modalità di **legami** e di **contatto** differenti. L'emergenza sanitaria ha comportato cambiamenti strutturali delle relazioni (González Leone, 2020).

Per chi convive con un malato è necessario recuperare piccoli spazi che costituiscono una ‘normalità’, ‘un equilibrio’ che ha la funzione di rassicurare e rasserenare i pazienti. Pensate ai genitori di bambini autistici che tanto temono e soffrono i cambiamenti; all'improvviso quei figli non possono più accedere ai centri di cura, vedere i loro pari, i loro insegnanti. Magari è loro preclusa anche la breve passeggiata al sole, così come per gli anziani, i malati oncologici, che hanno bisogno di trascorrere le giornate in spazi che rendano i loro percorsi di malattia più “agevoli”, meno stressanti. Se per chi è in perfette condizioni di salute fisica o senza alcun disagio psicologico questa chiusura forzata è stata una dura prova; provate ad immaginare le persone che hanno una sofferenza psichica e ora non

possono abitare “spazi di comfort” la cui acquisizione, dopo la condanna della diagnosi, è stata spesso faticosa.

Per tanti malati lo spazio nel quale trascorrere la vita è stato alterato dal momento della diagnosi e quindi magari il posto di lavoro era stato sostituito dalle pareti bianche dell'ospedale. Ora, ulteriormente la loro capacità di resilienza e adattamento viene messa alla prova in un 'nuovo spazio' domestico che non è solo fisico, ma anche mentale.

Sappiamo che c'è sempre chi si prende cura di un malato (caregiver) in modo formale (operatore sanitario, badante, ecc.) o in modo informale (familiare, il che di solito vuol dire una donna della famiglia); in questo momento anche questa figura ha subito dei cambiamenti e ha costretto tante famiglie a improvvisarsi nella cura dei loro malati, dei loro cari con tantissime restrizioni. Un tempo che altera l'“esserci e con-esserci” con gli altri.

L'angoscia del delock

Se la *vita sospesa* del lockdown ai tempi del **coronavirus** sembrava aver colpito duramente non solo le **persone più dinamiche e chi non lavora** a causa della pandemia ma proprio tutti, ora, invece, sembrerebbe che questa angoscia si sia perpetuata anche dopo, durante il delock; i nostri studenti parlano di una angoscia che si manifesta anche dopo la fase di chiusura in casa. Questa angoscia si confronta anche con quanto detto in questi giorni sui mass media che ipotizzano attraverso i professionisti della salute mentale una “sindrome della capanna” o del prigioniero, perché uscire nuovamente dopo mesi sta generando in molte persone **una sensazione mista di paura, insicurezza, tristezza o ansia**.

Questo dato ci mette di fronte a una nuova sfida che ci ha lasciato l'alterazione del nostro tempo e spazio quotidiano, ed è quella di creare una nuova quotidianità che ci soddisfi all'interno di uno spazio e tempo concreti che ci parlino di nuovi ritmi, abitudini e modi di convivenza. Nuovi modi di salutarci, di incontrarci e di stare insieme.

Essere chiusi nello spazio e vivere fissati nel presente

Una ricerca con 293 studenti dei corsi di laurea in psicologia dell'Università Federico II di Napoli da noi condotta (Procentese et al., 2020) ha

portato alla descrizione di una triplice modalità di reazione alla rottura della continuità spazio-temporale della esistenza, in cui si evidenzia come l'esperienza della uscita forzata dalla routine ha permesso di risignificare il tempo soggettivo; pertanto in alcuni casi la sospensione del tempo del quotidiano ha determinato l'uscita dal tempo del quotidiano; tuttavia tale diversa collocazione personale soggettiva ha per alcuni portato a ritrovare il senso del tempo e di sé nel tempo. Non è un gioco di parole, ma proprio la ridefinizione dei confini spaziali ha comportato la ridefinizione di quelli temporali e quindi ha indotto a rivedere le dimensioni del proprio essere nel mondo.

L'uscita dalla presentificazione dell'esistenza, dai riti della quotidianità – dal bar, dalla classe, dalla organizzazione e partecipazione a eventi – ha portato ad una frattura nel tempo delle abitudini che ha indotto una frattura fra passato e presente. L'incertezza di un tempo sospeso tra un prima e un dopo da costruire ha determinato uno spazio vuoto che si è colmato attraverso una triplice strategia.

La frattura dello spazio ha così determinato una frattura del tempo e il presente ha assunto la connotazione di un turning point esistenziale.

Fissità del presente. Blocco nello spazio che ha comportato un blocco nel tempo e fissità nel presente. Questa è stata la reazione più prevedibile, decisamente associata a vissuti di paura e angoscia specie nel primo impatto con la prescrizione di non uscire di casa (Migliorini et al., 2020).

Nostalgia e memoria del passato. Assenza del tempo presente e futuro con ritorno al passato. Un tempo sospeso che ci confronta con le nostre paure più primitive come la paura della morte. Un tempo che limita i nostri legami e modifica le nostre strutture familiari. Un tempo che induce nostalgia, ma anche angoscia e paura della morte indotta dalla immobilizzazione nel presente. L'impossibilità di vivere il presente ha qui portato a rientrare nel passato, ricordare persone, entrare in contatto con persone significative di altri tempi, ripercorrere e riattraversare album di famiglia, ripensare i legami e gli affetti del passato.

Ridefinizione del tempo futuro. Bloccato nello spazio l'individuo si ridefinisce, ripensa alla propria vita; pertanto la progettualità esistenziale fissata dal limite dello spazio domestico si è allargata al viaggio nelle potenzialità infinite dello spazio. Questa è stata la dimensione emersa inaspettata dai testi degli studenti. Era stato chiesto loro di scrivere liberamente pensieri ed emozioni, nonché azioni ed eventi da voler condi-

videre: in molti dei testi è emersa la caratterizzazione del confinamento domestico forzato quale occasione di risignificazione dell'esistenza e scoperta di energie personali che non pensavano di possedere.

Dall'esame di vissuti ed emozioni sperimentati in questa insolita e improvvisa esperienza di reclusione domestica sono emerse alcune riflessioni per favorire la qualità della vita individuale e rendere questo tempo sospeso un'occasione di incontro con sé e con gli altri, che vogliamo qui riportare sotto forma di "Piccola guida per la costruzione di benessere in restrizioni forzate".

1. *Incoraggiare le persone a crearsi dentro la casa delle abitudini il più simile possibili a quelle consuete.* Questo dà un senso di sicurezza, aiuta a recuperare il controllo. È importante porsi degli obiettivi realistici nel corso della giornata e mantenere regolari i ritmi di sonno-veglia e gli orari dei pasti. La continuità del fluire della esistenza nel mantenimento dei ritmi della terra e delle proprie abitudini consente il mantenimento del ritmo del sonno, dal quale dipende in via primaria il nostro benessere fisico.
2. *Cercare informazioni* su canali autorevoli riguardo a quanto sta succedendo può essere utile, ma è preferibile adottare alcune cautele. Meglio farlo solo una volta al giorno, e possibilmente non di sera. Tale azione rientra nella capacità di far fronte al problema con l'informazione.
3. È importante inoltre *curare il proprio benessere* mantenendo la cura di sé. Ciò attraverso il consentirsi momenti di svago, di cura dei propri interessi, quale ad esempio recuperare gli *hobby trascurati*.
4. *Creare lo spazio per la propria creatività e per la fruizione del bello.* Sostituire gradualmente alla routine che non può essere mantenuta una nuova routine che preveda la frequenza dei luoghi consentiti e la pianificazione di attività diverse nel corso della giornata, tenendo presente le preferenze personali. In base alla realtà che ognuno di noi vive a casa (appartamenti, case con giardino o senza giardino, con spazio o senza spazio, con maggiori o minori possibilità) è opportuno creare ogni giorno e in modo sistematico piccoli spazi di "quotidianità" che ricreino un contesto di normalità che riduca lo stress legato allo

smarrimento che provoca il cambiamento costante delle nuove routine famigliari e individuali.

5. Per le persone con disabilità preparare insieme a un caregiver il pranzo, o fare assieme altre attività, dando un tempo anche al riposo, può essere più rassicurante che avere di fronte una giornata da occupare uguale a tante altre ma senza un **programma definito**.
6. Badare alla comunicazione: la comunicazione non è solo verbale ma anche non verbale ovvero fisica. In questi momenti di chiusura forzata tutti possiamo essere 'più intemperanti' dobbiamo essere attenti a **diminuire l'intensità della tensione e dell'aggressività nella relazione interpersonale**: mantenere un tono di voce calmo e morbido; ciò in particolare con chi è più vulnerabile e condivide il nostro spazio o di cui ci occupiamo; limitare gli spostamenti mentre parlate con l'altro, controllare la mimica e la gestualità in modo che risulti adeguata ai contenuti rassicuranti dei discorsi; cercare di mantenere un contatto visivo con la persona mentre le parlate; ricordare alla persona che siete lì per aiutarla e che è al sicuro (se è vero).
7. In alcune patologie se qualcuno sembra disorientato o disconnesso da ciò che lo circonda, aiutatelo a rientrare in contatto indicandogli di (o supportandolo fisicamente) posizionare i piedi sul pavimento in modo che possa sentire bene l'aderenza della pianta del piede alla superficie; invitarlo/a anche a comunicare ciò che vede e sente.
8. Creare e mantenere connessioni emotive e relazionali; favorire quello che Walker (2020) chiama la *noi-tà*. ovvero la dimensione della connessione emotiva intra-gruppo che si sviluppa in particolare in situazione di emergenza collettiva.

Dall'esperienza collettiva di confinamento sanitario abbiamo appreso che la reclusione in casa poteva, tra l'altro, far sviluppare anche sentimenti fondamentali che la psicologia individua per la costruzione del benessere individuale e collettivo.

- *L'empatia*

Il Covid-19 ha permesso di comprendere cosa sono *una libertà forzata e una quotidianità limitata da fattori esterni come lo è*

una malattia. Ora siamo tutti un po' 'malati in casa', costretti a cambiare i nostri ritmi, le nostre attività; siamo costretti ad assentarci dai nostri posti di lavoro e a vivere nella *incertezza del dopo* perché le nostre finte sicurezze sono venute a meno. Pertanto, l'occhio verso coloro che sono portatori del limite assume una dimensione più partecipe e benevola.

- *La resilienza*

Da queste vicende potremo uscire tutti 'un po' più forti'; siamo stati costretti a fermarci con noi stessi e abbiamo potuto "sperimentare la nostra forza". Coloro che si sono misurati con i propri mostri interni hanno acquisito una visione del futuro accompagnata dalla speranza e dalla fiducia.

- *La connessione e condivisione emotiva*

Una nuova *noi-tà* che non è passiva ma attiva, ci ha portati a confrontarci con le nostre limitazioni, a riflettere sulla nostra condizione, ma anche a creare connessioni che superino il distanziamento fisico e relazionale. L'incremento della connessione emotiva è, infatti, la dimensione che la ricerca ha individuato nei comportamenti relazionali stimolati dal confinamento sanitario che hanno cercato di superare il distanziamento sociale e il confinamento (Walker 2020; Di Napoli et al., 2020). Vicini che brindano dai balconi allungando i bicchieri da un lato all'altro della strada sono l'immagine che meglio esprime come la connessione emotiva è stata il volano che ha permesso di affrontare l'emergenza sociale. A noi tutti, adesso, il fare tesoro delle esperienze emozionali condivise e farne la base per azioni condivise mirate al bene collettivo.

Il presente lavoro denomina il Covid-19 l' "*amico con la corona*". Il termine, del tutto irriverente e azzardato, vuole evidenziare un aspetto negletto, ma evidente nelle interazioni sociali succedute all'inizio della pandemia. Esse ci hanno fatto riconoscere il bisogno reciproco di *noi-tà*.

Haslam e coll. hanno intitolato *Together apart* il recentissimo volume online in cui la psicologia sociale attraverso i suoi maestri affronta gli effetti psicologici della pandemia. La ricerca di dimensioni collettive qua-

le strategie di benessere messa in essere spontaneamente ci ha mostrato che il potere dirompente del virus è stato nello scardinare gli assetti sociali consolidati e ritenuti immutabili della contemporaneità. Molti hanno recuperato la dimensione della lentezza, della convivialità nella separazione. In assenza di sessualità occasionale, temporanea e fugace, grazie ai social media le persone, noi tutti, abbiamo coltivato i legami, le relazioni, la convivialità dei rapporti. Nella ricerca effettuata con studenti dell'intero territorio nazionale abbiamo scoperto che la forza della relazionalità collettiva è risultato il fattore vincente (Di Napoli et al., 2020). Abbiamo scoperto come l'uguaglianza tra pari è un valore da coltivare. Abbiamo appreso che il canto mattutino degli uccelli e le notti stellate sono un bene da tutelare e perseguire. Il temuto "*amico*" Covid-19 ha svolto quindi una inattesa e sorprendente funzione di mentore riportandoci all'importanza dei legami: di quelli del presente, con il futuro nostro e del pianeta e con le generazioni precedenti. Un insegnamento paradossale, per le modalità in cui è stato acquisito e per il prezzo costato, ma in tal senso ancor più prezioso e da custodire nella organizzazione dei processi collettivi e in nuove regole di condivisione e reciprocità per la promozione del bene comune, da instaurare per le collettività.

Bibliografia

- Bauman, Z. (1996). *Amore liquido*. Bari: Laterza.
- Bignardi, P., Marta, E., Alfieri, S. (2018). *Generazione Z. Guardare il mondo con fiducia e speranza*. Milano: Vita e Pensiero.
- Cigoli, V. (2000). *Il familiare*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Cortázar, J. (1963). *“Rayuela”*. Buenos Aires: Editorial Sudamericana.
- Di Napoli, I., Guidi, E., Arcidiacono, C., Esposito, C., Marta, E., Novara, C., Procentese, F., Guazzini, A., Agueli, B., González Leone, F., Meringolo, P., & Marzana, D. (2020). Italian Community Psychology in the Covid-19 pandemic: collective dimensions in storytelling of university students. *Frontiers*. Submitted.
- González Leone, F. (2020). Essere o avere un malato in casa. <https://www.comune.napoli.it/home>
- Heidegger, M. (1927). *Sein und Zeit*. Halle: Max Niemeyer. (Trad. It. *Essere e tempo*. Milano: Longanesi, 2005).
- Jetten, J., Reicher, S., Haslam, A., & Cruwys, T. (2020). Together apart. The psychology of Covid-19. Free book <https://www.socialsciencespace.com/wp-content/uploads/Together-Apart-Uncorrected-proof.pdf>
- Migliorini, L., Esposito, C., Marzana, D., Guidi, E., Novara, C., Di Napoli, I., Procentese, F., González Leone, M. F., Agueli, B., Arcidiacono, C., De Piccoli, N., Monaci, G., Meringolo, P., & Fedi A. (2020). Emotions coping and resilience in Covid-19 lockdown. *Journal of Community Psychology in Global Perspective*. Submitted.
- Pichon-Rivière, E. (1985). *El proceso grupal. Del psicoanálisis a la psicología social*. Buenos Aires, Argentina: Nueva Visión.
- Procentese, F., Esposito, C., González Leone, M. F., Agueli, B., Arcidiacono, C., Freda, M. F., & Di Napoli, I. (2020). Past, present and future time in lockdown psychological experience: downtime or striving time? *Frontiers*. Submitted.
- Quiroga, A., & Racedo, J. (2012). *Critica de la vida cotidiana*. Buenos Aires: Ediciones Cinco.
- Quiroga, A., & Pichon-Rivière, E. (1995). *Psicología de la vida cotidiana*. Buenos Aires: Nueva Visión.

- Rapoport Hubschman, N. (2018). Les barrières invisibles dans la vie d'une femme. Parigi: Albin Michel.
- Walker, C. (2020). What is remarkable about what we've achieved is that it's unremarkable. <https://thepsychologist.bps.org.uk/what-remarkable-about-what-weve-achieved-its-unremarkable>.

Un nemico venuto dal nulla: riflessioni psicopatologiche e psicoanalitiche sull’Invisibile-Intangibile

Luciano Peirone

Incipit personale

Forse non è del tutto sbagliato cominciare un saggio scientifico con un riferimento privato-personale. D’altra parte la psicologia e ancor più la psicoanalisi sono discipline dove il privato e il personale fanno capolino da ogni dove, imprimendo il proprio marchio nello spirito dello studioso e del professionista.

La pandemia da nuovo coronavirus non mi ha colto del tutto impreparato. Al giungere delle prime e frammentarie notizie, immediatamente da qualche semi-nascosto “cassetto mentale” sono emersi ricordi con informazioni che sin da piccolo avevo vissuto.

Entrambi i miei nonni maschi (insieme con una mia zia, all’epoca bambina) erano stati portati via dalla influenza erroneamente chiamata “Spagnola”, imperversante nel periodo 1918-1920 (Spinney, 2017): al che mi è tornato alla mente – proprio in contemporanea alla presente ste-

sura – il pensiero che io ho corso il rischio di non nascere, e quindi di non essere qui a scrivere, cento anni dopo, su un'altra pandemia (CoViD-19). Ma mio padre e mia madre erano già nati, poco prima dell'influenza e, pur molto piccoli, hanno resistito al suo violentissimo impatto (stimati 50-100 milioni di morti).

Inoltre, è riemerso un altro, ancor più diretto, elemento mnemonico, con una immagine ed un vissuto assai nitidi e forti: me stesso, disteso nel letto con accanto la bombola di ossigeno, impegnato a fronteggiare la bronco-polmonite, cioè una manifestazione della "Asiatica" che negli anni 1957-1960 fece circa due milioni di morti.

E adesso ci risiamo.

Per ben tre volte, quindi, l'influenza pandemica viene ad intersecare la mia esistenza: sottile, invisibile e micidiale il suo operato su scala mondiale. Ma io, individuo, sono ancora vivo... e in grado di ricordare e di fare tesoro dell'esperienza (mia e altrui)... Vediamo che succede nel tempo presente e nell'immediato futuro.

Passando dalla sfera privata alla sfera scientifica, ciò che conta, soprattutto, è il fatto che fenomeni e problemi di tal genere possano ricorrere più volte nel corso della vita e che l'umanità invece non ne abbia una chiara percezione. Non c'è quasi memoria storica che possa servire quale segnale di potenziale pericolo. E questo fatto è gravissimo dal punto di vista della psiche, una psiche postmoderna in qualche modo "addormentata", ubriacata da un frenetico stile di vita che, sostanzialmente, vuole negare la Malattia e la Morte.

Ma l'ignorante, presuntuoso e pretenzioso essere umano non è solo al mondo. Esiste anche la natura. Il nuovo virus è qui, i virus sono sempre qui, in perenne agguato...

La psicologia e il nuovo "oggetto" di ricerca e intervento

Si pone subito una difficoltà di metodo. Ricercare e fare scienza su quale oggetto? Operare tecnicamente su quale oggetto? La psicologia suscita importanti problemi alla luce della filosofia della scienza. Pertanto vanno sempre evidenziati alcuni essenziali principi di epistemologia.

La psicologia si inserisce nel filone delle "scienze dello spirito" (le *Geisteswissenschaften* o le *Moral sciences* presenti in *A system of logic* di John Stuart Mill), ben differenti rispetto alle "scienze della natura" (le

Naturwissenschaften). E il virus indubbiamente si situa dapprima in questa seconda area, lontano dalla psicologia.

Inoltre, citando la ben nota distinzione effettuata da Wilhelm Windelband, la psicologia si inserisce nel filone delle “*scienze idiografiche*”, ben differenti dalle “*scienze nomotetiche*”: le prime hanno a che fare con leggi/regole flessibili (incentrate sul particolare, al limite sul caso singolo), mentre le seconde hanno a che fare con leggi/regole rigide (incentrate sui grandi numeri e sulla norma statistica).

Infine, traducendo in un certo linguaggio attuale, esistono “*scienze morbide/soft*” (abbastanza imprecise) e “*scienze dure/hard*” (abbastanza precise). Le prime con oggetti “instabili, volatili”, le seconde con oggetti “stabili, fermi”. Detto altrimenti, il primo settore è caratterizzato dal “pensiero debole”, per rifarci alla nota espressione di Gianni Vattimo e Pier Aldo Rovatti (2010).

Per quanto attiene alla psicologia, ovviamente, essa risulta ancor più “fragile” delle altre consorelle nel settore delle scienze storico-sociali e umane. E poi, all’interno della psicologia la palma della “debolezza” spetta indubbiamente alla psicoanalisi; ma non se ne può fare a meno in quanto, al di là della sua pratica utilità, essa si occupa, dal punto di vista della ricerca, proprio dell’oggetto più invisibile e più intangibile: l’inconscio.

Adottando la modellistica analogico-isomorfica, si può affermare che, allo stato attuale delle ben scarse conoscenze, *il nuovo coronavirus è isomorfo rispetto all’inconscio*.

In fatto di somiglianza, l’inconscio è parente stretto di tutti gli altri oggetti scientifici del tipo “oscuro” (*dark scientific objects*). Parente, oggi in primis, di un oggetto (tipico della biologia e delle scienze strettamente affini) ben misterioso: l’attuale virus (e i virus, al plurale).

Ça va sans dire, la psicologia, la psicopatologia e la psicoanalisi non si cimentano direttamente con l’oggetto “nuovo coronavirus”, ma da esso partono per indagare e, possibilmente, intervenire sull’oggetto “*psiche umana aggredita dal nuovo coronavirus*”.

Un po’ di metodologia concettuale (anche per la psicologia in confuse situazioni di urgenza)

Coerentemente con le attuali variegata emergenze e senza eccessive pretese, qui di seguito vengono espone iniziali riflessioni, non sistematiche, in

“ordine sparso”, a volte iper-specialistiche altre volte persino banali (ma tutte utili e significative), con un continuo alternarsi e intersecarsi fra approccio psicopatologico e approccio psicoanalitico. Si tratta pertanto di *suggerimenti di massima per la ricerca e per l'intervento*: considerazioni sostanzialmente teoriche, peraltro basate sull'esperienza clinico-sociale, con un taglio che sottolinea *l'aspetto ipotetico finalizzato a controlli empirici più accurati e di volta in volta calati nel concreto “caso”*.

In definitiva: *più metodo che contenuti*.

Ad ogni buon conto, e per intenderci, l'approccio di fondo di questo saggio è quello eclettico-integrato (secondo il modello di John Norcross, 1986), con il focus orientato sulla *ricerca qualitativa*, la quale ha come oggetto principale *l'“umana azione dotata di senso”* (secondo il classico modello di Max Weber, 1922) per cui *il significato della soggettività risulta indagabile nonostante la sua fenomenologica “impalpabilità”*. E qui siamo sempre in linea con la labilità dell'oggetto-virus.

In fondo, la psicoanalisi (pur intesa nelle sue svariate accezioni, accomunate peraltro dall'inconscio quale “oggetto condiviso”) si pone proprio in questo ambito, riuscendo, fra l'altro, a collegare il principale vettore (la psicologia clinica, soprattutto la versione diagnostica) con le confinanti altre “sorelle”: psicologia dinamica, psicologia della personalità, psicologia della salute, sino alla psicologia sociale.

Detto questo, qui “psicologia” è da intendersi anche al plurale, “psicoanalisi” è da intendersi anche al plurale, mentre la psicopatologia è sia quella di matrice psicologica sia quella di matrice psichiatrica, con rimandi (diretti o indiretti) alla sociologia e all'antropologia culturale. La vastità della prospettiva impone in questa sede il carattere stringato sia del testo sia della bibliografia. Volendo tracciare solo alcuni “percorsi di riflessione”, è peraltro riscontrabile, anche tra le righe, il rimando a storici punti di riferimento quali Sigmund Freud, Melanie Klein, Franco Fornari, Donald Woods Winnicott, Otto Kernberg, Heinz Kohut, Carl Gustav Jung, James Hillman e altri ancora.

Dovrebbe risultare chiaro il perché di questa ampia chiave di lettura, pur sinteticamente espressa.

Quanto detto non è casuale, poiché rimanda, inevitabilmente, alla *costruzione polisemica del linguaggio* mediante il quale si cerca, soprattutto da parte della “gente comune”, di dare un senso alle forti emozioni e agli strani vissuti che, potenzialmente, sottostanno alla *prospettiva iconica* del “misterioso virus”.

L'interno mondo nascosto (che “riflette” quello esterno)

Va anche sottolineato che, se la parte psicopatologica di superficie risulta agevole in quanto basata su concreti, visibili e persino evidenti effetti quali sintomi e sindromi, al contrario la psicoanalisi, proprio per l'oscura natura del proprio oggetto di indagine e intervento (l'inconscio), risulta non agevole, nonché suscettibile di svariate interpretazioni, a seconda dei metodi, delle scuole, delle correnti, disperdendosi in mille rivoli, per cui nel presente saggio vengono forniti solo alcuni “frammenti” dei tanti possibili, da intendersi a mo' di “alcuni punti di vista” dai quali iniziare come stimoli per ben più approfondite e impegnative analisi.

Tuttavia, il senso della presenza della psicoanalisi risiede proprio nel suo particolarissimo oggetto: l'inconscio è *invisibile, intangibile, nascosto, sconosciuto etc.* e quindi dotato di straordinarie somiglianze con il nuovo coronavirus, per cui ne deriva una duplice sfida:

- cercare di usare gli strumenti diagnostici, terapeutici, riabilitativi e preventivi tipici della psicoanalisi per contrastare praticamente il virus e la sua malattia;
- cercare di realizzare una operazione culturale e di metodo (sia interpretativa sia esplicativa) atta ad “analizzare in profondità e comprendere” i confini e le intersezioni fra questi due misteriosi oggetti di ricerca e intervento.

In definitiva, vengono svolte alcune riflessioni psicologiche fra le tante possibili. In ogni caso, è da sottolineare l'ampia consapevolezza dei limiti pratici “anti-virus” da parte della psicologia tout court e delle sue varie sottodiscipline. Fatte salve queste cautele, si possono tuttavia dire e fare alcune cose relative al tema “*nuovo coronavirus e psiche umana*”.

Iniziamo con alcuni chiarimenti di concettualizzazione nosografica.

Nuovo Coronavirus: il virus e la malattia

Ai tempi della epidemia “Coronavirus”, ormai cresciuta sino a diventare pandemia, le informazioni molto specialistiche e l'eccesso di informazioni possono creare confusione. Troppi dati, troppe emozioni. Emozioni difficili da riconoscere e da gestire. Con il rischio di produrre paure irra-

zionali e incontrollate, che possono superare il livello di guardia diventando stress eccessivo, ansia, panico, angoscia, terrore.

Un po' di chiarezza va fatta, anche a partire dal linguaggio tecnico che, decisamente complesso, richiede agli esperti una capacità di divulgazione inusuale. Ad esempio, è importante, per la “gente” ma anche per non pochi “esperti”, riuscire a non confondere due parole, due concetti, due realtà: che sono sì in stretta connessione, ma differenti.

Il virus è una cosa, la malattia un'altra.

Stralciamo allora (precisandole) due stringenti definizioni dal sito del Ministero della Salute (<http://www.salute.gov.it>).

Cosa è il SARS-CoV-2?

Il virus che causa l'attuale epidemia di coronavirus è stato chiamato “SARS. Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2”, cioè “Coronavirus 2 della SARS. Sindrome respiratoria acuta grave”, da cui l'acronimo (SARS-CoV-2). Dopo un paio di tentativi iniziali per siglare il nuovo “oggetto”, la decisione finale è stata presa dall'ICTV (International Committee on Taxonomy of Viruses) che si occupa della designazione e della denominazione dei virus (ovvero specie, genere, famiglia etc.). Trattandosi di un nuovo ceppo di coronavirus, il nuovo coronavirus è “fratello” (più potente) di quello (chiamato SARS-CoVs) che ha provocato la SARS, da qui il nome scelto di SARS-CoV-2.

Cosa è la CoViD-19?

La malattia provocata dal Nuovo Coronavirus ha un nome: “CoViD-19” (dove “Co” sta per corona, “Vi” per virus, “D” per disease e “19” indica l'anno in cui si è manifestata). Tedros Adhanom Ghebreyesus (Direttore generale dell'OMS/WHO) lo ha annunciato in data 11 febbraio 2020.

Chiamare le cose con il loro vero nome (con qualche eccezione alla regola)

Oltre alla indispensabile precisione del linguaggio scientifico, sia concesso allo scrivente anche il saltuario uso o riferimento a semplici modi di

dire: espressioni gergali tipiche di un linguaggio ellittico (cioè con “buchi, mancanze”), basato su metafore o metonimie, espressioni che però rendono bene l’aspetto soggettivo intrapsichico della lingua parlata dalla mente grezza e dai fantasmi inconsci. Tutte realtà ben presenti dentro ognuno di noi e che ben tratteggiano la semplicità e la spontaneità di quella **bi-logica dell’inconscio** accuratamente studiata da Ignacio Matte Blanco (1981) e strettamente imparentata con la prospettiva emotivo-immaginativa dell’Invisibile-Intangibile.

In tal senso – ma bisogna essere ben consapevoli dei rischi comunicativi – si possono sentire, formulare e tollerare accettabili contrazioni nel linguaggio quotidiano del tipo virus “irrazionale”, virus “terroristico”, virus “psicoanalitico”, persino virus “psicodiagnostico”(!).

La parlata di ogni giorno – in tutte le lingue del mondo – risulta a volte un autentico slang. Peraltro, “fatta la tara” e una volta decodificato il gergo pervenendo al corretto significato, queste forme grezze di espressione sono, per lo psicologo, assai interessanti. Soprattutto il “parlar male dal punto di vista della forma e del contenuto” risulta sì errato ma pure caldo e vivo, esprimendo i diversi stati d’animo del parlante.

Tecnicamente, si ha un linguaggio povero di *denotazione* e non di rado ricchissimo di *connotazione*: pochi e incerti significati ma con ridondanza di emozioni. Il passaggio dalla comunicazione oggettiva alla comunicazione soggettiva testimonia le (a volta anche violente) irruzioni dall’Implicito e persino dall’Inconscio.

Cosa c’entra tutto questo con la questione dell’attuale pandemia? Il fatto è che un simile linguaggio risulta altamente espressivo della personalità del Soggetto, soprattutto nei suoi meandri psichici più nascosti, da cui la necessità di “fare psico-analisi”. Il nuovo coronavirus ha forti probabilità di scatenare, letteralmente, i fantasmi dell’Inconscio, spesso portatori di contenuti “primitivi” e “ansiosi/ansiojeni”: e qui il cerchio si chiude con l’essenza del virus o, meglio, con *l’essenza della umana interpretazione psico-affettiva di cosa il virus sia e di cosa il virus faccia*. Ovviamente: “affetto” negativamente inteso...

Pertanto “Invisibile” e “Intangibile” (e anche altre), parole intenzionalmente scritte con la lettera iniziale maiuscola, non sono semplici aggettivi bensì aggettivi sostantivati fortemente connotati in direzione emozionale: **figure allegoriche, retoriche e simbolico-metaforiche** dotate di una potente “carica energetica (*cathexis*)”, per cui vanno (psico-)

analizzate e utilizzate in spessore e profondità, nei loro intensi significati esperienziali-esistenziali.

Più le espressioni linguistico-icone sono *evocative, simboliche, immaginative e immaginifiche*, più si ha la riprova dell’impatto che SARS-CoV-2 (ovvero “Mister Hyde”) ha sulla fragile giovinetta chiamata Psiche (e quindi sul “Soffio Vitale”).

Inarrestabile, invincibile, ingestibile etc.

Entriamo allora nel cuore del discorso, elencando le principali caratteristiche linguistico-emozionali connesse al “signor” SARS-CoV-2.

Come è facilmente rilevabile se si adotta un approccio dotato di “*spessore e coinvolgimento*”, si è di fronte a molteplici aspetti di una realtà che non può far altro che spaventare le proprie vittime. Le normali e sane componenti esperienziali ed esistenziali della psiche “vanno in tilt”, tendono all’esplosione. L’identificazione e l’introiezione con gli elementi sottoelencati consentono la comprensione della potenziale/probabile sofferenza.

Per ogni parola-chiave sono attivabili colorite, fantasiose denominazioni e descrizioni alle quali corrispondono ***vivaci immagini e poderosi vissuti***, spesso con diretta derivazione subliminale e persino inconscia (la psiche è fatta a strati, con differenti livelli di consapevolezza). Più che il nome conta l’emozione... più che la ragione conta la passione, il *Páthos* viene negativamente inteso, la paura sale di intensità generando disarmonia e breakdown... Il virus è:

- Nemico (il Non-Io e il Non-Sé vissuti con sospetto, aggressività, violenza e trend paranoide/paranoico)
- “Nulla” (il Niente, il Vuoto, ciò che è privo di significato: ma “la natura aborre il vuoto!”)
- Invisibile (“dov’è l’aggressore?”)
- Intangibile (“non ho alcun contatto con l’aggressore, però ne subisco il contagio!”)
- Ignoto/Sconosciuto (“oscuro, mai in luce”)
- Inconoscibile (“non sono in grado di sapere chi sia e come agisca”)

- Incomprensibile (“non riesco ad inquadralo e non ci capisco niente”)
- Insignificante (“tutto ciò non ha senso”)
- Misterioso (“non so niente di lui, nemico senza volto e senza divisa”)
- Alieno (estraneo, Altro-da-Me, con connotazione negativa e paranoide)
- Nuovo (e quindi diverso dal solito sulla scena virologica)
- Mutante (con tanti sintomi/facce, non solo la polmonite, con tanti organi colpibili, “camaleontico”, nonché rinnovatesi, in veloce trasformazione: tutte cose che lo accomunano al dio Proteo della mitologia greca)
- Mostruoso (si manifesta in modo terrorizzante)
- Improvviso, Imprevisto e Imprevedibile (“non c’è difesa”)
- Pericoloso (aggressivo e infettante)
- Contagiosissimo (la velocità di trasmissione da individuo a individuo: il numero di riproduzione di base R_0 e l’indice di trasmissibilità R_t)
- Traumatizzante (“mi ferisce”)
- Silenzioso (“non si fa sentire... come un ladro nella notte”)
- Parassita (“mi entra dentro e mi mangia”)
- Inafferrabile (“branco nel buio senza successo”)
- Inarrestabile (“continua, continua, continua”)
- Invincibile (“come lo si può battere? è impossibile”)
- Ingestibile (“sfugge da tutte le parti, è fuori controllo”)
- Onnipotente (“non ha limiti nel suo agire”, “sono in sua balia”)
- Incredibile (il che può portare a sottovalutare il problema e quindi ad attivare insufficienti comportamenti difensivi)
- Assediante (il nemico venuto dal “desertico nulla” circonda gli umani, costringendoli – direttamente o indirettamente – alla chiusura nella protettiva (?) fortezza)
- “Fluttuante/Galleggiante” (esistono le droplets e le microdroplets infette presenti nell’aria dopo starnuto/tosse/espiazione/voce, in sospensione anche leggermente prolungata; peraltro esiste pure la non provata tesi della presenza del virus *altrimenti* nell’aria, ma anche questa falsità lascia traccia nella psiche, in quanto ciò che è oggettivamente falso può risultare soggettiva-

- mente vero... e quindi dannoso)
- Colonizzante (gli umani organismi, principalmente l'apparato respiratorio)
 - Soffocante (il respiro, i polmoni, la ventilazione, l'intubazione)
 - Inquietante (ciò che spezza la "quiete" di base dell'organismo sano)
 - Pauroso (il segnale di base per la sopravvivenza e l'adattamento)
 - Spaventoso (la paura che "straborda" e conduce al panico)
 - Terrorizzante (la paura senza limiti)
 - A-spaziale (senza luogo: non si sa dove colpirà)
 - A-temporale (senza cronologia: non si sa quando colpirà)
 - la Natura che sconfigge l'Uomo (l'umiliazione nello scoprire di non essere il Padrone della Terra)
 - etc. etc.

Impressionante, vero? È proprio ciò che questo saggio si prefigge: *illustrare la forza del Male*, soprattutto delle sue componenti inconse, ben più potenti, ben più impattanti rispetto alle sue esorcizzanti e rassicuranti (?) raffigurazioni conse.

Sia ben chiaro: al ricercatore, al clinico, allo studioso non sfugge il fatto che *non tutte queste voci si attivano sempre e in tutti gli individui e con la stessa intensità*. Resta però innegabile che da questo "pacchetto" emozionale profondo esiste la possibilità (con buona probabilità) di estrarre contenuti problematici e ansiogeni. D'altra parte, l'inconscio non va troppo per il sottile... e a volte "ci va giù pesante".

A questo punto della presente trattazione, ben si comprende il fatto che nell'immaginario collettivo (pure quello ben conscio!) questo virus venga chiamato "killer", "killer silenzioso", "serial killer": termini decisamente giornalistici ma facilmente recepiti dall'opinione pubblica, soprattutto nelle sue frange meno istruite e più facilmente coinvolgibili dal punto di vista emozionale. Non solo, ma più in profondità, di conseguenza alle varie espressioni linguistiche e raffigurazioni, nella psiche quasi necessariamente avvengono *sconvolgimenti* cognitivi, emozionali, relazionali, affettivi. Queste rivoluzioni sono talvolta di notevole portata, e da qui si giustifica l'entrata in campo della psicopatologia (compresa quella "pesante", la quale, proprio in quanto tale, risulta soprattutto di tipo "dinamico" e "analitico").

Materiale o immateriale?

La “primitività” biologica del virus costringe l’essere umano a porsi su un terreno evolutivo quasi abbandonato nella odierna vita quotidiana. Lo porta a regredire, spingendolo a riattivare percezioni e azioni che lui non è più in grado di padroneggiare. Lo porta a combattere con armi desuete.

Il virus è oggettivamente materiale (e l’essere umano lo sa) ma, essendo il nemico invisibile e intangibile ad occhio nudo e a tocco di mano, ecco allora che prevale l’ottica soggettiva, da cui l’interpretazione in termini di “qualcosa di immateriale”. La logica viene sbilanciata: è come, per un muratore, avere un piede su una tavola da impalcatura e l’altro piede su un’altra tavola, poste a differenti livelli e differenti inclinazioni. Come si fa a stare in equilibrio?

Con un nemico invisibile e intangibile è in corso una *guerra asimmetrica*... né più né meno come quella contro il terrorismo estremo.

Questa assurda situazione porta l’essere umano ad entrare in stato confusionale nonché, per forza, anche in stato pre-psicopatologico, stato che poi tende a crescere sino a diventare decisamente psicopatologico.

Con la mancata percezione dell’oggetto avviene la mancata realistica percezione del pericolo. I tradizionali cinque sensi dell’organismo umano vengono messi in crisi.

“Marmellata di cervelli”: regredire... senza efficacia

Dalle neuroscienze conosciamo bene la *teoria dei tre cervelli* formulata da Paul MacLean (1973), con tre livelli di progressiva evoluzione.

Sotto la costante minaccia degli assurdi attacchi del Nemico Virus, facilmente avviene la regressione psico-neurologica al primo cervello, quello più antico, chiamato *R-complex* o *cervello rettiliano*. Ma l’essere umano post-moderno difficilmente riesce a compiere bene questo “salto all’indietro” senza pagarne lo scotto. Ad es., l’ira incontrollata porta alla violenza e poi al carcere...

Di fronte ad uno stimolo di pericolo questo primordiale cervello agisce in base all’elementare meccanismo *attacco-fuga*, che è dominato dalla *paura*. Ma, con un nemico che non si vede, che non si tocca, che attacca senza alcun criterio prevedibile, questi istinti primordiali non possono

funzionare al meglio. Le reazioni istintive per la difesa vengono messe in difficoltà, diventano scomposte, vengono compromesse: il segnale di pericolo arriva in ritardo, in quanto mediato dal *neo-cortex*, dalla coscienza e dalla consapevolezza (che sono limitate in quanto la conoscenza del virus è limitata: prevale l'ignoranza, e l'ignoranza è cattiva consigliera).

Il *primum movens* (la paura) cessa di essere funzionale.

In questo caos neurologico e psicologico le coordinate spazio-temporali “saltano per aria”: il “dove” e il “quando” dell’attacco nemico (il contagio) non esistono più. Esiste un costante livello di *iper-attenzione*: essendo però l’attenzione esagerata allora diventa logorante e quindi destabilizzante. Scattano vari meccanismi psichici di difesa, ma lo fanno “a casaccio, alla cieca”. Il risultato è che il reale pericolo viene ignorato o quanto meno sottovalutato (nonché distorto da fantasiose fake news, credute vere perché in qualche modo “spiegano e rassicurano”).

Incontrovertibile, anzi acuito, resta invece lo sconcerto derivante dalla complessiva assurda e paradossale situazione, pertanto l’angoscia monta. Se lo stimolo pericoloso risulta incomprensibile, le reazioni emozionali difensive diventano caotiche e salgono in modo esponenziale: si hanno panico e terrore.

Il panico e il terrore non sempre sono *manifesti*, però restano oscuramente *latenti* (depositati nel preconscious e nell’inconscious dinamico): possono poi crescere di intensità, per infine esplodere in comportamenti a quel punto irrefrenabili. E anche fuori contesto: ad es., nel caso della violenza del femminicidio intra-coppia... Dal virus alla coppia: tutto si mescola nell’inconscious... Tutto può saltare da un elemento all’altro... proprio come il biologico sversamento/sconfinamento denominato *spillover!* Ancora una similitudine fra virus e unconscious umano!

Il panico e il terrore non sempre “escono fuori” per tutti gli individui, in quanto sono tenuti a bada dalle norme (quelle esterne: leggi, usi e costumi; e quelle interne: Super-Io); restano però in situazione di costante invisibile “ebollizione” che, se portata troppo avanti, alla fine diventa “esplosione”.

La guerra delle specie

Il titolo di questo paragrafo non è casuale: rimanda direttamente a *La guerra dei mondi*, il famoso romanzo di fantascienza scritto da Herbert

George Wells (1897), rielaborato per la radio (Orson Welles, 1938) e il cinema (George Pal, 1954).

Il virus attuale (in realtà ogni virus) è vivo e vitale, capace di *adattamento dinamico* (per mutazione), anche se non di rado l'altro essere vivente coinvolto (l'autonominatosi *Homo sapiens*) non ne vuol "sapere" più di tanto. Il virus è un organismo vivente che cerca di sopravvivere entrando dentro all'organismo umano: di fatto se ne nutre...

L'Uomo (anche la Donna...) è *l'ospitante* (abbastanza inconsapevole, per pura ignoranza e per meccanismi di negazione psichica), mentre il Virus è *l'ospitato* (non sappiamo quanto dotato di "cervello/psiche", ma sicuramente dotato di qualche primitivo meccanismo per cercare di sopravvivere).

La situazione della pandemia è una situazione di guerra virologica: è la guerra tipica dei nostri tempi, con tanto di danni immediati sanitari e danni collaterali/conseguenti non-sanitari.

Stupisce il fatto che qualche superficiale opinionista intenda negare la caratteristica di "guerra"... In effetti, pur differendo in parte da quella fra esseri umani, è oggettivamente una situazione bellica, addirittura esasperata. Negando quest'ultima implicitamente si nega la capacità psichica dell'essere umano nel capire... C'è ancora di mezzo l'inconscio umano, con certe sue strane "incapacità di adattamento"?

Dove si perde la Ragione?

Il virus fa "s-ragionare". Vanno in crisi tanto la ragione filosofica quanto la ragione psichica (cioè l'equilibrio mentale e l'equilibrio dell'anima).

Il virus in generale, e questo in particolare (SARS-CoV-2), appartiene, in senso sia filosofico sia psicologico, all'universo dell'Irrazionale, dell'Irragionevole: ecco perché risulta così sconvolgente. Esso sta al di fuori di ogni Ratio, spingendosi, secondo il linguaggio psicodiagnostico, oltre i confini della Norma (virus anormale/anomalo), oltre i confini che proteggono la psiche dal baratro dell'esperienza psicotica. Esso tende ad introdursi, surrettiziamente, nell'altrui organismo, e tende ad introdurre la psiche del corpo infettato nell'area della follia.

La Ragione si perde nel Regno del Nulla.

Da qui il comprensibile terrore, manifesto o latente che sia, conscio o inconscio che sia.

Il Nulla e l'Angoscia

L'Essere Umano si dimostra, fin troppo spesso, ben fragile nonostante certe auto-convinzioni tipiche di un Falso Sé (Winnicott, 1965), che talvolta sfocia in un Sé grandioso e onnipotente (Klein e Riviere, 1937; Kohut, 1971; Kernberg, 1975).

Credendo di saper tutto, egli viene, inconsapevolmente, “trascinato per la cavezza” sui sentieri dell'ignoranza (quando va bene: del pressapochismo), e quindi portato a non essere capace di indagare l'Ignoto. Ed è proprio lì, invece, che si annida il “Nuovo Virus”.

Talvolta l'Ignoto viene vagamente intuito, e rifuggito. Ma lui è lì, pronto a colpire.

Teoricamente e simbolicamente la situazione è abbastanza intuibile nel suo trend psicopatologico profondo.

Il Nulla venuto dal Nulla e che significa Nulla: da cui, inevitabilmente, l'esposizione all'Angoscia allo stato puro.

Esposizione e non determinismo. Possibilità e non necessità. In ogni caso, l'inconscio così funziona. Che poi venga a galla e si faccia chiaramente percepire, oppure che per oscure vie traverse produca sofferte sommatizzazioni e anomali comportamenti, dipende da tante altre variabili. Ma la costante di fondo è questa, pur sempre attivabile a seconda di certi stimoli.

Sintomi, sindromi, malattie

Un nemico pressoché sconosciuto e venuto dal nulla porta con sé forti probabilità di generare effetti psichici problematici, negativi, persino patologici: anche perché, oltre ad intaccare la percepibile sfera comportamentale e la consapevole sfera dei cinque sensi, esso va a “smuovere le acque” dell'Inconscio Profondo, quell'inconscio che Freud designava come “dinamico e rimosso”. Le emozioni connesse all'Invisibile-Intangibile tendono, in modo pressoché inevitabile, ad avere determinanti di ordine fantasmatico.

In termini di “logica dell'inconscio”, *il virus pandemico evoca la Morte (quale latente vissuto simbolico profondo)* e, di conseguenza, il suo affiorare in termini di manifesta paura/angoscia per la morte (reale).

A partire da questo archetipo di base si dirama “ad albero” una lunga serie di dettagli psicopatologici via via sempre più specifici e “scientifico-tecnici”, che teoricamente possono riguardare quasi l’intera gamma dei “mental and personality disorders” (APA. American Psychiatric Association, 2013; Lingiardi e Gazzillo, 2014).

A questo punto, i contenuti della “sofferenza psichica” non possono non essere di una certa rilevanza e di una certa diffusione nella popolazione. Se è vero che ogni organismo individuale reagisce a modo suo, è pur vero che esistono anche tendenze di fondo valide un po’ per tutti.

Ecco allora sorgere – in un continuum diversificato soprattutto dal livello di gravità – conseguenze psicopatologiche fra le quali spiccano in particolare: paura, crisi, stress/distress, burnout, insicurezza, sfiducia, ansia, fobia, panico, angoscia, terrore, shock, trauma, ASD (Acute Stress Disorder), PTSD (Post-Traumatic Stress Disorder), compulsione, ossessione, ipocondria, claustrofobia, crollo dell’autostima, senso di inadeguatezza, senso di colpa, senso di vergogna, indebolimento percettivo-intellettuale, affaticamento cognitivo e fisico, indebolimento del sistema immunitario, somatizzazioni varie, alterazione del ritmo sonno-veglia, disturbi del sonno, sogni con contenuto disturbante e incubi, pessimismo, perdita di motivazioni, incapacità progettuale, insufficiente o assente elaborazione di un lutto, depressione maggiore/minore, solitudine e sensazione di implosione, difficoltà relazionali, irritabilità, aggressività e sensazione di esplosione, autolesionismo, suicidio (con ideazione, simulazione, tentativo, attuazione), risposte disforiche, sospettosità paranoide, bipolarità maniaco-depressiva, abuso di sostanze psicotrope (legali e illegali), comportamento violento, crisi d’identità, regressione, dissociazione, delirio, manifestazioni nevrotiche/borderline/psicotiche, etc. etc.

Un approfondimento: il trauma psichico

Vediamo ora di puntualizzare una tipica manifestazione psicopatologica (caratterizzata non di rado da livelli a crescente gravità), quella del cosiddetto “*vulnus/ferita*”: questo infatti è il significato etimologico di “*trauma*”, comportante un profondo turbamento emotivo correlato al “*bucare/forare*”. Al di là delle variazioni situazionali, il “trauma” risulta essere un evento improvviso, imprevisto, “critico / generatore di forte crisi”, poco

sopportabile e poco gestibile, un fatto quindi di forte distress che spezza le consuete difese psichiche. In un “tempo zero, o quasi zero” avviene la rottura del consueto equilibrio dell’organismo. Tutte queste parole indicano chiaramente di cosa si tratta (Caretto e Craparo, 2008).

Una pestilenza, una virulenta contagiosità, una situazione epidemica e pandemica come quella attualmente in corso, hanno forti probabilità di generare traumi (di vario genere e intensità). SARS-CoV-2 e CoViD-19 sono giunti e si diffondono con modalità improvvise ed impreviste, con sintomi e sindromi di tipo nuovo, talvolta gravi/gravissimi/letali, e pure con strascichi dopo l’eventuale guarigione. Tutte queste caratteristiche trasformano la vita quotidiana. Nelle vittime (dirette e indirette: contagiabili, contagiati, malati, familiari, amici, medici, infermieri, operatori socio-sanitari, volontari, etc.) la vita può cambiare radicalmente: shock, trauma, ASD e PTSD imperversano.

Trauma e Senso di Morte: fra realtà e simbolo, fra conscio e inconscio

La possibile, anzi probabile azione psicopatogena del virus e della malattia si può sintetizzare come segue. Al di là della morte oggettiva, esiste la Morte soggettivamente vissuta, con contenuti (consci/preconsci/inconsci) quali i seguenti.

Il trauma è una destabilizzante “tempesta emozionale” composta da: “urto/colpo/impatto”; dolore/sofferenza; offuscamento/perdita della coscienza; improvviso (ed imprevisto) disturbo dell’equilibrio (psichico); lacerazione esistenziale; sensazione di minaccia; perdita di lucidità mentale; confusione; perdita del senso di sicurezza; distress (stress negativo); burnout (sentirsi “esaurito”, “fuso”, “bruciato”, “svuotato di energie”); dis-integrazione cognitivo-emotiva; desensibilizzazione emotiva; dissociazione; paralisi (incapacità di reazione: no fight, no flight, solo difficult freeze); sorpresa; stordimento: crisi percettivo-cognitiva (“Cosa è successo? Cosa mi è successo?”); crisi spazio-temporale (“Dove sono? Che giorno è?”); stupore patologico; blocco emozionale-affettivo; sensazione del “subire passivamente”; sensazione del “non avere più difese”; sensazione di “dipendenza”; sensazione di impotenza; perdita della fiducia (personale, interpersonale, sociale); incrinamento dell’autostima; sensazione di irrealtà

con smarrimento a vari livelli, sino al “Tu chi sei?” rivolto al soccorritore e al “Chi sono io?”; implosione (collassare su se stessi); sensazione di rinuncia (“Basta... non ce la faccio più!”); sensazione di annientamento; crollo di ogni progettualità (“Non ho e non avrò più alcun futuro, più nessuno scopo”, “La mia vita, la vita non ha più senso”); progressiva/totale staticità; ASD (Acute Stress Disorder) e PTSD (Post-Traumatic Stress Disorder): sindromi psicopatologiche (con svariati sintomi e condizioni) determinate dallo sviluppo acuto/cronico dei suddetti problemi.

Cosa significa? Cosa posso fare? Domande pericolosamente inconse

In tutti i segnali ed effetti psichici sopra elencati può trovare posto la eziopatogenesi correlata a SARS-CoV-2 e CoViD-19.

Trauma e situazione di emergenza: il “colpo” inferto dall’Invisibile e Intangibile è talmente secco – per cui accade tutto e subito, senza preavviso, senza alcuna pre-parazione – che *la violenza dell’urto e la sua non-gradualità temporale “travolgono e schiantano”*.

Di conseguenza, ***non significabile e non elaborabile***: questo è il cuore del trauma. Pertanto si spiegano il particolare approccio diagnostico e il particolare approccio terapeutico della psicotraumatologia.

Avendo presente quanto prima sinteticamente elencato – in rapporto al virus e alla malattia contemporanei, nonché ai correlati forti vissuti consci ed inconsci – ben si comprende la fondamentale necessità di imparare a convivere-superare (come pure la necessità di prevenire l’evento traumatico) le paure nettamente esasperate, comportanti la feribilità della psiche (Legrenzi, 2019).

Dall’onnipotenza all’impotenza

Sempre sotto il profilo psicopatologico, va messo in chiara evidenza quanto importante sia il seguente problema pratico (molto significativo anche quale area di ricerca). Il problema è ciò che avviene, nell’ambito degli effetti psichici, quando si vive un trauma prolungato ovvero si è in fase di emergenza/acuzie che si protrae nel tempo diventando cronica,

con in più l'aspetto quantitativo della *escalation* “*focolaio-endemia-e-pidemia-pandemia*” (cioè pochissimi-pochi-tanti-tutti): quattro livelli di crescente gravità, sia sociale sia individuale, con l'altamente probabile incremento di ogni stato di tensione intrapsichica, per cui “si sta peggio” e “ci si attende il peggio” e “non c'è limite al peggio”.

Una delle non poche “lezioni” che SARS-CoV-2 e CoViD-19 stanno infliggendo all'umanità è proprio quella dello scoprire di avere dei limiti. Non esiste lo sviluppo infinitamente sostenibile: la Natura che si riprende i propri spazi durante il lockdown è sia una importante informazione sia un umiliante atto d'accusa alla cosiddetta era “Antropocene”.

Il *senso di impotenza* – comunque innegabile di fronte al virus e alla malattia da esso prodotta (due “cose” ben poco conosciute e non tanto gestibili) – sembra essere in definitiva la cornice di fondo che racchiude i vari effetti del disagio psichico. Detto altrimenti, l'umanità è oggi prigioniera (nei fatti concreti e nella psiche) di una situazione imprevista e decisamente pericolosa. La metafora pugilistica risulta pienamente centrata: la pandemia in corso “ci ha messi nell'angolo”.

Sentirsi sotto assedio: convivenza forzata e resilienza emotivo-affettiva

Come avvenuto in tante guerre del passato anche oggi si possono riscontrare assedi: o imposti direttamente dal nemico (che ci ha colpiti, ci ha fatti ammalare, ci ha ospedalizzati) o auto-imposti dall'uomo come chiusura-difesa-contrattacco tagliando i “viveri” (noi stessi) al nemico (il virus).

Vanno chiariti almeno tre termini, in parte sovrapponibili e talvolta confusi l'uno con l'altro, o comunque con definizioni differenti a seconda degli autori (Brooks, Webster et al., 2020). Qui di seguito adottiamo tre definizioni scelte per un uso specifico (in ogni caso legate a *endemia/epidemia/pandemia*).

Quarantena: separazione (individuale o familiare o gruppale o istituzionale) di parte della popolazione di una certa area (*partial quarantine*), parte potenzialmente già esposta a malattia contagiosa, separazione con “privazione di libertà” di tipo sanitario preventivo (causa possibile contagio attivo) nei confronti della popolazione sana (o presunta tale), per un

certo periodo di tempo (di solito non particolarmente lungo). Innegabili sono, per le persone sottoposte, i problemi materiali e anche quelli immateriali (con probabili forti sofferenze fisiche e psichiche).

Isolamento: separazione (individuale o familiare o gruppale o istituzionale o di comunità o sociale) di parte della popolazione di una certa area (*partial quarantine*), separazione di tipo marcatamente sanitario in quanto si è sicuramente contagiati, contagiosi, malati, con “forte privazione di libertà” allo scopo di evitare il certo/probabile contagio attivo nei confronti della popolazione sana (o presunta tale), per un certo periodo di tempo (di solito non particolarmente lungo). Ancor più innegabili sono, per le persone sottoposte, i problemi materiali e anche quelli immateriali (con probabili fortissime sofferenze fisiche e psichiche).

Lockdown: separazione (di comunità o sociale) di tutta la popolazione di una certa area (*mass or total quarantine*), separazione con minore intensità sanitaria in quanto esiste la predominanza di “non infezione” e “non malattia” nonché con maggiore impatto socio-economico, allo scopo di evitare la possibile diffusione del contagio (passivo/attivo) nei confronti della popolazione sana (o presunta tale) e con opportuni accorgimenti durante le “relative” libertà, per una durata temporale variabile (di solito non breve). Anche qui, per le persone sottoposte, si hanno problemi materiali e immateriali (con minore probabilità e forza per le sofferenze fisiche e psichiche, ma con conseguenze anche assai pesanti per l’economia e la socialità).

Particolarmente interessanti sono *alcuni vissuti (consci e inconsci)* correlati a questo terzo tipo di “serrata o blocco o confinamento”, dove non ci sono il virus e la malattia (o si pensa che non ci siano), la quale serrata comporta una curiosa ambivalenza-oscillazione fra il “sentirsi liberi” e il “sentirsi prigionieri”.

Il virus (Nuovo coronavirus) e la malattia (CoViD-19) imperanti (fuori) comandano e obbligano (dentro) anche le persone e le famiglie sane. In estrema sintesi, ecco quanto accade.

Epidemia, pandemia. Chiusi in casa. Ritmi quotidiani sconvolti: sia quelli individuali (lavoro, studio etc.) sia quelli del “gruppo famiglia”. Ci si vede non più solamente per pochi minuti/ore ma per tutto il giorno. Situazione nuova e potenzialmente favorevole, ma anche situazione anomala e potenzialmente sfavorevole, come insegna la tradizionale esperienza della “barca” (troppe persone in troppo poco spazio, senza possi-

bilità di mettere i piedi sulla terraferma entro breve tempo). Situazione talvolta pesante, statica e non dinamica (sentirsi agli arresti domiciliari). Sensazione di non-libertà e di mancanza di alternative. Ci si vede e ci si incontra (o scontra) di continuo. Si è costretti a comunicare (anche contro voglia). Rivoluzione nei comportamenti, nelle emozioni generiche, nelle emozioni intime (sentimenti, affetti).

Tendenzialmente si possono avere i seguenti effetti.

Fase iniziale

- Sensazione di “nuova libertà”.
- Piacere (della novità e del riscoprire una vicinanza che si era “sfilacciata/dimenticata”).
- Entusiasmo (si canta, si balla, ci si esalta con orgoglio, si riscopre il valore del vicinato e della solidarietà).
- Ci si parla “bene”, si comunica positivamente, ci si confronta.
- I conflitti (di coppia e di famiglia) preesistenti vengono stemperati.
- Crescono le emozioni positive e decrescono le emozioni negative.
- *Emergono dall'inconscio i “fantasmi buoni”.*
- Sentimenti e comportamenti migliorano.
- Tolleranza.

Dopo un po' di tempo (neanche tanto)

- Sensazione di claustrofobia.
- Dispiacere (troppo vicini, troppo stretti, poca o nessuna privacy, riattivazione di “scorie relazionali”).
- Frustrazione e delusione (ci si deprime, non ci si sopporta più, si torna al reciproco ignorarsi).
- Ci si parla “male”, si comunica negativamente, si evita il confronto.
- I conflitti (di coppia e di famiglia) preesistenti vengono riattivati/acuiti.
- Decrescono le emozioni positive e crescono le emozioni negative.
- *Emergono dall'inconscio i “fantasmi cattivi”.*

- Sentimenti e comportamenti peggiorano (talvolta sfociando anche in aggressione o violenza o addirittura omicidio/suicidio).
- Intolleranza.

Dove trovare la forza per resistere? Cosa e come fare? E, soprattutto, quali emozioni positive attivare/potenziare e quali emozioni negative controllare/eliminare? C'è solo da scegliere fra due lunghissimi elenchi: tranquillità, sensibilità, senso di vicinanza-intimità, tenerezza, soddisfazione, desiderio erotico-sessuale, re-innamoramento, gioia, sorpresa, commozione, amore, etc.; oppure tensione, timidezza, imbarazzo, sottomissione, umiliazione, noia, apprensione, impazienza, sdegno, collera, gelosia, irritazione, rabbia, rancore, sentirsi non accettati / non apprezzati / non desiderati / non amati, tristezza, depressione, senso di solitudine, senso di emarginazione, senso di identità problematica, “voglia” di violenza, distruttività, odio, etc.

I due elenchi presentano un ampio numero di problemi e di soluzioni, in particolare evidenziando le basi emotive-affettive dalle quali partire per superare il “malanimo” e per costruire una resistenza/resilienza psicologica.

Conoscere le *basi psico-esistenziali*: questa è la partenza obbligatoria, finalizzata al molteplice scopo di preservare e ristrutturare e migliorare la convivenza.

Combattere oggi (e anche domani... e anche ieri!) contro un nemico invisibile-intangibile

Che fare di fronte alla “nuova versione” del coronavirus? Che fare per arginare l'agente infettante denominato SARS-CoV-2 che può dare vita alla malattia denominata CoViD-19?

Oltre alle misure strettamente igienico-sanitarie per evitare il contagio da persona a persona (distanziamento fisico, domiciliazione consigliata/coatta, evitamento delle goccioline del respiro delle persone infette che tossiscono o starnutiscono, frequente lavaggio delle mani, protezione di bocca-naso-occhi, etc.), che fare per una efficace azione? Soprattutto oggi, in termini di prevenzione, a fronte di terapie “povere” e vaccino inesistente?

In particolare che fare con la psicologia contro un nemico ancora mi-

sterioso agli occhi della stessa microbiologia e della stessa virologia, discipline mediche che in prima battuta dovrebbero fornire le iniziali risposte sul “cosa”?

Pur lottando contro “*qualcosa*” di inquietante e di origine esterna (che suscita alla memoria famose pellicole cinematografiche: *Alien* e *The Thing*), la psicologia può occuparsi del “*come*” poter fronteggiare il poderoso attacco, in primis con strumenti “soggettivi”, interni all’Essere Umano.

Si affacciano alla mente numerose emozioni (paura, ansia, dolore, sofferenza più o meno prolungata, insicurezza, crisi di identità, fiducia, speranza, commozione, sollievo, gioia, talvolta persino un vago senso di trionfo, etc.). Su questi temi occorre *lavorare*, occorre agire in profondità, con un grande *sforzo di intervento e ricerca*, con la capacità di costruire “buone pratiche” in grado di incidere sul tessuto sociale e sulle varie comunità.

Nello specifico, occorre attivare discipline quali psicologia dell’emergenza, psicologia clinica, psicopatologia, psicodiagnostica, psicoterapia, psicoanalisi, psicologia sociale e di comunità, psicologia della salute e del benessere e altre ancora: tutte potenzialmente utili, sia pure con differenti livelli di efficienza ed efficacia; tutte non in grado di “fare miracoli” e tutte consapevoli dei forti limiti contro un nemico così tosto.

Come comportarsi? Come scorre la vita ai tempi del nuovo coronavirus? Come attrezzarsi? Domande anche queste fonte di inquietudine (lieve o grave, acuta o cronica) per tutti: profani ed esperti.

Sicuramente occorre costruire (meglio se già costruito) un individuo “corazzato” (meglio se più individui, costituenti una “comunità”): in altri termini, *soggetto/soggetti di tipo pro-attivo*, cioè non “gente” che passivamente subisce l’attacco virale, bensì attori protagonisti di una vera e propria “guerra difensiva e possibilmente preventiva”, nell’ambito di una *gestione consapevole e responsabile della propria salute*.

Parole-chiave: per la psicologia della malattia/malessere e per la psicologia della salute/benessere

In questo conflitto (lotta/guerra) occorre pertanto “difendersi da” (lungo la linea: disagio, malessere, malattia, Male) utilizzando risorse già esi-

stenti oppure costruendo risorse ex novo (lungo la linea: sanità, salute, benessere, Bene), imparando ad articolare fra loro almeno due dei vari *stati e strati* che compongono la psiche: livello conscio e livello inconscio... senza dimenticare l'attivazione di livelli "a cavallo" fra i due (ad es. la prospettiva oniroide e la meditazione). Per orientarci sinteticamente, è indispensabile conoscere, attivare e bilanciare concetti (e relativi fenomeni) quali quelli di seguito elencati.

Versante negativo: sofferenze e problemi

Si veda l'elenco presentato in precedenza nel paragrafo "Sintomi, sindromi, malattie".

Versante positivo: sensazioni, vissuti e skills "risolutive"

Fiducia, stress/distress management, coping, resilienza, flessibilità, capacità di adattamento, coraggio, individuazione, libertà esteriore-interiore, pensiero critico/positivo/creativo, autonomia, introspezione, empatia, insight, efficacia emozionale-affettiva, efficacia relazionale, efficacia comunicativa, decision making, problem solving, empowerment, conoscenza di sé e degli altri, capacità nel voler bene a se stessi e agli altri, autoconsapevolezza, autostima, sicurezza, capacità di autoespressione, autorealizzazione, assertività, equilibrio intrapsichico-interpersonale, speranza, ottimismo, entusiasmo, calma, serenità, etc. etc.

Come si vede, si ha un ampio parco di difficoltà esistenziali; si ha però anche un ampio parco di strumenti (beninteso: con variegati rendimenti nell'applicazione e nei risultati).

Tutte queste voci (e altre ancora) possono avere a che fare – in un modo o nell'altro, in una misura o nell'altra – con il nostro *Unknown Visitor*.

"Mors tua, vita mea": due estremi inconciliabili

L'avvento del nuovo coronavirus determina (fra i tanti...) un fatto *estremamente* importante, e questo avverbio non è casuale.

La salute viene declinata non solo in funzione della presenza o assenza

di malattia ma anche e soprattutto nella estrema alternativa “o la vita o la morte”. Ciò non può non avere importanti conseguenze sulla psiche.

Abbiamo allora una distressante e curiosa convergenza temporale. Nel corso della parte iniziale del XXI secolo l’umanità (all’apice del proprio sviluppo, o almeno è ciò che essa crede...) è costretta a gestire *due problemi di ordine “estremo”: il terrorismo suicidale e il nuovo coronavirus*.

Due realtà tanto diverse eppur così simili nel porre condizioni del tipo “non plus ultra”.

Curiose ma ben visibili sono certe somiglianze tra i due fenomeni. Il terrorismo “assoluto e senza limiti” (Peirone, 2017) si colloca – nella realtà esterna come pure nella profonda realtà interna dell’inconscio – accanto al nuovo coronavirus. Quest’ultimo risulta infatti estremo come il terrorismo estremo del XXI secolo. Entrambi estremi e quindi “gassosi”.

Bauman nel 2006 parla di “paura liquida” che pervade la società “liquida” post-moderna. Giusto, all’epoca, ma forse c’è di più: probabilmente oggi siamo allo stadio “gassoso”, che pervade la società iper-moderna. Il terrorismo suicidale si colloca a questo ulteriore livello. La paura, oggi, assume una “gassosità” corrispondente al terrorismo senza limiti: la paura tende facilmente a sfociare nel terrore e quindi nella totale incontrollabilità (conoscitiva e pratica). E il virus non si sottrae a questa “percezione”...

L’impalpabile/invisibile “gassosità” è più spostata verso il “limite estremo”.

C’è sempre più violenza umana in giro (anche non terroristica) ed è sempre più imprevedibile, estrema. Così come estremo (nella sua misteriosa potenza) appare il nuovo coronavirus. Due fenomeni somiglianti e contemporanei... Strane coincidenze: accomunate dal Male, cioè dai vissuti (soggettivi ed inconsci) del male presente nel mondo, nella vita...

Si potrebbe ormai dire *iper-terrorismo e iper-virus*: entrambi tipici di una *società iper-moderna*. Due nemici e due conflitti estremi, per l’odierna umanità. Come può l’inconscio non risentire di questa situazione? Come si può non utilizzare la psicoanalisi per cercare di capire qualcosa e di fare qualcosa?

Guerra o convivenza?

Ritornando al virus...

Siamo in guerra: almeno psicologicamente (meglio sarebbe dire: anche biologicamente), o il virus uccide l'Uomo o l'Uomo uccide il virus. Al di là di una ipotetica "convivenza" ancor da dimostrare, questa è la cruda realtà. È la realtà polemologica, quella ben descritta da Franco Fornari (1966) a proposito del massimo conflitto fra gli esseri umani, realtà che pone drammatici problemi e interrogativi esistenziali (oltre che pratici). Abbiamo due specie in lotta fra loro. Riprendendo gli studi fornariani di polemologia inter-umana e applicandoli alla odierna situazione pandemica, si riscontra la asimmetria "bellica" nella relazione fra SARS-CoV-2 e l'essere umano: siamo al "mors tua vita mea".

Ma esiste anche un'altra asimmetria. I due contendenti non hanno esattamente gli stessi interessi. Inquadrato dal punto di vista umano, si ha un esempio del classico "gioco a somma zero": io (uomo) posso vivere solo se tu (virus) muori: sterminio-annientamento mediante farmaci, anticorpi, vaccino. Invece, inquadrato dal punto di vista virale, il gioco è un po' diverso: al virus conviene che non tutti gli ospitanti muoiano... per cui sembra più "schiavitù e sfruttamento" che "sterminio".

Il virus, paradigma dell'Interno Oggetto Cattivo

Il virus viene da fuori e poi entra dentro. Psicoanaliticamente parlando – in particolare con il linguaggio di Melanie Klein e degli esponenti della teoria delle relazioni oggettuali – il virus fa parte del Reale Mondo Esterno e minaccia il Fantasmatico Mondo Interno. L'oggetto pericoloso minaccia mortalmente il soggetto: l'Oggetto Cattivo si nutre, fagocitandolo, dell'Oggetto Buono. Almeno questa è la "percezione/immaginazione" dal punto di vista della vittima (che è umana), secondo il linguaggio dei vissuti inconsci profondi.

È sufficiente pensare a questa situazione: il sapere di essere contagabile oppure contagiato oppure malato, può comportare sia l'ovvia angosciante consapevolezza del poter morire sia il terribile vissuto profondo per cui è la Morte (quale archetipo) a *"convivere" all'interno dell'individuo stesso*. Come si può ostacolare un qualsivoglia istintuale substrato inconscio nel suo probabile accompagnarsi a questa drammatica o tragica presa di coscienza? Come si può sfuggire all'attivazione immaginativa di una spinta così tanto primitiva (la Pulsione di Morte)?

Conoscenza e comprensione, ma di cosa e come?

Uno dei fondamentali bisogni dell'essere umano è quello di *conoscere*, e quindi anche di *comprendere*. Ma come si fa a soddisfare queste esigenze di base a fronte di un virus sostanzialmente inconoscibile e incomprensibile? Da qui l'ansia/angoscia, la "fibrillazione" emotiva e cognitiva (nonché comportamentale).

Il nuovo coronavirus scardina ogni certezza, per cui la psiche paradossalmente "si riempie di nulla". Non si hanno più punti di riferimento: né quelli concreti e pratici del Mondo Esterno né quelli più sottili del Mondo Interno, che sono addirittura più importanti per il loro ruolo di "stabilizzatori" dell'umore (e quindi della salute intrapsichica).

Inoltre, il pericolo è ovunque, il rischio di malattia è ovunque. La "*Morte ovunque*" è il fantasma che si aggira nella psiche. Come impedire che, dalle profondità, venga a galla un simile *Erlebnis*, assoluto e totalizzante?

Elaborare difensivamente... cosa e come?

Si comprende subito la gravità di questa nuova situazione infettivologica e psicologica. Ciò che risulta frequente e abbastanza normale per l'equilibrio e per la sopravvivenza della psiche umana (vale a dire i salutari meccanismi psichici di difesa in funzione dell'adattamento vitale) ora viene compromesso. Le psico-difese "saltano", si sgretolano o quanto meno tendono a scricchiolare. Basti pensare a quanto segue (che è soltanto un accenno a quel che succede nel mondo della psiche).

Relazione e proiezione aggressiva sono impossibili e paradossali contro un nemico misterioso, invisibile, intangibile, sconosciuto, e pure ingannatore, anche perché questo "nemico virale" presenta manifestazioni sintomatiche ampiamente coincidenti con quelle di altre malattie molto meno pericolose.

La diagnosi medica è pertanto difficile, con un "nemico senza divisa" che pure "si mimetizza" e "mente": un "vigliacco", insomma. E qui, da queste parole, ovviamente si ribadisce l'entrata in gioco della psicologia. Se si dice e se si pensa in termini di "nemico", automaticamente si rimanda a "guerra", "guerriglia senza quartiere", con relativa soggettivizzazione del virus.

Al di là della prospettiva medico-organica, con i suoi attuali pesanti

limiti nel conoscere e nell'agire, viene fortemente corrosa anche la prospettiva psicologica. Consucia o inconscia che sia (ma soprattutto inconscia) viene quasi del tutto compromessa *l'elaborazione psichica*, cioè la risposta difensiva all'attacco. Infatti, come si può reagire ad un nemico "impredibile", che è tale in quanto "sembra non esserci"?

Se "Lui" io non riesco a coglierlo (inquadrandolo nel mirino quotidiano reso possibile da occhio e mente), allora non esiste "bersaglio", allora non esistono "regole di ingaggio". È una guerra ben strana perché io ci sono sul campo di battaglia, ma Lui dov'è? Non solo non riesco a colpirlo (siamo sempre nel campo dei vissuti psichici) ma non esiste nemmeno la possibilità di relazionarsi. È un lottare al buio, nel vuoto, nel nulla: con l'inevitabile scoraggiamento, che sin da subito si innesca.

Mi dico (soprattutto implicitamente e inconsciamente) "Ok, sono in guerra, ma che faccio? Concretamente, praticamente? Posso fare praticamente nulla. Sono impotente, del tutto". Questo vissuto è presente, tendenzialmente, in ogni essere umano. Ed è angosciante, destrutturante tanto l'Io quanto il Sé, per non parlare dell'Ideale dell'Io che da questo conflitto esce avvilito.

Di fronte al virus: psicologia e psicoanalisi dell'emergenza nella dialettica fra l'astratto e il concreto

La Scienza e la Tecnica fanno parte del mondo di oggi. Ma ciò avviene sempre? Per tutti? In ogni circostanza di vita? L'Inconscio Psicico non ci mette mai lo zampino?

È pur vero che l'odierna razionalità e la secolarizzazione sono imperanti, ma non in toto. Falle vistose si aprono nella psiche quotidiana che, faticosamente, cerca di stare a galla senza venire risucchiata dai profondi e primitivi fantasmi. Basti pensare al fenomeno del *panico psicopatologico*, non a caso tanto simile al fenomeno della *pandemia virale*; basti pensare alle sacche di superstizione ben presenti nell'evoluto (?) mondo occidentale; basti pensare a quanto spesso il Male e il Demonio esplodano visibilmente negli psicotici o si lascino intra-vedere nei ben più tranquilli pazienti nevrotici.

Durante la lunga cosiddetta evoluzione della specie umana, in effetti nel profondo e nell'intimo più nascosto la psiche non è cambiata più di tanto.

Durante l'attacco di panico può avvenire anche la "paralisi simil catatonica", più mentale che comportamentale. Lo *stupor* pervade la psiche umana. Il cattivo Dio Virus è in grado di stupire e paralizzare: il "*fight*" e il "*flight*" non funzionano più, domina il "*freeze*". Meravigliato e incredulo, disorientato e stordito, anche l'individuo umano più istruito e acculturato può "perdere la ragione" di fronte all'improvviso apparire del malefico dio.

Il timore per il dio... il dio che sarà buono o cattivo, favorevole o sfavorevole? Ma il dio, quale esso sia, è, per definizione, più potente dell'essere umano... E, in questo periodo, il nuovo coronavirus è più potente. Come un dio, esso si cela e si svela a proprio piacimento. Può venire frenato, contenuto nei suoi movimenti infettanti, ma, al momento, l'essere umano poco sa e poco può.

Di conseguenza, il "mostro" si agita nella nostra psiche. Ne costituisce il *Perturbante*. E, oggi, questo mostro ha un nome scientifico ben preciso: SARS-CoV-2. Ma questo acronimo ben poco dice alla gente comune, ben poco dice all'inconscio che continua a funzionare come sempre.

Il "mostro" (sia il concetto generale sia il virus particolare) suscita l'orrore/terrore per il Nulla e per il Vuoto: da cui "*horror vacui*" e, in psicopatologia, la comprensibile *agorafobia*. In fondo, l'attuale virus e l'attuale malattia sono come se arrivassero dal nulla, da un spazio aperto, forse infinito e come tale misterioso e incomprensibile.

Parlando in termini di psicologia del profondo, e quindi di psicoanalisi, ecco comparire il mostro dotato di ambivalenza. Esprimendoci in simboli fantasmatico-inconsci: il "Mostro Buono", il "Mostro Cattivo", l'"Oggetto Buono che si mostra/rivela", l'"Oggetto Cattivo che si mostra/rivela". Ma con il nuovo coronavirus è il Negativo a trionfare.

A questo punto, però, si pone una obiezione. Ma tutto questo contenuto, questo livello culturale così astratto, come si concilia con la pressante, sanitaria, carnale, economica e sociale urgenza per il concreto individuo, per la concreta popolazione? Quanto detto sopra non è forse solo "cultura accademica" priva di riscontri pratici (soprattutto clinici)?

Obiezione accolta, legittima, con pronta legittima risposta.

Dalle vette culturali della disciplina psicoanalitica e delle scienze umano-sociali alle verità di base della psiche quotidiana, in realtà tutto va bene, purché inserito in una corretta visione e con la giusta precisione (e con la consapevolezza dei limiti, sia della teoria sia della prassi).

Basterebbe citare Karl Marx: il fondatore del “materialismo storico” (concetto ben ancorato alla realtà oggettiva) è l’autore del *metodo circolare “concreto-astratto-concreto”*, per cui la prassi, persino la più concretamente banale, è costretta a transitare all’interno della teoria, per uscirne potenziata.

Ovviamente, nel vivo e rovente attimo dell’intervento operativo sull’organismo che soffre nella carne e nello spirito (nel pronto soccorso, nel reparto di terapia intensiva, con la perdita del posto di lavoro, etc.), non si può fare teoria più di tanto (oltre tutto di così elevato livello). Tuttavia, nella formazione dell’operatore che “ci mette le mani e se le sporca” non dovrebbe mancare un minimale “pacchetto” di teoriche linee-guida, pacchetto in ultima analisi incentrato sulla “profonda soggettività” di chi esercita una forma (non importa quale) di Aiuto-all’Altro.

Si può così spaziare dai mega-testi di tecnica psicoanalitica alle utilissime specifiche indicazioni su come fronteggiare al momento i negativi effetti sulla psiche prodotti dalla pandemia CoViD-19 (Ministero della Salute, 2020; Istituto Superiore di Sanità, 2020; CNOP, 2020a e 2020b). Va tutto bene, purché lo si sappia usare, e quindi collocare nella giusta “casella” del complesso puzzle scientifico-tecnico.

In fondo, riflettendo attentamente e citando due illuminanti paradossi, *le idee sono la cosa più reale che esista al mondo* (John Dewey) e *non esiste nulla di più pratico di una buona teoria* (Kurt Lewin).

Respirare... la Vita

Torniamo al nostro “Nemico”, giustamente chiamato “Coronavirus 2 della SARS. Sindrome respiratoria acuta grave”.

Insufficienza respiratoria... polmonite interstiziale... trombi bronchiali... embolia polmonare...

Più fisico di così... Più capace di evocazione simbolica, forse non si può.

Qual è lo specifico *Erlebnis*, qual è il significato esperienziale-simbolico del “respiratory disease” tipico del SARS-CoV-2?

È “qualcosa” (virus + malattia) che mina alla base l’organismo vivente.

Il polmone è il principale bersaglio del nuovo coronavirus: un mantice (sia reale sia immaginario) che produce il soffio, il Soffio Vitale (la Psiche), il Soffio Innovatore (la Creatività).

Per l'essere umano, se non si respira non esiste vita (fisicamente e psichicamente). Senza il respiro/Respiro non si nasce, e si muore.

Il respiro, fisicamente inteso, è indispensabile per la vita, fisicamente intesa. Inoltre, è correlato con la psicologia dinamica (quindi con gli aspetti profondi, pure inconsci, del senso dell'esistenza) e con la psicosomatica. Non il solo corpo dipende dal respiro, anche la psiche. Nel linguaggio di tutti i giorni si dice "Finché c'è fiato, c'è vita" e anche "Come stai?"... "Eh, respiro...", intendendo la sopravvivenza materiale e anche la funzionalità immateriale.

La malattia e il malessere, come pure la salute e il benessere, dipendono strettamente dalla funzione respiratoria.

E ancora, il respiro risulta centrale nella ricerca sul simbolismo: il Respiro è Vita, nonché Alito Vitale nonché Anima. Senza una corretta respirazione l'individuo sta male ed esperisce il Male. Nell'ottica della psicoanalisi, alla luce dell'Inconscio, il respiro (quello reale) e il Respiro (quello simbolico) pre-figurano (fanno immaginare in anticipo) il possibile esito finale: la morte (reale) e la Morte (simbolica).

Pensiamo inoltre al nesso fra vitalità e sicurezza. Le soggettive sicurezze dell'Io ("so cosa faccio") e del Sé ("so chi sono io") derivano dal respiro somatico, che le alimenta in virtù della *vitale ritmicità e regolarità* del proprio funzionamento.

Abbiamo due fasi: portare dentro l'ossigeno ed espellere l'anidride carbonica. L'inspirazione-empimento equivale a costruire l'organismo; l'espiazione-svuotamento equivale ad espellerne le scorie. Si crea e si distrugge. Il ripetere all'infinito le due fasi fisiologiche attiva il senso della Creazione e Ri-creazione. Respirare è un'operazione simbolica: Vita-Morte-Vita, Nascita-Morte-Rinascita.

Attacco al Respiro: negazione, rimozione, scissione, azzardo, etc.?

L'attacco portato dal cosiddetto "Corona" è di estrema potenza simbolica. Pensiamo al significato profondo della pratica medica non a caso chiamata "ri-animazione". Per riattivare il carente respiro occorre ossigeno, occorre "aria". Il malato viene "Animato nuovamente". Non importa la fede religiosa o la concezione laica: in molte culture la vita viene data dal Soffio del

Dio. L'alto è invisibile, però esiste... e il virus si trasmette anche con l'alto!

In casi gravissimi di CoViD-19 il corpo del paziente viene costretto ad uno spaventoso "tour de force" che la gente comune forse dovrebbe vedere o almeno immaginare, quale deterrente per incauti comportamenti. Sia la malattia sia la terapia intensiva per "ridare l'Anima" comportano la sensazione di soffocamento: psicoanaliticamente parlando, una tale esperienza costituisce la vetta dei vissuti di morte, è la cosciente e lucida perdita del Soffio Vitale. In questi reparti ospedalieri *La Cosa* e *Alien* prendono corpo...

Il fatto curioso e tragico delle non poche epidemie e pandemie che il mondo ha conosciuto negli ultimi cento anni è che quasi tutte hanno comportato disturbi respiratori. Disturbi che sono stati non da poco: enormi numeri di contagiati e di morti, con sintomi orrendi (ad es., il vomitar sangue proveniente dai polmoni, tipico della "Spagnola"), tutte cose impossibili da non vedersi ad occhio nudo!

Eppure il mondo "mediatico" sembra riscoprire solo oggi vecchie fotografie del 1918-1920 dove già comparivano le ormai famosissime "mascherine" e lo stesso "distanziamento fisico" che la gente comune invece ritiene essere tattiche sanitarie appena inventate!

In altre parole, storicamente e più volte, la morte reale è stata ben *visibile* e la Morte simbolica è stata ben *intuibile*. Ciò nonostante, il "sonno della psiche" e il "sonno della ragione" sembrano aver imperato. Si sono attivati i tanti e potenti (ed ingenui) meccanismi di difesa? Forse il vedere i fatti e l'elaborarne i vissuti sono stati troppo choccati/traumatizzanti, per cui le potenti difese intrapsichiche inconsciamente hanno cancellato il tutto? Oppure ha agito il solito banale, azzardato e scaramantico pensiero "A me non tocca..."?

La storia? Ignorata. L'immaginazione? Imbrigliata, frenata, bloccata

Le risposte a queste domande sono di una tale evidenza che non ha bisogno di commenti.

Ebbene, in questi ultimi cento anni, né la conoscenza specialistica da parte della comunità scientifica né la conoscenza della gente comune hanno saputo sufficientemente evidenziare, a beneficio della vita quo-

tidiana, la gravità oggettiva (virologica, infettivologica, epidemiologica, psicopatologica) e l'immagine simbolica (soggettiva, collettiva, anche inconscia) dell'*Attacco al Respiro* quale attacco al simbolo stesso della Vita!

E allora, provocatoriamente si potrebbe dire: cosa ci stanno a fare i ricercatori, gli psicologi, gli psicoanalisti, i letterati, gli artisti, i poeti, insomma tutte le persone maggiormente dotate di sensibilità emozionale-immaginativa, se non colgono (creativamente!) il nuovo che avanza, in questo caso “il vecchio che ritorna”, il famoso “corsi e ricorsi della storia” di Gianbattista Vico?

Il senso della vita nelle professioni di aiuto

Spostiamoci ora dai simboli alle persone reali.

Quasi ogni giorno, alla fine di un duro/durissimo turno di lavoro, il singolo operatore sanitario, a volte estenuato dalla guerra anti CoViD-19, si trova a dover fare i conti con il proprio operato. Non è facile valutare l'efficacia del proprio lavoro, ma quasi in automatico questo tentativo avviene. Guardando all'indietro le proprie ore e le proprie azioni, cerca di capire e dipanare il groviglio di emozioni (fra le quali la paura e l'incertezza la fanno da padrone). “Ho agito bene?”. “Ho saputo curare?”. “Ho salvato qualcuno?”. “Ho dato un senso alla mia vita?”.

Spicca il tentativo di cogliere l'essenza delle professioni di aiuto, assenza che risiede, per l'appunto, nella sfera emozionale ed affettiva, nella dimensione esistenziale e relazionale. Ogni “practitioner” si immerge nei “vissuti” dei suoi pazienti/utenti... e, per forza, anche nei propri: vissuti che contribuiscono alla costruzione del “*senso della vita*”.

Identificarsi con l'Altro

Il portatore del Male (in questo caso il malato di CoViD-19) non può non suscitare nel soccorritore/curatore/guaritore il Senso di Morte. Costui deve difendersene, pur partecipando emotivamente ed empaticamente alle vicende (talvolta tragiche) del suo assistito. Colui che aiuta viene spinto ad “attivare” psicologicamente dentro di sé – in qualche modo e in qualche misura – tanto la malattia (sconosciuta!) quanto il malato (conoscibile!). La

tensione è massima. Lo stress è massimo e si converte in distress.

Anche nella situazione sanitaria “non psi” l’empatia, il transfert e il controtransfert sono potenzialmente presenti, e soggetti a corrosione e burnout.

Tuttavia, che si tratti di gestire il corpo oppure la psiche, bisogna avere la forza per andare avanti, per riuscire a comunicare con il “guaritore interno al paziente”, ovvero la parte “sana” del malato, la parte “buona” che convive con la parte “cattiva”... Ecco una delle fondamentali ambivalenze dell’Essere Umano, ecco uno dei privilegiati luoghi di incontro fra il Bene e il Male... e proprio nella situazione dove il Nemico Invisibile e Intangibile cerca di imparare!

L’abisso di chi cura

Il trauma è costituito da almeno due tipi, due fasi, due livelli: quello che colpisce direttamente le vittime e quello che colpisce “gli altri”, fra i quali coloro che portano soccorso. Non esiste solo il *trauma primario* delle vittime dirette, esiste anche il *trauma secondario* delle vittime indirette. Qui analizziamo in particolare quello che potenzialmente riguarda gli stessi “portatori di aiuto”.

Lucida e dolente è l’analisi di Vittorio Lingiardi (2020), citando in particolare la *compassion fatigue* definita da Charles Figley. Anche i soccorritori, *costretti a fare e impossibilitati a non guardare*, sono essere umani in qualche modo vulnerabili.

Vediamo di riprendere e approfondire.

Aver a che fare da vicino con CoViD-19 corrode (o addirittura schianta): stanchi (sempre) e frustrati (a volte), con tensione, rabbia, delusione e depressione costantemente in agguato dietro l’angolo. Ecco il costo, il prezzo da pagare nel prendersi cura di altri.

Esiste lo shock immediato, acuto, prepotente. Ed esiste la traccia di esso, che si dipana nel tempo, in modo spesso sotterraneo, con la capacità corrosiva tipica delle sofferenze sottotraccia.

Il *trauma* è una questione complessa, spesso trascurato nelle sue componenti di paura, fobia, dolore, ansia, angoscia, pensieri ossessivi che si ripetono all’infinito, chiusura in se stessi e isolamento nel proprio bozzolo in qualche modo protettivo, stati anche dissociativi per proteggersi, stress che

diventa *distress*, bruciatura-fusione-confusione interiori chiamati *burnout*.

Oltre alla ben visibile fatica muscolare, sottili dubbi e impercettibili insicurezze possono insinuarsi nella psiche sovra-sollecitata: giungendo talvolta a far vacillare la certezza sulla propria competenza, le esperienze acquisite, le “istintive” attitudini, l’intima vocazione, persino l’identità professionale.

Aiutare può logorare. Dare può portare ad esaurire se stessi, le proprie risorse, per poi giungere a non poter più aiutare-dare.

Bisogna arrivare preparati, molto preparati, per poter essere di reale aiuto alla vittima (diretta o indiretta che sia). Bisogna avere “stomaco” e lucidità, bisogna avere equilibrio personale e capacità empatica: da attivare all’istante nel momento “caldo-rovente” e da continuare a somministrare nel periodo “freddo”.

Partecipazione e distacco, al tempo stesso. Per non esplodere a caldo e per non implodere a freddo. Per avere, sin dall’inizio, la consapevolezza che anche il soccorritore può diventare vittima, e quindi persona bisognosa di riparazione: per non cadere nella disperazione (manifesta o silente) del terapeuta bruciato.

L’Eroe, la Cura e la vita ordinaria

Gli operatori sanitari (e anche altri in prima linea) nei convulsi giorni di caos pandemico sono eroi? Individui stremati, individui che addirittura mettono a repentaglio la propria vita, individui che muoiono nell’esercizio del proprio dovere lavorativo o dovere etico-sociale: sono eroi?

L’Eroe (scritto proprio con l’iniziale maiuscola!) ha a che fare con il Mito e con il Divino... ma nella quotidianità questo Simbolo, questo Archetipo, difficilmente si possono concretizzare. Certo, la Cura è un atto extra-ordinario, potente, vitale... ma, valutato per quel che è nel quotidiano (e non nell’Immaginario che tende all’Infinito), è un *atto professionale*, sorretto dalla scienza e dalla responsabilità.

Anche qui, oltre al doveroso e realistico omaggio a Persone Coraggiose ma non necessariamente Eroi, si riscontra lo slancio che esalta (per tener su il morale!) e che aspira all’Assoluto.

Cosa c’è di più Eroico del lottare contro il Mostro, contro il Drago? Nulla, ma qui siamo nell’ambito di un vissuto carico di primitività in-

conscie (anche collettive), sì utili per incoraggiare sul momento ma poco realistiche di fronte ad un nemico terribilmente realistico e persistente (interpretato soggettivamente come “ostinato”, “cocciuto”).

È comprensibile questo vissuto, ma è frutto di un eccesso di entusiasmo, è fuorviante, anche perché rischia di non durare nel tempo...

Colui che lavora (assiduamente e onestamente) non assurge al ruolo e alla nomea di eroe, tanto meno a quella di Eroo.

E allora il quesito: medici, infermieri, operatori socio-sanitari, barellieri, ambulanziere etc. sono eroi? In senso irrazionale sì, in senso razionale no.

Eroi? Ragionevolmente no. Sicuramente da applaudire, sostenere, aiutare, talvolta anche da curare. Meritano onore e rispetto, non “adorazione” dettata da effimere inconscie pulsioni mosse dal terrore della Morte.

Umiltà della psicologia e della psicoanalisi (soprattutto nel caso di epidemia/pandemia virale)

La scienza, tutta la scienza, è riservata, persino modesta e pudica, in un mondo che invece strepita. La Scienza non urla, sussurra: la Verità è nuda e non ha bisogno di speciali paludamenti. A maggior ragione così sono le scienze dello “spirito”, e quindi anche la psicologia e la psicoanalisi. In situazioni altamente problematiche l’unica etica possibile è quella del dubbio, della auto-criticità.

Consapevole dei grandi limiti rilevati dall’epistemologia (Hook, 1959; Peirone, 1979; Grünbaum, 1984; Peirone, 1985 e 2004), la psicoanalisi avanza timide teorie, tiepide congetture e ipotesi, non sempre controllabili, in particolare non sempre falsificabili secondo il classico modello presentato da Popper (1969).

Ciò nonostante, essa esiste e continua il suo paziente lavoro:

- produce *cultura*, con un alto rendimento;
- produce *conoscenza clinica* (diagnosi), con un minore rendimento;
- produce *intervento* (terapia o profilassi), con un ancor minore rendimento.

La psico-analisi (“analisi della psiche”) resiste sulla breccia, sulle barri-

cate, anche quelle che la vedono, in qualche modo, fronteggiare il nuovo coronavirus e la relativa pandemia: soprattutto nell'ottica formativa degli operatori della salute, per fornire loro qualche strumento in più per meglio gestire tanto la vittima quanto essi stessi, praticanti le *"helping professions"*.

C'è dell'utile, nella scienza fondata da Sigmund Freud. E in queste pagine, forse, lo si sta dimostrando.

Fare luce...

Forse, oggi, nel tentativo di fronteggiare l'invisibile e intangibile nemico, siamo veramente "nel cuore dell'Uomo", per usare l'espressione di Erich Fromm. E bisogna decidere; ma *per decidere bene bisogna immaginare bene*.

Lungo l'intera opera omnia dei due pilastri della psicoanalisi (Sigmund Freud e Carl Gustav Jung) l'indicazione di fondo è chiarissima: *"rendere conscio l'inconscio"*. Cosa fra l'altro centrale già nell'antica indicazione socratica e presocratica: *"Conosci te stesso"*, intendendo implicitamente la necessità di accedere alla parte nascosta di ciascuno di noi.

Illuminare, elaborare, modificare, sublimare: questo in sintesi è il messaggio della psicologia del profondo. Trasformando i *negativi fantasmi inconsci* in *positive fantasie consce*. Immaginando creativamente ad ampio raggio sia la malattia sia la salute e attivando la parte più nascosta e "sacra" della psiche: l'Anima.

L'inconscio: tra verità e falsità

Nella psiche è veramente fragile il confine tra salute e malattia. Lo si può vedere anche nell'imponente e pericoloso fenomeno delle *fake news*, che vengono ad inquinare il già precario equilibrio su cui si regge la verità: al punto da doversi coniare il neologismo *"infodemia"*, quale autentica epidemia delle idee. E anche qui si assiste a falsità che si sono intenzionali e di cui si è consapevoli ma che, in qualche modo, non possono non provenire dagli "interni oggetti cattivi" che popolano la Psiche e che testimoniano *l'insufficiente controllo dei fantasmi profondi*: l'Inconscio Male Interno purtroppo esiste...

“Debolezza” ma anche forza della psicologia (pure in situazione di emergenza)

Come concludere questi appunti sparsi, scritti in parte di getto (ma anche in una certa misura meditati) sotto l’infuriare di SARS-CoV-2?

Partiamo da una considerazione sui limiti del presente scritto. Queste note, in fondo poche rispetto a quelle possibili, sono decisamente rivedibili e, soprattutto, ampliabili: un sasso (fra i tanti) gettato nello stagno, per smuovere le acque... e portare ad ulteriori riflessioni, ad ulteriori scoperte, ulteriori applicazioni...

Inoltre, ribadiamo, non vanno dimenticate le difficoltà metodologiche di base per quanto riguarda la psicologia.

Purtroppo, la psiche è (in ultima analisi) individuale, interna, instabile, non sempre facilmente osservabile-misurabile, e per più con un innegabile “dark side of the Moon” (l’inconscio). I limiti scientifici – risultati conoscitivi, pratici ed epistemologici – della psicologia (in particolare della psicologia dinamica e del profondo) sono evidenti... ma tant’è... Bisogna far fuoco con la legna che si ha...

Detto ciò (e con pieno rispetto delle discipline della natura), in ogni caso **la psicologia è una Scienza**, anche perché utilizza comunque il metodo scientifico. E come tale va riconosciuta, nella sua efficacia e nelle sue debolezze. E i suoi scienziati, i suoi ricercatori, i suoi docenti ci sono. Ed è anche una **Tecnica**, una professione, con i suoi operatori, con i suoi “practitioners”. La società ha bisogno di psicologi, nelle tante diramazioni delle loro competenze e capacità, dai livelli di base ai livelli di super-specializzazione.

In particolare, va riconosciuta, nei fatti e non solo nelle parole, la funzione della psicologia anche quale “disciplina sanitaria” che, nel settore pubblico come nel settore privato, svolge una ormai indispensabile azione mirata sia alla eliminazione del malessere sia alla costruzione del benessere: detto altrimenti, l’obiettivo è la protezione-promozione della salute quale “bene primario”, quale diritto allo star bene, allo star meglio, allo star meglio sempre più.

In particolare, ancora, l’attuale tragica vicenda del nuovo coronavirus sta permettendo una rapida crescita delle applicazioni della psicologia, e ciò su vasta scala demografica, coinvolgendo vaste fasce di popolazione che fino a ieri non ne fruivano o non ne volevano fruire. L’intervento

psicologico è oggi, invece, decisamente in primo piano sulla scena.

Curiosa e paradossale situazione: l'emergenza/emersione del nuovo coronavirus porta all'emergenza/emersione della psicologia...

Legittima è pertanto la presenza crescente della psicologia. Varie sono le sue possibili direzioni applicative (soprattutto pratiche) nella gestione degli sconvolgenti effetti di SARS-CoV-2 e di CoViD-19, del virus e della malattia:

- l'intervento "dopo" e l'intervento "prima"
- il tamponamento dello shock e del trauma
- la ristrutturazione percettiva del tempo e dello spazio
- l'azione rassicurante dell'ascolto
- la rimodulazione emozionale e affettivo-relazionale
- la ristrutturazione cognitiva
- la ristrutturazione comportamentale
- il calore umano dei sentimenti (e non più del corpo)
- l'"abbraccio" (un tempo anche reale e oggi solo virtuale) al malato-paziente
- la capacità introspettiva
- la tecnica del provare e affinare e usare l'empatia
- l'identificazione con l'Altro e i suoi problemi
- la capacità relazionale
- la capacità comunicativa
- la capacità trasformativa
- il sottile gioco transferale e controtransferale
- la delicatissima e difficile arte del conforto
- la difficile e delicata induzione di "positività" e "ottimismo", in particolare sotto forma di speranza
- l'intervento "all'istante", la diagnosi, la cura, la riabilitazione, la prevenzione
- l'intervento sulle varie "vittime" (i contagiati, i malati, i parenti/amici dei vivi e dei morti, gli operatori sanitari in prima linea, gli amministratori, etc.)
- l'assistenza per l'elaborazione del lutto
- la consulenza psicocomportamentale per la sicurezza sanitaria nella vita privata, nella vita sociale e sul posto di lavoro
- la consulenza a beneficio dei "decisori" nell'ambito delle "social

- and economic policies”
- l'utilizzo dell'enorme bacino di informazioni ricavabili dall'attività di ricerca (interdisciplinare e multidisciplinare) e dall'attività di “action-research” (essa stessa praticata con discipline in sinergia)
 - il recupero della “funzionalità culturale”
 - il recupero della capacità progettuale
 - il recupero del “significato” dell'esistenza e del “senso” della vita
 - etc. etc. nei vari ulteriori dettagli.

Scienza della Vita, scienza per la Vita

Scorrendo questo – volutamente breve – elenco, appare evidente l'ampio ambito del “poter fare”, della operatività (tanto pratica quanto teorica): pertanto è innegabile il senso della presenza della psicologia di fronte al “Nemico Virale” e alle conseguenze da esso generate.

Va segnalato – per la serie “si chiude una porta e si apre una porticina”, come spesso accade nelle situazioni critiche – un effetto collaterale positivo (e imprevisto) del virus. L'attuale pandemia sta permettendo, per la prima volta nella storia della psicologia italiana, una attivazione e un riconoscimento quale disciplina importante, in certi casi addirittura indispensabile in ambito sanitario.

La crisi, ogni crisi, teoricamente apre due strade: l'una con problemi insolubili, quindi negativa e destabilizzante; l'altra con nuovi problemi risolvibili, quindi positiva e stimolante. C'è un bivio, c'è una biforcazione. Si tratta di saper distinguere fra le due strade, imboccando quella giusta. Per fare ciò occorre la *flessibilità psichica*, basata su *resistenza e creatività*, per una efficace capacità di risposta agli stimoli (per quanto impaurenti, ansiogeni e distruttivi possano essere).

In particolare, volendo sintetizzare l'aspetto pragmatico, si tratterebbe di utilizzare in modo produttivo *la giusta quota di paura e di ansia*, intese quali strumenti di segnalazione dei rischi (sia reali sia potenziali): due emozioni prodromiche in funzione delle operazioni psichiche di *coping* (far fronte a), *resilienza* (resistere all'impatto e adattarsi elasticamente alle nuove condizioni esistenziali determinate dallo stimolo pericoloso), *coraggio* (giusta, consapevole e razionale via di mezzo fra paura e temera-

rietà, come già Aristotele aveva saggiamente indicato).

Uscendo dall'elenco psicologico tout court (con focus sulle derivazioni cliniche e di organizzazione comunitario-sociale) e ritornando alla principale duplice chiave di lettura (psicopatologica e psicoanalitica) di questo saggio, si può affermare che l'Invisibile-Intangibile è un connubio di profondi concetti i quali, oggi più che mai nella storia dell'umanità, lanciano una sfida alla specie umana, sul doppio versante del Male e del Mistero.

La psicopatologia (conoscenza delle possibili e concrete sofferenze psichiche derivanti dall'impatto con il "nemico") e la psicoanalisi (conoscenza delle possibili/probabili reazioni intrapsichiche inconscie derivanti dall'impatto con il "nemico", nonché attivazione delle risorse profonde e nascoste e connesse alle "parti buone" dell'inconscio) sono entrambe a disposizione per indicare, attivare e utilizzare *opportunità* nate dalla crisi pandemica.

Il tutto con l'obiettivo di base di recuperare *consapevolezza*, con lo scopo di ri-svegliare le coscienze e ri-attivare l'attenzione, troppo spesso ancora "dormienti". Il tutto, alla fin fine, per costruire (in realtà ri-costruire) una nuova personalità nell'Essere Umano, una nuova Psiche, un rinnovato Soffio Vitale, nell'ambito di un Pro-getto che, dopo la Morte (ahinoi reale, ma in effetti anche simbolica), possa tracciare la via che conduce alla Ri-Nascita.

Bibliografia

- APA (American Psychiatric Association) (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, Fifth Edition (DSM-5)*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing. (Trad. It. *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali. Quinta edizione (DSM-5)*. Milano: Raffaello Cortina Editore, 2014).
- Bauman, Z. (2006). *Liquid fear*. Cambridge, UK: Polity Press. (Trad. It. *Paura liquida*. Roma-Bari: Laterza, 2006).
- Bongar, B., Brown, L. M., Beutler, L. E., Breckenridge, J. N., & Zimbardo, Ph. G. (Eds.) (2007). *Psychology of terrorism*. New York, NY: Oxford University Press.
- Brooks, S. K., Webster, R. K., Smith, L. E., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N., et al. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *The Lancet*, 395, 912-920.
- Caretti, V., & Craparo, G. (Eds.) (2008). *Trauma e psicopatologia. Un approccio evolutivo-relazionale*. Roma: Astrolabio-Ubaldini.
- CNOP (Consiglio Nazionale Ordine Psicologi) (2020a). *Vademecum psicologico Coronavirus per i cittadini*. Roma: CNOP.
- CNOP (Consiglio Nazionale Ordine Psicologi) (2020b). *Guida anti-stress per i cittadini in casa*. Roma: CNOP.
- Fornari, F. (1966). *Psicoanalisi della guerra*. Milano: Feltrinelli.
- Grünbaum, A. (1984). *The foundations of psychoanalysis: a philosophical critique*. Berkeley & Los Angeles, CA: University of California Press. (Trad. It. *I fondamenti della psicoanalisi*. Milano: Il Saggiatore, 1988).
- Hook, S. (Ed.) (1959). *Psychoanalysis, scientific method, and philosophy*. New York, NY: New York University. (Trad. It. *Psicoanalisi e metodo scientifico*. Torino: Einaudi, 1967).
- Istituto Superiore di Sanità (2020). <https://www.epicentro.iss.it/coronavirus/>
- Kernberg, O. F. (1975). *Borderline conditions and pathological narcissism*. New York, NY: Aronson. (Trad. It. *Sindromi marginali e narcisismo patologico*. Torino: Boringhieri, 1978).

- Klein, M., & Riviere, J. (1937). *Love, hate and reparation*. London: Hogarth. (Trad. It. *Amore, odio e riparazione*. Roma: Astrolabio-Ubaldini, 1969).
- Kohut, H. (1971). *The analysis of the Self*. London: Hogarth Press. (Trad. It. *Narcisismo e analisi del Sé*. Torino: Boringhieri, 1976).
- Legrenzi, P. (2019). *A tu per tu con le nostre paure. Convivere con la vulnerabilità*. Bologna: il Mulino.
- Lingiardi, V. (2020). Come uscire dall'abisso. Il recupero psicologico di medici e infermieri. *La Repubblica*, 4 aprile 2020.
- Lingiardi, V., & Gazzillo, F. (2014). *La personalità e i suoi disturbi. Valutazione clinica e diagnosi al servizio del trattamento*. Edizione aggiornata. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- MacLean, P. (1973). *A triune concept of the brain and behaviour*. Toronto: Buffalo. (Trad. It. *Evoluzione del cervello e comportamento umano. Studi sul cervello trino*. Torino: Einaudi, 1984).
- Matte Blanco, I. (1981). *L'inconscio come insiemi infiniti. Saggio sulla bi-logica*.
- Ministero della Salute (2020). <http://www.salute.gov.it/nuovocoronavirus>
- Norcross, J. C. (Ed.) (1986). *Handbook of eclectic psychotherapy*. New York, NY: Brunner/Mazel.
- Peirone, L. (1979). Epistemologia e psicoanalisi. In L. Peirone, *Emancipazione, responsabilità, psicoanalisi e scienza* (pp. 41-85). Padova: CLEUP.
- Peirone, L. (1985). La spiegazione e l'interpretazione in psicoanalisi. In A. Salvini, & T. Verbitz (Eds.), *Il pensiero antinomico. Antinomie e conflitti epistemologici nella psicoanalisi* (pp. 135-166). Milano: FrancoAngeli.
- Peirone, L. (2004). Epistemologia e psicoanalisi. In Centro di Studi e Ricerche "Mario Pannunzio" (Ed.), *Annali del Centro Pannunzio. Anno XXXV – 2004/2005* (pp. 243-249). Torino: Centro di Studi e Ricerche "Mario Pannunzio".
- Peirone, L. (Ed.) (2017). *La vita ai tempi del terrorismo. Psicologia e fiducia per gestire la paura e fronteggiare il Male*. Torino: Edizioni Ordine degli Psicologi del Piemonte.
- Popper, K. R. (1969). *Conjectures and refutations*. London: Routledge

- & Kegan Paul. (Trad. It. *Congetture e confutazioni. Lo sviluppo della conoscenza scientifica*. Bologna: il Mulino, 1972).
- Spinney, L. (2017). *Pale rider. The Spanish flu of 1918 and how it changed the World*. London: Jonathan Cape, Vintage, Penguin Random House. (Trad. It. *1918 L'influenza spagnola. La pandemia che cambiò il mondo*. Venezia: Marsilio Editori, 2018).
- Vattimo, G. & Rovatti, P. A. (Eds.) (2010). *Il pensiero debole*. Milano: Feltrinelli.
- Weber, M. (1922). *Gesammelte Aufsätze zur Wissenschaftslehre*. Tübingen: Mohr. (Trad. It. *Il metodo delle scienze storico-sociali*. Torino: Einaudi, 1958).
- Winnicott, D. W. (1965). *The maturational processes and the facilitating environment. Studies in the theory of emotional development*. London: The Hogarth Press and the Institute of Psycho-Analysis. (Trad. It. *Sviluppo affettivo e ambiente. Studi sulla teoria dello sviluppo affettivo*. Seconda edizione riveduta. Roma: Armando Editore, 1974).

L'anziano e le sue paure nel tempo della pandemia

Carlo Cristini

Introduzione

La paura è un'emozione primitiva, presente in tutto il regno animale, connaturata alla stessa condizione esistenziale (LeDoux, 2012; Adolphs, 2013; Asok, Kandel e Rayman, 2019). Fuggono gli animali davanti al pericolo, assumono atteggiamenti di difesa gli esseri viventi quando si sentono minacciati, quando temono per l'incolumità propria, della prole o del gruppo di appartenenza (Kim e Jung, 2018).

La paura e l'angoscia nascono dalla percezione di un pericolo, di una minaccia, presunti o reali (Freud 1915-1917; Freud 1920; Freud 1922; Freud 1925) e possono svilupparsi in vario modo.

Spesso si teme ciò che non si conosce, che appare incerto e oscuro. Si ha paura del buio e dell'ignoto, come può accadere per la minaccia di una pandemia (Taylor, 2019).

Si prova in genere uno stato di ansia o di angoscia quando vengono a mancare i riferimenti stabili, si ha incertezza del futuro, si prospetta una situazione di forzata solitudine e di isolamento, interviene nella propria vita o in quelle di persone care una malattia impegnativa, cronica o invalidante: condizioni che già rappresentano le prevalenti paure dell'anziano (Cesa-Bianchi et al., 2016; Cristini, 2018). Si temono le incognite, ma evocano una reazione di paura o di spavento anche stimoli noti, per quanto rappresentano e per le conseguenze che si possono verificare.

Scorgere all'ultimo istante un segnale che avvisa di una situazione che può essere motivo di esperienze negative, anche drammatiche, induce una condizione di allarme e di angoscia, come pare accadere a qualcuno incontrando persone estranee in condizioni di non tutela di un possibile contagio (mancanza di distanziamento sociale, non utilizzo delle protezioni individuali ed ancor più se vi sono starnuti o colpi di tosse).

Freud (1915-1917; 1925) sosteneva che esistono paure comuni a gran parte delle persone e fobie specifiche, tra le prime annoverava la paura del buio e dei serpenti.

Il buio per il bambino raffigura l'incognita percepibile, l'ignoto e il vuoto reificati, rappresenta l'assenza di un punto di riferimento, la mancanza di segnali di rassicurazione, può evocare il pensiero del distacco e della perdita della madre, la possibilità del non ritorno della primaria fonte protettiva, l'angoscia dell'abbandono e l'affiorare dell'incapacità di autosussistenza. Scrive Freud (1925, p. 529): "L'angoscia del bambino non è originariamente se non l'espressione del fatto che essi sentono la mancanza della persona amata (...) hanno paura al buio, perché al buio non si vede la persona amata, e si tranquillizzano se possono prenderla per mano".

Il buio richiama l'assenza e la scomparsa della madre (la persona amata) che insinuano o attivano il fantasma della minaccia alla propria esistenza, il pericolo di morte, della propria morte.

Quali percorsi o dinamiche interiori si sviluppano nella vita di un individuo rispetto a queste antiche esperienze e come e quando possono eventualmente ripresentarsi?

Scrive Freud (1915a, p. 133): "Lo stato psichico precedente può per lunghi anni non esprimersi esteriormente, pur continuando a sussistere tanto da potere un bel giorno tornare a divenire... l'unica forma di espressione (...) quel che vi è di primitivo è imperituro nel vero senso della parola".

Nell'assenza di riferimenti e conforti familiari, di un volto e di una mano amichevoli, come se ne saranno andati molti anziani nell'esplosione della pandemia, nell'epicentro di questo terremoto di emergenza sanitaria ed emotiva? Che cosa avranno pensato, provato? Quali motivi di inquietudine o di sollievo?

Scrive, in *Vergogna*, John Maxwell Coetzee, Premio Nobel per la Letteratura nel 2003: "Credo che nessuno sia pronto a morire, nessuno di noi, senza una presenza amica".

E come saranno stati gli ultimi tempi di quegli anziani soli, in luoghi sconosciuti, fra persone nuove? Vissuti fra il buio di affetti lontani o la luce del loro ricordo?

Un'altra paura universale annotata da Freud (1915-1917) è quella dei serpenti. Lo scienziato viennese riporta come lo stesso Charles Darwin non potè sottrarsi a una reazione di paura alla vista di un serpente minaccioso, benché fosse protetto da una spessa lastra di vetro.

Il serpente sembra rappresentare il nemico invisibile e imprevedibile, perennemente in agguato, che può colpire inaspettatamente, mordere mortalmente l'impreparata, disarmata e ignara vittima, evoca l'aggressione violenta, fulminea, senza possibilità di difesa, di via d'uscita, l'attacco fatale, ineludibile, impensabile. Pare essere la medesima paura che si può avere nei confronti di un virus pericoloso, come il Covid-19: un microrganismo invisibile, potenzialmente in agguato e pronto a colpire, chiunque e ovunque.

L'ignoto può suscitare inquietudine e smarrimento. Fa paura ciò che non si conosce. L'ansia e la paura abitano gli spazi, il mondo della non-conoscenza. Il buio, il silenzio e l'invisibilità, l'assenza di percezione sembrano associarsi a quanto si situa oltre il conosciuto.

Le capacità visive e uditive rappresentano spesso strumenti elettivi di esplorazione del mondo e di garanzia di un riferimento rassicurante, tutto quanto si trova oltre il percepibile del campo visivo e uditivo, tende ad insinuare insicurezza e disorientamento. Se il mondo è appreso come visibile, la completa oscurità suscita l'angoscia per una possibile scomparsa dell'oggetto amato e di converso dell'osservatore medesimo che non ha più riferimenti, non ha più oggetti protettivi da guardare ed essere protettivamente guardato. Svanisce il mondo conosciuto e conoscibile, il mondo a cui appartiene ogni essere vivente, e se scompare sfuma la possibilità di esistenza di chiunque lo può abitare. Il mondo esiste perché percepibile e la sua esistenza-percepibile diventa garanzia dell'esistenza dell'osservatore-esploratore.

Scomparso il mondo percepibile, sfuma ogni garanzia e viene posta in angosciante incertezza la propria sopravvivenza. L'angoscia antica sembra esprimere la sofferenza congiunta al fantasma del non esserci più, all'idea della propria sparizione, della propria morte. Se il primitivo stato di inquietudine, di sofferenza è connesso al timore della propria scomparsa è possibile ipotizzare che ogni paura particolarmente intensa provata in epoche

successive richiami, più o meno inconsciamente, l'antica esperienza di paura.

Scriveva Elias Canetti, Premio Nobel per la Letteratura nel 1981, in *La lingua salvata. Storia di una giovinezza*: “Le nostre paure non vanno mai perdute, anche se i loro nascondigli sono misteriosi”.

L'età senile e longeva rappresentano il periodo più o meno lungo delle perdite, dei bilanci, delle modifiche e degli arrangiamenti, della sintesi e dell'epilogo progettuale. Sono età caratterizzate da continui adattamenti e nuovi apprendimenti (Cesa-Bianchi, 2000), dell'improcrastinabile confronto con se stessi, con l'esistenza attuale, passata e prossima, con le esperienze vissute, con i passaggi e le opportunità incontrati, le scelte obbligate o liberamente intraprese, con i ricordi, tristi e felici, con tutto quanto è accaduto ed è stato appreso e quanto ancora rimane da vivere e completare. Riemergono gli antichi affetti, le matrici emozionali ed esperienziali, la loro semantica, il ritorno creativo o le inibizioni, la rassicurante consapevolezza o il declino di sé (Cristini e Cesa-Bianchi, 2011).

Nel corso dell'invecchiamento possono comparire o accentuarsi varie difficoltà e paure – e i fattori che le determinano o influenzano (Cristini e Cesa-Bianchi, 1998; Cipolli e Cristini, 2012; Cesa-Bianchi e Cristini, 2014; Cesa-Bianchi et al., 2016; Sep, Steenmeijer e Kennis, 2019) e che vengono ad acquisire peculiari caratteristiche nel tempo del coronavirus (Ahorsu et al., 2020).

La solitudine

In età senile e longeva possono accadere vari eventi, si verificano peculiari condizioni di vita in misura più frequente che in altre epoche. Il pensionamento, l'allontanamento dei figli, la vedovanza, la perdita di parenti e amici, la possibile riduzione dei rapporti intergenerazionali, il clima, non sempre favorevole, di convivenza sociale, specie nelle grandi città, contribuiscono a creare una situazione di solitudine anche particolarmente sofferta. L'anziano rischia di ritrovarsi solo, suo malgrado, incolpevole destinatario di una sorte non voluta e talvolta teme e soffre per questa condizione di forzata emarginazione.

Sono soprattutto le donne, in rapporto alla maggiore aspettativa di vita, a confrontarsi con la solitudine, con il rischio di isolamento (Cristini e Cesa-Bianchi 2018; Cristini, 2018).

La solitudine richiama per sua natura la realtà esistenziale dell'essere umano, può evocare antichi fantasmi di un passato che non solo non conosce estinzione, ma che viene a rappresentare la matrice strutturale di un percorso evolutivo. Può costituire la forza o la fragilità di una persona anziana, evocare sicurezze o angosce, attivare o meno le funzioni adattative e di resilienza (Cacioppo, 2014). Spesso nella condizione di solitudine l'essere umano misura se stesso, la tenuta emotiva, la conoscenza, l'autonomia, il senso di sé. Scriveva Salvatore Quasimodo: "Ognuno sta solo sul cuor della terra trafitto da un raggio di sole: ed è subito sera"; sono le bellissime, forti, ma anche amare parole del poeta che scolpiscono il profilo e la natura esistenziale della solitudine.

Ma se l'essere soli *nel* mondo – come ci ricorda Quasimodo – costituisce la condizione ontologica di ognuno, l'essere soli *al* mondo può rappresentare la drammatica situazione di isolamento e abbandono che vivono alcune persone anziane, specialmente nelle metropoli (Cristini et al., 1989; Cesa-Bianchi e Cristini, 1999). La natura umana contempla la relazione, la comunicazione e il confronto con gli altri, la condivisione delle esperienze.

E quali pensieri e sentimenti hanno connotato l'ultimo periodo di vita e di solitudine degli anziani ricoverati nei reparti Covid, nelle terapie intensive, nelle RSA falcidiate dall'infezione? Quale destino emotivo può prospettarsi in una condizione di malattia e disabilità con il pericolo di un contagio che può preludere e accelerare la fine, senza il conforto degli affetti familiari, delle persone che si amano e che ci amano?

Quali immagini hanno accompagnato molti anziani, d'improvviso strappati dalla loro casa, ricoverati negli ospedali, deprivati dal rapporto con i propri congiunti, catapultati in un ambiente estraneo fra persone comunque sconosciute e sovraimpegnate oltre misura per l'affollamento di emergenze? Quali ultimi pensieri?

Scriva Daniel Pennac ne' *La Fata Carabina*: "Sì, spesso i vecchi muoiono troppo presto, senza aspettare l'arrivo del nostro affetto".

E pare possa essere stato il drammatico destino di molti anziani in questa epoca di pandemia. Se ne sono andati, senza poter aspettare un saluto e una tenerezza familiari.

La solitudine imposta, l'essere estraneo, dimenticato o deprivato dalle persone che si sono conosciute, incontrate – o che abitualmente si incontrano – facilita la comparsa di disturbi disadattativi e depressivi (Simeone, 2001), ed è

possibile che per alcuni anziani ricoverati vi siano stati questi sofferti sviluppi.

Ma, aldilà di questo specifico periodo endemico, le ricerche ci hanno informato che sono numerose le persone anziane che temono e soffrono la solitudine forzata (Cesa-Bianchi e Cristini, 1997; Cristini, 2004), ma nel contempo riescono ad adattarsi e a sopravvivere.

Quanti sono i giovani, gli adulti che si perdono e soccombono nell'angoscia e nel vuoto della solitudine? La dimensione umana contempla la relazionalità, lo scambio con il prossimo, la strutturante reciprocità e intersoggettività, la condivisione dell'esperienza, l'interazione costruttiva con un'altra persona. La forzata solitudine può costituire un ostacolo, una peculiare difficoltà alla completa dimensione di sé, può trasformarsi nella deprivazione e inibizione dei desideri e delle necessità affettive, insinuare l'angoscia dell'abbandono.

Non sempre la solitudine, di per sé, rappresenta una condizione sofferta, negativa. A volte l'anziano, come ogni altra persona, desidera stare solo, ricerca la solitudine come essenziale condizione di riflessione e contemplazione. L'età liberata da vincoli e legami di circostanza può meglio consentire una revisione delle proprie memorie ed una riscoperta delle proprie potenzialità emotive e creative. Potrebbe rappresentare una condizione di solitudine che trae forza dal proprio passato e fiducia per quanto la vita può sempre proporre come opportunità. E questi anziani autonomi, propositivi, attrezzati dall'età, come possono aver vissuto l'esperienza della pandemia? Le paure di essere contagiati o di contagiare? L'allontanamento o la perdita di persone care? Il procedere verso la fine?

È opportuno considerare come la solitudine in età senile e longeva – indipendentemente dalle estreme condizioni imposte dal Covid-19 – sia congiunta alla concezione che si ha della vecchiaia e della vita.

Ma fra quanto ci ha lasciati sgomenti, attoniti, affiorano in modo dirompente le immagini delle tristi e drammatiche file di mezzi militari che trasportavano altrove le bare di molti anziani, vittime incolpevoli della pandemia.

Soli, senza un saluto di commiato, un fiore, un ricordo, una preghiera, un sentimento.

La malattia e l'invalidità

Fra i timori maggiormente espressi dall'anziano si annoverano quelli correlati alla malattia, al dolore fisico e soprattutto alla non autosufficienza,

all'invalidità. Soprattutto la malattia viene spesso vissuta come intrinseca all'età, quale conseguenza del proprio corpo che invecchia (Simeone, 1977; Cesa-Bianchi, 1987). Nel corso dell'invecchiamento si assottiglia il margine biologico di sicurezza, si è generalmente più vulnerabili, ma è una condizione che certamente non giustifica l'equazione ancora diffusa della vecchiaia come sinonimo di malattia.

“Senectus insanabilis morbus” e “Senectus ipsa morbus est” recitano le antiche e proverbiali frasi dell'epoca romana. La vecchiaia viene considerata la causa delle proprie debolezze e prescinde dalle esperienze e dallo stile di vita della persona. Sono pregiudizi che hanno percorso la storia occidentale e che risultano ancora attuali. Si sono rinforzati attraverso l'orientamento positivista, impostato sulla legge di causa-effetto, per la quale al danno biologico corrisponde una disfunzione e una patologia d'organo.

L'evento-malattia evoca nell'anziano il temuto fantasma della cronicità e della invalidità. Il vecchio teme di non essere più in grado di riprendere le precedenti condizioni di salute e si sente angosciato per la possibile evenienza di un'irreversibile perdita dell'autosufficienza. Teme il dolore, la sua intensità e la sua durata, ha timore dell'incapacità di saperlo tollerare, ha paura che non esistano adeguati rimedi o qualcuno che si occupi autenticamente della sua sofferenza.

La malattia e soprattutto la perdita di autonomia, fisica e psichica, sembrano rappresentare le prevalenti angosce dell'età senile a cui si aggiungono gli interrogativi correlati alla richiesta di assistenza, alla necessità di dover dipendere dalla disponibilità altrui, in termini di tempo e di accoglienza delle personali esigenze.

Nel periodo di massima acuzie della pandemia, pur sottolineando l'encomiabile abnegazione dei vari operatori della salute, è possibile ipotizzare che la paura di non ricevere le cure e l'assistenza necessarie possa essere emersa o essersi accentuata in alcune persone anziane.

Le persone più fragili – come spesso lo sono gli anziani, in particolare quelli ricoverati o seguiti a domicilio per varie patologie – si sentono maggiormente esposti nei confronti di eventi che possono minacciare la loro precaria condizione di salute e talvolta anche di autonomia.

La recente e attuale situazione di pandemia dovuta al Covid-19 può generare un particolare stato di inquietudine e di angoscia (Horesch e Brown, 2020), specialmente nei malati affetti da patologie croniche come

le sindromi metaboliche, le cardiopatie, le neoplasie.

Nel corso della grave pandemia, per la saturazione dei posti letto, per l'impegno costante dei vari sanitari verso i pazienti affetti dall'infezione di coronavirus, essi hanno fortemente temuto, e ancor temono di essere trascurati, di non poter eseguire correttamente tutte le cure necessarie, i piani terapeutici predisposti, i controlli periodici già programmati per la loro patologia cronica.

Il timore di un contagio e l'incertezza della cura inducono un'angoscia di "attesa" (Freud, 1920; Freud, 1932); che si somma e intensifica quella legata alla stessa specifica patologia (Markfelder e Pauli, 2020).

In particolare i pazienti oncologici, considerata la loro precaria condizione di salute, temono anche che il Covid-19 possa essere nei loro confronti più aggressivo e pericoloso rispetto alle altre persone e agli altri malati. Affiora pure il timore di rappresentare loro stessi una più facile fonte di contagio per i propri parenti. Le paure tendono ad accentuarsi nelle persone anziane e di sesso maschile che sono quelle maggiormente colpite dall'infezione Covid-19 (Mazumder, Hossain e Das 2020).

L'insicurezza e l'angoscia possono diventare particolarmente intense quando si sentono messe a rischio la propria incolumità e identità, i propri legami affettivi. Quando viene meno il sentimento di sicurezza, quando la fragilità sembra prendere il sopravvento possono riemergere le antiche paure. Ci sono paure che provengono da un lontano passato, come l'esperienza del buio che nel bambino richiama l'assenza della madre, di una primaria fonte di sicurezza. Può riemergere il timore irrisolto di smarrirsi e di essere abbandonato. Altre paure traggono spunto da circostanze del tempo presente e prossimo, come ad esempio quelle che i malati hanno di essere contagiati dal coronavirus, specialmente se essi sono affetti da una patologia severa, come quella oncologica. Le une e le altre paure possono associarsi e potenziarsi.

Ogni paura o angoscia richiede un sensibile, attento e interessato ascolto, individuale o di gruppo, per meglio comprendere e aiutare, anche tramite i supporti telematici (Bao et al. 2020). In questo periodo molto delicato, i malati oncologici, forse più di altri, richiedono uno specifico intervento psicologico per essere al meglio rassicurati, accompagnati, sostenuti, ancor più se sono soli, privi di un'adeguata rete familiare o sociale.

L'abbandono

Essere soli, ammalati, non più autosufficienti apre la dolorosa incognita del futuro, della mancanza di supporti, di un valido sostegno, si può configurare l'angosciante realtà di un eventuale abbandono, di uno scenario di triste e inquietante indigenza affettiva e assistenziale.

Come si saranno sentite le persone anziane ricoverate nelle affollate aree di soccorso e di degenza, nelle RSA, nel periodo, non breve, di massima emergenza sanitaria?

Avranno avvertito accoglienza, accudimento, comprensione intorno a sé? Oppure per qualche anziano ha rappresentato una drammatica esperienza di incomprendimento e di abbandono?

I vari notiziari parlano di numeri, aggiornano l'epidemiologia. Ma se ne vanno numeri o persone? Se ne va uno dei tanti, numerosi vecchi o se ne va un genitore, un coniuge, un fratello o una sorella, un nonno o una nonna, un amico, un'amica? Se ne vanno storie, generazioni, memorie, esperienze, riferimenti.

E come sono stati i loro ultimi giorni, fra estranei? o fra la mano amica e la premura di qualcuno che estraneo non lo era più?

La grande antica, primigena paura che l'essere umano incontra all'inizio del suo cammino è congiunta all'idea e all'esperienza di una separazione, di un possibile abbandono a cui talvolta non sembra esistere rimedio se non attraverso peculiari modalità difensive che se da una lato consentono la sopravvivenza, dall'altro possono compromettere un sereno sviluppo affettivo.

L'evenienza di un reale abbandono conseguente alla solitudine, alla perdita dell'autosufficienza, alla mancanza di rassicuranti riferimenti può anche richiamare antiche e irrisolte paure. "L'angoscia si presenta dunque come la reazione alla mancanza dell'oggetto", scriveva Sigmund Freud (1925, p. 285). La drammatica realtà attuale e il suo epilogo potrebbero in tal caso nutrirsi anche dell'angoscia di un antico abbandono.

In ambito psicogerontologico si è pure sottolineata l'interazione fra alcune paure dell'anziano relativamente alla malattia, all'invalidità, alla povertà, all'abbandono che sembrano rinforzarsi reciprocamente. Ed è in particolare la condizione di indigenza, percepita quale ineluttabile fatalità, che tende ad essere associata all'angoscia di abbandono ed alla sopravvivenza (de Beauvoir, 1970; Birren e Schaie, 1977; Binstock e George, 2001).

Aggressività e violenza

Negli ultimi decenni si sono sviluppate varie ricerche sull'aggressività sociale temuta dall'anziano, specialmente nelle aree metropolitane delle comunità occidentali. Si è rilevato come le persone in età avanzata abbiano patito il timore di uscire di casa, di essere aggredite nei luoghi di consueta frequentazione, per strada, sui mezzi pubblici, nella loro stessa dimora (Cesa-Bianchi e Cristini, 1997; Cristini e Cesa-Bianchi, 1997).

Parole, gesti, atti di violenza, subiti e sofferti in prima persona o da altri anziani, hanno costretto molti vecchi, soprattutto in determinati quartieri, ad un forzato ritiro sociale, a ridurre il più possibile e per le sole esigenze primarie le uscite. I timori dell'anziano riguardavano l'essere bersaglio di aggressioni per essere derubato, oppure a motivo della sua fragilità e della sua difficoltà ad opporre una difesa efficace.

L'ambiente sociale si è progressivamente trasformato in una fonte di invisibile, ma reale pericolo, in ogni momento poteva verificarsi l'esecrabile evento; un movimento insolito, un rumore, oppure nessun segno preavvertibile precedeva la temuta aggressione.

L'aggressore poteva essere chiunque e ovunque, diventava il nemico impercettibile sempre pronto a sferrare il suo deplorabile, sconsiderato attacco, senza poter escogitare una valida difesa (Cristini e Cesa-Bianchi, 1998). E come non pensare al coronavirus, quale ulteriore e minaccioso pericolo invisibile che può celarsi ovunque e colpire senza alcun preavviso.

La realtà sociale, complessivamente, ha rischiato di connotarsi di ostilità, di avversione, di pericolosità, di invivibilità, di diventare l'ambiente sconosciuto, inaccessibile, motivo di inquietudine, di angoscia. Il ritiro obbligato fra le proprie mura domestiche ha rappresentato la ricerca e la necessità di un rassicurante rifugio.

Le ricerche tuttavia hanno dimostrato che molti anziani, in particolare di sesso femminile, abbiano sofferto il timore di subire aggressioni anche nella propria dimora e residenza (Hugonot, 1990; Cesa-Bianchi e Cristini, 1997; Cristini e Cesa-Bianchi, 1997; De Donder, Verté e Meselis 2005).

La casa rappresenta spesso la sede abituale degli affetti, ricorda la protezione e l'accudimento antichi, racchiude e testimonia la storia familiare, la tradizione, le esperienze e talvolta anche i passaggi plurigenerazionali. La perdita del senso di sicurezza nell'ambiente privato e personale, la mi-

naccia di espropriazione del proprio rifugio, del luogo esclusivo, rischia di mettere in crisi lo stesso status esistenziale e di evocare angosce profonde.

È soprattutto la donna anziana a temere un'aggressione nella propria abitazione. È inoltre non infrequente rilevare che nelle sottaciute, nascoste situazioni di conflittualità familiare e coniugale sia più spesso ancora la donna a sostenere, a soffrire, ad espiare le spinte e le dinamiche non contenute dal gruppo o dalla coppia.

La casa come “luogo-rifugio” ha sempre rappresentato un'esigenza primaria che le violazioni alla sua tutela hanno spesso messo in discussione la salute e l'autonomia complessive.

Nel tempo della pandemia si ripropone all'anziano la percezione di un pericolo invisibile e imprevedibile che può essere ovunque e veicolato sia da persone estranee che familiari.

Non si è paradossalmente sicuri nemmeno nella propria casa, se qualche congiunto viene a farci visita non sapendo di essere una potenziale trasmissione di contagio, o se un nostro convivente, per motivi di lavoro, passa gran tempo della giornata in ambienti frequentati da altre persone.

Il coronavirus reifica e rinforza la paura sociale – ma anche domestica – verso un pericolo esistente, reale, ma non percepibile.

È l'aggressore ignoto che appare all'improvviso e che può essere anche violento, letale.

Ed il vecchio, più di ogni altro si sente esposto, indifeso, vulnerabile.

L'anziano si sente una potenziale e selezionata vittima, ma può anche sentirsi un potenziale aggressore, quale eventuale fonte di contaminazione, specialmente per i familiari. Da una parte si ha il timore di essere contagiato e dall'altra l'angoscia di essere strumento di contaminazione (Zanjani et al., 2018) che reciprocamente e sinergicamente contribuiscono ad aumentare il senso di insicurezza e di precarietà.

Il finire della vita

In genere le persone anziane, secondo un'ampia letteratura, non esprimono particolari reazioni di paura al pensiero della propria morte. Temono il dolore, la sofferenza che può eventualmente precedere l'ultimo passaggio, ma non nutrono particolari angosce riguardo al finire della propria vita (Cristini, 2007).

In età giovanile l'evento-morte trascende l'esistenza, è estraneo al proprio pensare e sentire; sono sempre gli altri che muoiono. Freud (1915b, p. 137) sosteneva: "la morte è un fatto naturale, incontestabile, inevitabile (...) In verità è impossibile per noi raffigurarci la nostra stessa morte (...) nel suo inconscio ognuno di noi è convinto della propria immortalità".

In età avanzata la morte è immanente rispetto alla propria vita, si fa parte più prossima del disegno esistenziale. L'anziano generalmente avverte un naturale confronto con il morire, che in longevità rappresenta un atto fisiologico e non clinico.

Perché un anziano ne ha paura, perché un altro teme l'associarsi del dolore, perché un altro ancora la auspica, perché molti vecchi si sentono sereni? Le biografie a volte consentono una risposta (Cristini, 2007; Cesa-Bianchi e Cristini, 2009; Cristini et al., 2011; Cesa-Bianchi et al., 2014).

La necessità di ricercare un senso e un significato, di dare risposte al mistero della vita e della morte è indipendente dall'età.

Anche per l'anziano non si può che rimarcare la valenza soggettiva del vivere la morte poiché non necessariamente si avvertirebbe l'avvicinarsi di tale evento in funzione del passare degli anni. L'attività clinica, in particolare con gli anziani, richiede di approfondire e di rendere sistematica la riflessione sul tema del divenire e del morire. Tuttavia, la mancanza di evidenze empiriche relativamente al quando, al come ed a chi rivolgere un invito a favorire un dialogo con la morte, impone cautela.

Quanti vogliono o vorrebbero parlare del loro morire? Quanti anziani vorrebbero condividere ciò che pensano, immaginano, temono, sperano, anticipano, programmano relativamente alla loro morte? In quali contesti desidererebbero e si prefigurerebbero di farlo? Quali le circostanze? Con quali interlocutori? Se coinvolti, cosa li spingerebbe/motiverebbe a farlo o a rifiutarlo?

Possibili risposte a tali interrogativi si prefigurerebbero come indicatori importanti in un percorso di comprensione delle problematiche della persona, delle sue esigenze, del suo soggettivo punto di vista. A chiunque, ma soprattutto all'anziano, non dovrebbe essere mai negata, qualora lo desideri, l'opportunità di parlare del proprio morire: non è certo scontato che tale esigenza venga corrisposta all'interno della famiglia e dei contesti di cura ed assistenza; così come è innegabile, che si debbano acquisire maggiori certezze sulle modalità più idonee per incrementare il dialogo

con se stesso e con l'altro su questa tematica (Kübler-Ross, 1965; de Hennezel, 1995; Belloni Sonzogni 2008).

Scrivendo Michel Vovelle (1983): “Il peso della mortalità si rispecchia nell'accoglienza fatta alla vita”. Anche quando la morte giunge rapida o improvvisa?

Il saper vivere non pare disgiungersi dal saper invecchiare che si riflette nel saper morire poiché appartengono alla stessa processualità, alla medesima continuità che non prescinde dai suoi passaggi, dalle esperienze acquisite, dalle credenze personali.

Diceva Leonardo da Vinci (*Codice Tr. 27r*): “Sì come una giornata bene spesa dà lieto dormire, così una vita bene usata dà lieto morire”. Ed è la speranza che anima il pensiero rivolto ai molti anziani che se ne sono andati da soli.

L'angoscia che accompagna l'essere umano lungo l'intero percorso della sua esistenza sembra generalmente raccogliere in vecchiaia il peso o il sollievo di ogni suo singolare incedere.

E come molti nostri anziani avranno vissuto il loro finire nel tempo della pandemia, lontano dagli affetti più prossimi? Specialmente nei momenti di massima emergenza e affollamento dei luoghi di cura e soccorso? Per qualcuno sarà stato possibile poter aprire un dialogo, elaborare un pensiero, un sentimento sui loro ultimi giorni?

“Noi siamo attraverso gli altri”, recita un proverbio africano. È un assioma che comprende l'intero ciclo di vita, anche negli ultimi istanti, quando il tempo si conclude ed apre al ricordo e al dialogo di chi resta.

Bibliografia

- Adolphs, R. (2013). The biology of fear. *Curr. Biol.*, 23, R79-R93. [DOI: 10.1016/j.cub.2012.11.055](https://doi.org/10.1016/j.cub.2012.11.055)
- Ahorsu, D. K., Lin, C-Y., Imani, V., Saffari, M., Griffiths, M. D., & Pakpour, A. H. (2020). The fear of Covid-19 scale: Development and initial validation. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 27, 1-9. [DOI: 10.1007/s11469-020-00270-8](https://doi.org/10.1007/s11469-020-00270-8)
- Asok, A., Kandel, E. R., & Rayman, J. B. (2019). The neurobiology of fear generalization. *Frontiers in Behavioral Neuroscience*, 12: ArtID 329. [DOI: 10.3389/fnbeh.2018.00329](https://doi.org/10.3389/fnbeh.2018.00329)
- Bao, Y., Sun, Y., Meng, S., Shi, J., & Lu, L. (2020). 2019-nCoV epidemic: address mental health care to empower society. *The Lancet*, 395(10224), e37-e38. [DOI:10.1016/S0140-6736\(20\)30309-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30309-3)
- Belloni Sonzogno, A. (2008). Vissuti di malattia e di morte in oncologia geriatrica. *Giornale di Gerontologia*, 5, 343-345.
- Binstock, R. H., & George L. K. (Eds.) (2001). *Handbook of aging and social sciences*. San Diego, CA: Academic Press.
- Birren, J. E., & Schaie, K. W. (1977). *Handbook of the psychology of aging*. New York: Van Nostrand & Reinhold.
- Cacioppo, J. T. (2014). Evolutionary mechanisms for loneliness. *Cognition and Emotion*, 28, 1, 3-21. [DOI: 10.1080/0269993.2013.837379](https://doi.org/10.1080/0269993.2013.837379)
- Cesa-Bianchi, G., & Cristini, C. (1997). Adattamento, timori, speranze: la qualità della vita in un campione di 100 ultrasessantenni. *N.P.S., Rivista della Fondazione "Centro Praxis"*, XVII, 4, 557-621.
- Cesa-Bianchi, G., Cristini, C., Solimeno-Cipriano, A., Cristini, L., Porro, A., & Cesa-Bianchi, M. (2016). *Main fears in old age*. In IPA (Ed.), *18th IPA International Congress, 6-9 September 2016, San Francisco. Book of Abstracts* (p. 78). San Francisco, CA: IPA.
- Cesa-Bianchi, M. (1987). *Psicologia dell'invecchiamento. Caratteristiche e problemi*. Roma: La Nuova Italia Scientifica.
- Cesa-Bianchi, M. (2000). *Psicologia dell'invecchiamento*. Roma: Carocci.
- Cesa-Bianchi, M., & Cristini, C. (1999). Il senso della sicurezza nell'anziano. In P. Amerio (Ed.), *Il senso della sicurezza* (pp. 57-76).

Milano: Unicopli.

- Cesa-Bianchi, M., & Cristini, C. (2009). *Vecchio sarà lei! Muoversi, pensare, comunicare*. Guida: Napoli.
- Cesa-Bianchi, M., & Cristini, C. (2014). *Come invecchiare. Dalla psicologia generale alla psicogerontologia*. Roma: Aracne.
- Cesa-Bianchi, M., Cristini, C., Fulcheri, M., & Peirone, L. (Eds.) (2014). *Vivere e valorizzare il tempo. Invecchiare con creatività e coraggio*. Torino: Premedia Publishing.
- Cipolli, C., & Cristini, C. (Eds.) (2012). La psicologia e la psicopatologia dell'invecchiamento e dell'età senile: un contributo alla ridefinizione dell'arco di vita. Numero monografico dedicato a Marcello Cesa-Bianchi. *Ricerche di Psicologia*, 2-3.
- Cristini, C., Pruneri, C., & Aveni Casucci, M. A. (1989). Indagine psicosociale sulla popolazione anziana in una zona di Milano: risultati preliminari. *Giornale di Gerontologia*, XXVII, 4, 221-238.
- Cristini, C., & Cesa-Bianchi, G. (1997). Tendenze aggressive e timori di aggressione nella persona anziana. Ricerca su uomini e donne ultrasessantenni. *Ricerche di Psicologia*, 21, 2, 143-164.
- Cristini, C., & Cesa-Bianchi, M. (1998). Ansie e paure in età senile. *Ciclo evolutivo e disabilità / Life Span and Disability*, 1, 1, 23-41.
- Cristini, C. (2004). Anziano e psicopatologia. In M. Cesa-Bianchi & O. Albanese (Eds.) *Crescere e invecchiare. La prospettiva del ciclo di vita* (pp.125-155). Milano: Unicopli.
- Cristini, C. (Ed.) (2007). *Vivere il morire. L'assistenza nelle fasi terminali*. Roma: Aracne.
- Cristini, C., & Cesa-Bianchi, M. (2011). L'ultima creatività fra declino e recupero di sé. In C. Cristini, A. Porro, & M. Cesa-Bianchi (Eds.), *Le capacità di recupero dell'anziano. Modelli, strumenti e interventi per i professionisti della salute* (pp. 486-521). Milano: FrancoAngeli.
- Cristini, C., Cesa-Bianchi, M., Cesa-Bianchi, G., & Porro, A. (2011). *L'ultima creatività. Luci nella vecchiaia*. Milano: Springer.
- Cristini, C. (2018). Elderly women and their fears: a pilot investigation. *European Geriatric Medicine*, 9 (Suppl 1), S129. [DOI: 10.1007/s41999-018-0097-4](https://doi.org/10.1007/s41999-018-0097-4)

- de Beauvoir, S. (1970). *La vieillesse*. Paris: Gallimard. (Trad. It. *La terza età*. Torino: Einaudi, 1971).
- De Donder, L., Verté, D., & Messelis, E. (2005). Fear of crime and elderly people: key factors that determine fear of crime among elderly people in West Flanders. *Ageing International*, 30, 363-376. [DOI: 10.1007/s12126-005-1021-z](#)
- de Hennezel, M. (1995). *La mort intime. Ce qui vont mourir nous apprennent à vivre*. (Trad. It. *La morte amica*. Milano: RCS Libri & Grandi Opere, 1996).
- Freud, S. (1915a). La delusione della guerra (in Considerazioni attuali sulla guerra e la morte). In *Opere*, vol. VIII (pp. 123-136). Torino: Boringhieri, 1976.
- Freud, S. (1915b). Il nostro modo di considerare la morte (in Considerazioni attuali sulla guerra e la morte). In *Opere*, vol. VIII (pp. 137-148). Torino: Boringhieri, 1976.
- Freud, S. (1915-1917). Introduzione alla psicoanalisi. Parte terza: Teoria generale delle nevrosi. Lezione 25. L'angoscia. In *Opere*, vol. VIII (pp. 545-562). Torino: Boringhieri, 1976.
- Freud, S. (1920). Al di là del principio di piacere. In *Opere*, vol. IX (pp.192-249). Torino: Boringhieri, 1977.
- Freud, S. (1922). I rapporti di dipendenza dell'Io (in L'Io e l'Es). In *Opere*, vol. IX (pp. 510-520). Torino: Boringhieri, 1977.
- Freud, S. (1925). Inibizione, sintomo e angoscia. In *Opere*, vol. X (pp. 237-317). Torino: Boringhieri, 1978.
- Freud, S. (1932). Introduzione alla psicoanalisi (nuova serie di lezioni). Lezione 32. Angoscia e vita pulsionale. In *Opere*, vol. XI (pp. 191-218). Torino: Boringhieri, 1979.
- Horesh, D., & Brown, A. D. (2020). Traumatic stress in the age of COVID-19: a call to close critical gaps and adapt to new realities. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 12, 4, 331-335. [DOI: 10.1037/tra0000592](#)
- Hugonot, R. (1990). *Violences contre les vieux*. Toulouse: Éditions Erès.
- Kim, J. J., & Jung, M. W. (2018). Fear paradigms: the times they are a-changin'. *Current Opinion in Behavioral Sciences*, 24, 38-43. [DOI:](#)

[10.1016/j.cobeha.2018.02.007](#)

- Kübler-Ross, E. (1965). *On death and dying*. (Trad. It. *La morte e il morire*. Assisi: Cittadella, 1976).
- LeDoux, J. (2012). Rethinking the emotional brain. *Neuron*, 73, 653-676. [DOI: 10.1016/j.neuron.2012.02.004](#)
- Markfelder, T., & Pauli, P. (2020). Fear of pain and pain intensity: meta-analysis and systematic review. *Psychological Bulletin*, 146, 5, 411-450. [DOI: 10.1037/bul0000228](#)
- Mazumder, H., Hossain, M. M., & Das, A. (2020). Geriatric care during public health emergencies: lessons learned from novel corona virus disease (Covid-19) pandemic. *Journal of Gerontological Social Work*, 26, 1-2. [DOI: 10.1080/01634372.2020.1746723](#)
- Sep, M. S. C., Steenmeijer, A., & Kennis, M. (2019). The relation between anxious personality traits and fear generalization in healthy subjects: a systematic review and meta-analysis. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 107, 320-328. [DOI: 10.1016/j.neubiorev.2019.09.029](#)
- Simeone I. (1977). Le vieillard et son corps, *Revue de Médecine Psychosomatique*, 4, 464-466.
- Simeone, I. (2001). *L'anziano e la depressione*. Roma: CESI.
- Taylor, S. (2019). *The psychology of pandemics: preparing for the next global outbreak of infectious disease*. Newcastle upon Tyne: Cambridge Scholars Publishing.
- Vovelle, M. (1983). *La mort et l'Occident de 1300 à nos jours*. (Trad. It. *La morte e l'Occidente. Dal 1300 ai giorni nostri*. Bari: Laterza, 1986).
- Zanjani, Z., Yaghubi, H., Fata, L., Shaiiri, M., & Gholami, M. (2018). The mediating role of fear of contagion in explaining the relationship between disgust propensity and fear of contamination. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*, 23, 4, 454-465. [DOI: 10.29252/nirp.ijpcp.23.4.454](#)

“Ho una casa piena di squali”. La condizione dei minori a rischio nelle famiglie disfunzionali alla luce del Covid-19

Maria Rita Parsi

Stiamo sottovalutando l'impatto che le settimane di chiusura forzata in casa possono avere avuto sui bambini, sui preadolescenti e sugli adolescenti, che ora stanno affrontando la Fase 2. In tal senso, c'è, anzitutto un argomento di grande rilievo umano ed affettivo che riguarda, direttamente ed indirettamente, i ragazzi: gli anziani. E, dunque, per tanti di loro, i bisnonni e i nonni. Come sappiamo, questa epidemia ha colpito soprattutto le fasce più anziane della popolazione. Al punto che un sistematico impegno che si rende, oggi, necessario a combattere il Covid-19, soprattutto nella malaugurata ipotesi di una “seconda ondata” del contagio, dovrebbe, anzitutto, essere: *“Save the children but also the elders!”*. Purtroppo, ci sono molti anziani deceduti, in cura domiciliare o che, comunque, non hanno potuto vedere i loro amati nipoti. Questo aspetto può avere ripercussioni negative sui minori. Infatti, molto spesso, i nonni e i bisnonni sono figure di rilevante importanza nella vita di bambini, preadolescenti, adolescenti. Soprattutto in situazioni critiche, come nel

caso delle famiglie “frantumate”, con drammatici conflitti in casa, con genitori separati o che si stanno separando e dove i minori sono anche costretti ad assistere alle loro devastanti liti. In questi casi, assai spesso, i nonni svolgono l'importante funzione di “Bene Rifugio”. E non solo affettivo ma alle volte, perfino, contribuendo, dal punto di vista economico, al sostegno delle famiglie dei loro nipoti.

Pertanto, l'hashtag, coniato dalla Fondazione Movimento Bambino Onlus, che presiedo, per questo “covid-time”, è, non a caso: “*#SaveTheElders*”. Poiché, oggi, la condizione di tanti anziani è simile, se non affine, a quella di tanti minori “a rischio”. Vero è, invece, che, per quei ragazzi che vivono in “Famiglie Contentive”, questa atipica fase di difensiva sospensione, può aver costituito un momento di consolidamento e di sviluppo dei rapporti affettivi all'interno della famiglia. Anche con i fratelli! E, ancora, di studio sereno, di ripristino di ludici intrattenimenti, individuali e familiari. Poiché, in queste famiglie, si è avuta e si ha la possibilità, avendo, genitori e figli, maggiore tempo a disposizione per stare insieme, per dialogare, per ascoltare e per essere ascoltati, di riorganizzare tempi, ritmi e spazi della vita comune, di ribadire, con fiducia, propositi e di fare progetti, rivisitando regole e limiti, “negoziando” e/o “rinegoziando”, autonomie e doveri. Per quei minori che, al contrario, vivono in “Famiglie Disfunzionali”, segnate da problemi di convivenza, conflitti preesistenti, gravi o nuove difficoltà economiche, malattie e crolli psicologici, la costrizione a stare tutti insieme, a casa, può essere vissuta dai bambini, dai preadolescenti, dagli adolescenti, come un'autentica “carcerazione” che, nella fase due, potrebbe favorire fughe incontrollate e illeciti intrattenimenti. Soprattutto, poi, se in quelle famiglie “Disfunzionali”, si respirano i miasmi del conflitto, della disgregazione e, perfino, dell'odio tra i genitori. Tutto questo, infatti, destabilizza i minori e crea una minacciosa, incandescente atmosfera che può portarli a deprimersi o, al contrario, a ribellarsi con aggressività. E, ancora, può procurare loro disturbi del sonno, dell'alimentazione, dell'apprendimento e della crescita. Infatti, nelle “famiglie disfunzionali”, la costrizione a rimanere in casa, senza poter uscire può, nei passaggi che dovrebbero, poi, ricondurre alla normalità, ulteriormente, alimentare le difficoltà di relazionarsi con se stessi, con le proprie emozioni e con i propri bisogni ed empatizzare con quelli degli altri. E, anche, minare la fiducia nell'autorità degli adulti-genitori, nel microcosmo familiare e, più in generale, “l'autorevolezza” delle autorità

educative, legali, sociali, nel macrocosmo sociale. Pertanto, proprio in questo momento è necessario occuparsi, immediatamente e di più, proprio e soprattutto, dei minori e valutare, a pieno, il grave rischio che non farlo potrebbe comportare e comporrà.

Quando si è chiusi in casa, costretti a non uscire, a comunicare, soltanto, virtualmente, con i propri coetanei e con gli insegnanti, le difficoltà – lo sottolineo, ancora – si acquisiscono e si slatentizzano ed emergono problemi e traumi, individuali, familiari e/o, anche, connessi al tessuto sociale e culturale che circonda i minori e le loro famiglie. E questi problemi, a maggior ragione, devono essere affrontati nella Fase 2 e, ancora, nelle fasi che seguiranno. Questo emerge anche dai dati dell’“Osservatorio sui mutamenti sociali in atto” coordinato dal Prof. Antonio Tintori del CNR, al quale partecipa la Fondazione Movimento Bambino Onlus, e dal lavoro dell’Osservatorio Nazionale per l’Infanzia e l’Adolescenza, presieduto dalla ministra Bonetti, che mi vede tra i componenti in qualità di esperta. Se penso, però, a tutte le persone – adulti e minori – che, prima di questa pandemia, stavano, anche con il supporto psicopedagogico e psicoterapeutico – indagando, riflettendo, analizzando le proprie dinamiche familiari, il rapporto con i propri figli e dei propri figli con loro, i propri bisogni negati, i propri traumi, i propri timori e le proprie aspettative: lavorative, culturali, sociali, contestualizzandole alla luce di una sistematica, metodologica ricerca introspettiva, ho potuto verificare – continuando a dialogare con loro online – che queste persone hanno saputo e potuto affrontare difficoltà e problemi, anche grandi, con energia, creatività, capacità di contenimento e di approfondimento empatico nel rapporto con se stessi e con gli altri. E anche di utilizzare il virtuale, per continuare a farlo! E, dunque, in occasione di questa crisi pandemica – laddove “crisi” significa “opportunità” – agire e reagire nel migliore possibile dei modi combattendo, con coraggio, angosce, paure, panico, stress e, ancora, senso di abbandono e solitudine. Chi, invece, si è trovato senza sostegno formativo, culturale, assistenziale, sanitario e, dunque, senza gli strumenti adeguati e necessari a misurarsi con questo globale, apocalittico cambiamento, ha affrontato con traumatico stress la “costrizione” in casa e i problemi dei figli, anche connessi alla chiusura delle scuole, delle palestre, dei circoli culturali, sportivi, ricreativi, dei negozi, dei ristoranti, dei bar. O, ancora, quelli legati alla propria sfera sentimentale e amicale. Ed essendo deprivato del contenimento dei ritmi della reale vita quotidiana,

del lavoro, dei rapporti sociali, si è trovato in gravi difficoltà. Difficoltà che potrebbero aggravarsi nel post Covid-19. A queste persone, alla loro impotenza che può riverberarsi sulle loro famiglie e sui minori – oltre che alla solitudine e alla povertà estrema di tanti – debbono essere subito indirizzate risorse economiche e mirati programmi di sostegno psicologico e assistenziale qualificati. Per evitare che tali condizioni di disagio psichico, di distacco, di limite aspro, di frustrazione, si trasformino in rabbia, individuale e sociale, in malinconia, disperazione, senso di esclusione, solitudine, abbandono, paura per il futuro, sfiducia, malattia mentale. E, ancora, nei minori, come negli adulti, in attacchi di ansia e di panico, in disturbi dell'alimentazione quali anoressia, bulimia, obesità, in disturbi della comunicazione, quali internet addiction e ludopatia. Con le gravi conseguenze da “stress post traumatico” che ne possono, individualmente e socialmente, derivare. E senza, in alcun modo, sottovalutare che molti minori, nel lockdown si sono sentiti, e si sentono ancora oggi nella Fase 2, vittime di maltrattamenti fisici e psicologici e/o spettatori coinvolti di “violenza assistita”. E hanno fatto e continuano a fare “da contenitori impotenti” ai disagi e alle disfunzionali dinamiche relazionali di genitori e adulti “in crisi”.

Nelle “Famiglie contenitive”, dove le cose vanno sostanzialmente bene e c'è armonia, le ripercussioni psicologiche post traumatiche da Covid-19, potranno essere limitate e, comunque, non tali da suscitare allarme. Superata questa drammatica fase, questi minori saranno, di fatto, in grado di recuperare il disagio patito durante la quarantena e le problematiche connesse alla mancata riapertura delle scuole. Negli ultimi mesi, tuttavia, tutti abbiamo vissuto proprio come i topi in gabbia del film *Mon oncle d'Amérique* di Alais Resnais (1980) laddove il grande psichiatra francese, Henri Laborit, mostrava gli effetti dello stress su cavie rinchiusi in una gabbia, costantemente attraversata da scariche elettriche. È questa una condizione che mette, comunque, a rischio “la salute mentale” di adulti, bambini, preadolescenti e adolescenti. In particolare, poi, dei più piccoli, poiché essi avvertono emotivamente tensioni e cambiamenti che non sanno e non possono controllare e/o comprendere. E, al contempo, non riescono ad esprimere pienamente, o veder soddisfatti, appieno, i loro espressi e/o inespressi bisogni. Pertanto, essi manifestano una maggiore predisposizione ad ammalarsi, a diventare aggressivi o depressi, a regredire. Questi disagi, infine, oltre che dalla generale condizione di stress,

generata dalla pandemia nelle famiglie, dipende, ovviamente dagli adulti che stanno intorno a loro. Poiché, ogni persona ha una storia a sé e ha una propria storia familiare alle spalle e ciascun membro di una coppia genitoriale ha, poi, una sua famiglia di origine dalla quale proviene e dalla quale è stato educato/a e preparato – oppure no! – ad affrontare le sfide della vita. Anche sfide dure, come questa! E, dunque, ha un suo bagaglio di esperienze, di vissuti, di strumenti umanistici e scientifici acquisiti e non, di cultura, di educazione, di rispetto – o meno – della legalità che sono alla base dell'identità e della personalità di ciascuno e di tutti. Bagaglio esperienziale, culturale, umano che, nel bene e nel male, deve fare i conti con la gestione di questo pandemico disagio. E che condiziona la sua capacità di trasformare, in occasioni di crescita e cambiamento, questa traumatica esperienza. E, ancora, in qualcosa che non sia ancor più traumatico per i suoi figli. I quali, peraltro, sono spettatori delle reazioni degli adulti di fronte alle difficoltà e ne subiscono, fino in fondo, l'influenza e l'esempio dei loro comportamenti. Comportamenti che, se positivi, adeguati, responsabili, possono aumentare il loro livello di autostima, di resilienza, la loro solidità, dignità, coerenza, stabilità di fronte alle attuali e future prove della vita. Ricordiamo, poi, che l'investimento, anche economico, sulla "salute mentale" dei Formatori, dei Legislatori, delle "autorità autorevoli" che guidano e amministrano i Paesi, è centrale, tanto quanto garantire la salute fisica di ciascuno e di tutti. Poiché, assai spesso, quel benessere fisico può, addirittura, dipendere proprio dal benessere mentale. E, certo, non aiuta il raggiungimento di questo equilibrio, il clima da "bollettino di guerra" che in questi mesi è stato costantemente proposto dai mass-media tradizionali e non. E non mi riferisco soltanto ai programmi di informazione, ma penso anche all'intrattenimento e a tanti film e serie televisive che vengono mandate in onda, senza tenere conto del momento che stiamo vivendo. Insomma, è necessaria una programmazione mediatica che sostenga, in modo creativo e costruttivo, il momento cupo, incerto, drammatico che stiamo vivendo. Una programmazione diversamente pensata, culturalmente illuminata, competente, attenta potrebbe, infatti, consentire a chi – soprattutto i minori – ne fruisce, di fare riferimento ad esempi, orientamenti e scelte, generose, scientificamente, umanisticamente e storicamente, valide. E di ricevere suggerimenti, indicazioni, proposte che contengano possibili soluzioni a situazioni, come quella ingenerata dal Covid-19, che a sua volta

ha innescato una crisi economica di proporzioni colossali, caratterizzata da stress, angoscia, paura, dolore e comunque, insicurezza ed incertezza per il futuro. Bisogna, allora, provvedere, ricorrendo al riconosciuto, selettivo contributo di qualificati, esperti e responsabili operatori della comunicazione, ad organizzare, con metodologica, scientifica, sistematicità, una programmazione massmediatica capace di illuminare l'oscurità del tunnel che stiamo attraversando.

Il Covid-19 ha nel frattempo originato lo “Psicovid-19”. Poiché l'attuale contesto pandemico, potrebbe influenzare, anche in seguito, negativamente, la mente dei bambini, dei preadolescenti, degli adolescenti – e, naturalmente, degli adulti! – innescando in loro, come in tutti, paure per il futuro prossimo e venturo, angoscia di morte, panico, malessere psichico e fisico, devianze. Anche e, soprattutto, perché il nemico è invisibile, ingovernabile, irrefrenabile. E molti, negli ultimi mesi, hanno sviluppato forme di angosciante senso di impotenza di fronte a questa pandemia. Personalmente, io considero questo anche un “contagio emotivo”. E tale contagio emotivo, di fatto, può continuare a mietere vittime ancora per molto tempo. Dobbiamo, pertanto, essere in grado di elaborare il lutto di quanto ci è accaduto con consapevolezza, responsabilità, e strumenti psicologici, informazione e formazione adeguate. E, anzi, approfittare del momento, tenendo in debito conto gli aspetti problematici che, essendo stati slatentizzati a causa del Covid-19, sono emersi. Per reinterpretarli, in chiave positiva, pensando a quali analisi, azioni preventive, metodologie operative, alleanze, supporti economici e organizzativi e a quali soluzioni operative, possiamo, oggi, far riferimento e mettere in atto, per risolvere “alla radice” antichi problemi e piaghe sempre aperte. E non trovarci, poi, di fronte agli stessi problemi, nelle occasioni di difficoltà e di emergenza che, anche in seguito, potrebbero presentarsi o ri-presentarsi.

Un rischio, purtroppo, assai concreto, per i più giovani, in questa fase, è che il loro immaginario diventi, ancor più, “prigioniero” del web. In altre parole, la sospensione dagli impegni della vita quotidiana che abbiamo vissuto a motivo della pandemia, ha avuto, come pratica, inevitabile conseguenza, il “ricorso pervasivo al mondo virtuale”. Anzitutto e soprattutto, da parte dei minori. E li ha resi, per certi versi, iperconnessi, sia per ricevere informazioni, formazione, sia per mantenere i necessari rapporti umani con i coetanei, sia per lo svago. Se, però, questa modalità di comunicare si è dimostrata utile, rendendo “virtuoso” il virtuale e ci ha

permesso di svolgere una serie di attività, necessarie a contenere l'emergenza Covid-19, è anche vero che non dobbiamo commettere l'errore di promuovere, ad oltranza, l'utilizzo del virtuale. E di farlo prevalere sulle attività "de visu", sulle pratiche lavorative ed educative, sui contatti, sugli intrattenimenti culturali, artistici, sportivi della vita reale, con il rischio di favorire lo sviluppo di generazioni iperconnesse. Se non, addirittura, di "Generazioni H", depositarie della sindrome Hikikomori. Perciò, dovremmo tornare alla "cosiddetta normalità" – seppure con le dovute, imposte, nuove, cautele – potenziando il ritorno nelle aule scolastiche, le occasioni di stare insieme, di incontrare gli altri, di praticare sport, di godere di attività spirituali, culturali, artistiche e ludiche, individualmente e collettivamente. Dobbiamo, in tal senso, procedere per gradi, allenandoci al cambiamento e non improvvisando. E, prepararci, nel rispetto delle nuove condizioni dettate dal Covid-19, senza imperizia e senza cedere alla fretta, a ripristinare i ritmi della nostra vita quotidiana, adattandoli, con "resilienza" a quelli imposti dal Covid-19. Infatti, passare dal "tutto chiuso" al "tutto aperto", senza una fase intermedia che consenta di acquisire le necessarie conoscenze di limiti e rischi e senza una gradualità che, se evasa, potrebbe avere conseguenze decisamente negative, costituisce un rischio da non correre.

Esiste, poi, un rischio amplificato di ludopatia. Infatti, rispetto all'uso dei social media, abbiamo assistito nella fase di lockdown ad un raddoppio del tempo del loro utilizzo, per almeno quattro soggetti su 10. È una statistica che riguarda tutti e tutte le fasce di età. Infatti, tale aumento dell'utilizzo del virtuale, si associa ad un incremento di emozioni e di stati, anche negativi, quali, ad esempio, la rabbia, il disgusto, la paura, l'ansia, la tristezza che vanno attentamente valutati. "L'iperconnessione di massa", inoltre, colpisce in modo particolare le fasce più giovani. Ovvero, quei "nativi digitali" il cui immaginario è già, da tempo, prigioniero del web. Tra i minori di 12 anni, ad esempio, risulta esserci un abuso di Internet, per giocare e comunicare col mondo reale e i coetanei, pari al 33,4%. Giocare è, poi, una possibilità di intrattenimento che, in generale, se fatto con moderazione, offre sollievo e svago. Attenzione, però, ai pericoli che, in questa situazione di coercitiva e isolante clausura, e, anche in seguito, possono derivare dallo stabilire una dipendenza "proprio" dal gioco, soprattutto online. Infatti, chi gioca troppo assiduamente, può diventare aggressivo e/o depresso o ludopaticamente in cerca di continue sfide, per

superare il malessere interiore e la sensazione di impotenza che ne deriva se non si vince. E, ancora, allorquando si trasferisce l'aspirazione spasmodica a superare gli ostacoli nelle sfide che il gioco online propone e comporta. E questo, nel tempo, può trasformarsi in una vera e propria "droga mentale". Come dire: la dipendenza dal gioco è come un virus che, pervasivamente, può colpire chiunque, dai giovanissimi agli anziani, che la adottano, per distrarre la loro attenzione dai problemi della vita reale. In generale, ma soprattutto in questa critica emergenza dettata dal Covid-19, dobbiamo, poi, stare molto attenti proprio ai bambini, ai pre-adolescenti e agli adolescenti poiché essi attraversano delicate e radicanti fasi della loro crescita. Fasi in cui tutto, in loro, è fisicamente, mentalmente e psichicamente, in cambiamento. Pertanto, se, in questo decisivo iter del loro sviluppo, non sono seguiti, supportati, ascoltati, informati e formati, possono trovare – proprio nella regressione alla dipendenza indotta dal gioco online – come, peraltro, da altre forme di dipendenza, quali l'alcool e le droghe – una pericolosa ed allarmante valvola di sfogo ai loro dubbi, alle loro sfiducie, alle loro incertezze. Relative sia al presente che al futuro che li aspetta.

Impatto psicologico del lockdown sui genitori

Serena Di Giandomenico, Daniela Marchetti, Lilybeth Fontanesi e Maria Cristina Verrocchio

Introduzione

A partire dall'11 marzo 2020 l'Italia, diventata il secondo paese più colpito dalla pandemia globale del COVID-19, è stata messa in *lockdown* per contrastare l'elevata diffusione del coronavirus. Le misure di prevenzione e di contenimento del contagio da COVID-19, adottate dal Governo italiano mediante progressivi decreti, hanno determinato un profondo cambiamento delle abitudini e delle routine di vita di ciascuno.

I primi studi pubblicati (Brooks et al., 2020; Mazza et al., 2020; Rajkumar, 2020) hanno evidenziato che a tali provvedimenti, necessari per contenere e ridurre i contagi e adottati successivamente in molte altre nazioni, si è associata una significativa sofferenza psicologica, vissuti di ansia (specialmente inerenti la paura di ammalarsi) e di depressione, stress e problemi del sonno.

Con la serrata totale del Paese, le famiglie si sono ritrovate, in breve tempo, a fronteggiare una serie di cambiamenti molto significativi a cui possono associarsi reazioni psicologiche disadattive (per es. Fontanesi, Marchetti, Mazza, Di Giandomenico, Verrocchio, & Roma, 2020). Studi sull'isolamento forzato di famiglie durante pandemie precedenti hanno mostrato che all'aumento del tempo di convivenza forzata può associarsi un aumento di stress genitoriale e di sintomi post-traumatici sia nei genitori che nei figli, evidenziando una notevole associazione tra la sintoma-

tologia genitoriale e quella dei figli (Sprang & Silman, 2013). I bambini, pur non essendo la popolazione più a rischio di contrarre il COVID-19, possono manifestare incertezza, paura, distrazione, irritabilità e timore di porre domande rispetto all'epidemia (Jiao et al., 2020). Questi vissuti si sommano ai dubbi e alle incertezze dei genitori rispetto a quando si potrà tornare alla normalità (Dalton et al., 2020).

La sfida probabilmente più rilevante per i genitori è stata la gestione a tempo pieno dei figli in età prescolare e scolare a seguito della chiusura delle scuole. Sin dall'inizio del *lockdown*, le scuole hanno attivato la didattica a distanza generando la necessità di una grossa attivazione da parte dei genitori sia per predisporre adeguatamente la fruizione da parte dei figli (disponibilità di computer e di adeguata connessione internet, login nella piattaforma, capacità di scannerizzare compiti assegnati e di rinviarli al docente, ecc.) sia per sostenerli in un'attività nuova e mai sperimentata in precedenza dalla maggior parte di alunni italiani. In Italia, non tutte le famiglie degli 8.5 milioni di bambini e ragazzi frequentanti la scuola dell'obbligo sono state in grado di sopperire adeguatamente al compito educativo appartenente, solitamente, all'istituzione scolastica. Esistono infatti, come rilevato da una recente indagine nazionale (ISTAT, 2020), significative limitazioni, tra cui basso livello di istruzione dei genitori, mancanza di dispositivi tecnologici di supporto, scarsità di spazi all'interno delle abitazioni che hanno reso assai complessa la risposta di un certo numero di famiglie italiane al supporto scolastico a distanza dei figli.

I genitori con figli più piccoli hanno dovuto continuamente ideare attività ludiche per intrattenere i loro bimbi nel corso di giornate che sembravano interminabili non potendo esserci l'alternanza tra routine casalinga e routine all'esterno (passeggiata, parco, ecc).

Altro compito significativo che ha interessato i genitori è stata la gestione dei vissuti dei figli riguardo sia l'assenza di attività socializzanti in presenza sia la pandemia. Come spiegare ai figli quello che stava capitando? Che parole utilizzare per far comprendere loro la necessità di stare in casa senza più frequentare amici o praticare attività sportive? In risposta a queste esigenze, sui social network si sono diffuse tempestivamente diverse iniziative (gruppi genitori su Facebook, pubblicazione di linee guida, video, ecc.) finalizzate a supportare le difficoltà comunemente sperimentate dai genitori durante il *lockdown*.

In alcuni casi, i genitori hanno dovuto gestire figli e lavoro in modalità

smart working mentre quelli che non stavano lavorando per la chiusura momentanea della loro attività lavorativa hanno potuto sperimentare notevoli preoccupazioni rispetto alla stabilità economica del proprio nucleo familiare.

In letteratura, ci sono evidenze del fatto che durante i periodi di chiusura delle scuole si verificano con più frequenza episodi di abusi all'infanzia soprattutto da parte di genitori, la cui preoccupazione, anche economica, tende a ridurre notevolmente la tolleranza allo stress (Cluver et al., 2020).

Senza dubbio, la convivenza forzata con il proprio nucleo familiare può anche aver determinato, per alcuni, benefici. È stato possibile, infatti, trascorrere una grande quantità di tempo insieme senza la fretta e gli impegni che normalmente caratterizzano la quotidianità, dedicarsi ad attività collettive per cui in genere non si ha tempo, dare spazio al dialogo ed al confronto, agevolare l'autonomia dei figli (Wang et al. 2020).

È presumibile che nei nuclei familiari in cui sono presenti fragilità di tipo psicosociale, definiti “a rischio”, godere di questi momenti di unione è stato molto complicato. Si pensi, per esempio, alla presenza in casa di uno o più figli con problematiche di tipo psicologico, cognitivo o neuropsichiatrico che necessitano di sussidi fisici, terapeutici ed economici maggiori (Zhang et al., 2020) o alla presenza di genitori con disturbi mentali. Questi nuclei familiari, a causa del *lockdown*, hanno subito interruzioni dei servizi di cui beneficiavano e ciò può aver notevolmente contribuito ad aumentare lo stress ed il malessere psicologico. In sostanza, per queste famiglie fragili, alla vulnerabilità pregressa si sono aggiunte ulteriori difficoltà aumentando la probabilità di generare risposte disfunzionali e disadattive minaccianti la coesione familiare e un adeguato accudimento della prole (per es. Mazza, Ricci, Marchetti, Fontanesi, Di Giandomenico, Verrocchio, & Roma, 2020).

Si hanno già i primi dati pubblicati su riviste internazionali su come sta reagendo, da un punto di vista psicologico, la popolazione italiana e il personale sanitario. Ad esempio, un recente studio ha rilevato alcuni fattori di rischio per lo sviluppo del PTSD dovuto al COVID-19, tra cui: il sesso femminile, la percezione di una scarsa stabilità economica, alti livelli di nevroticismo e la paura del contagio (Di Crosta et al., 2020). Noi ci siamo interessati di capire come stanno i genitori italiani, qual è il loro vissuto in questo momento così delicato. Ci siamo chiesti: come sta

incidendo su di loro questa emergenza sanitaria e soprattutto il *lockdown* che li sta impegnando tutti i giorni a tempo pieno con i loro figli? Ci sono reazioni psicologiche specifiche? E se ci sono, queste possono incidere sui loro figli? E ancora, ci sono fattori che stanno permettendo ai genitori di far fronte a questo momento così difficile?

Per rispondere a queste domande un gruppo di ricercatori del laboratorio di Psicologia Clinica del Dipartimento di Scienze Psicologiche, della Salute e del Territorio dell'Università degli studi G. d'Annunzio di Chieti-Pescara, in collaborazione con il Dipartimento di Neuroscienze umane dell'Università La Sapienza di Roma (Referente Prof. Paolo Roma) ha avviato un'indagine nazionale con lo scopo sia di indagare l'impatto psicologico del *lockdown* sui genitori sia di identificare fattori di rischio e di protezione.

La ricerca

Obiettivi dello studio

In questo contributo illustreremo i dati inerenti ai fattori che contribuiscono all'esaurimento emotivo nel ruolo genitoriale. I genitori esauriti emotivamente avvertono estrema fatica nell'esercizio del proprio ruolo, sentono di non disporre di sufficiente energia per occuparsi dei propri figli e che il prendersi cura di loro ha esaurito ogni risorsa (Roskam et al., 2017). Tale condizione psicologica può generare una sensazione di stanchezza al risveglio mattutino, in vista di una nuova giornata da trascorrere con i propri figli, e una percezione dei propri figli come più "difficili" (Gillis & Roskam, 2019).

Esistono alcune caratteristiche individuali e sociali che possono fungere da fattori di protezione diminuendo il rischio di sperimentare una condizione di esaurimento emotivo nel ruolo di genitore. Tra queste, vi è la resilienza genitoriale che consente di affrontare positivamente i momenti difficili e di essere costanti nell'accudimento dei figli anche dinanzi a difficoltà di natura personale che, seppur presenti, non compromettono la qualità del rapporto con figli. Un altro fattore di protezione è il supporto sociale che riguarda il sostegno percepito da persone di riferimento (famiglia ed amici), dalle istituzioni e dalla comunità. La percezione di

avere connessioni sociali positive risulta predittiva, nei genitori, di maggior soddisfazione, senso di competenza e di bassi livelli di ansia e di depressione (Lee, Draper & Lee, 2001). Mentre un insufficiente o inadeguato supporto sociale risulta associato, in modo significativo, ad un maggiore stress genitoriale (Kiplinger & Browne, 2014).

In questo studio abbiamo analizzato quanto il distress psicologico, alcune caratteristiche socio-demografiche (ruolo genitoriale, occupazione, livello scolarità, età, status coniugale, eventuale presenza di figli con bisogni speciali e numero di figli) e le esperienze vissute durante il *lockdown* (continuare a lavorare, vivere insieme ad altri, vivere nelle zone più colpite dall'epidemia, eventuali persone care contagiate o decedute) impattano sull'esaurimento emotivo genitoriale. Inoltre, nell'ottica di rintracciare possibili fattori di protezione, si è analizzato l'eventuale valore protettivo della resilienza genitoriale e della connessione sociale.

Campione e procedura

I dati sono stati raccolti mediante una *survey online*, su piattaforma Qualtrics, diffusa tra la terza e la quarta settimana di *lockdown* su tutto il territorio nazionale, permettendo di reclutare un campione eterogeneo dal punto di vista della regione di residenza. La survey ha raggiunto circa 2000 genitori. Il campione definitivo sul quale sono stati analizzati i dati è composto da 1226 genitori. I criteri di inclusione sono stati: avere almeno 18 anni e almeno un figlio di età compresa tra 0 e 13 anni.

L'89% del campione è composto da madri. L'età media dei partecipanti è 39 anni (DS 6.77). Il 98% del campione è di nazionalità italiana.

Gran parte del campione ha conseguito un diploma di scuola superiore (37.5%) o una laurea (35%), il 22% ha conseguito un titolo post-laurea, mentre il 5.5% ha un titolo di scuola media inferiore.

L'89% dei partecipanti è coniugato. Il 45.3% dei genitori reclutati ha due figli, il 44% ha un figlio unico e il rimanente (10.7%) ha tre o più figli. Il 13.9% dei genitori vive da solo con i figli. L'8.8% dei genitori che ha partecipato allo studio ha almeno un figlio con una diagnosi neuropsichiatrica e/o una disabilità cognitiva o fisica o delle difficoltà diverse tali da richiedere un aiuto di tipo psicologico.

Al momento della compilazione, solo lo 0.7% dei genitori del nostro campione è risultato positivo al COVID-19, mentre il 26% di essi ha avuto

un parente o una persona significativa di propria conoscenza che è risultata positiva ed il 9.1% di questi ha perso, a causa del COVID-19, una di esse.

Circa l'83% dei partecipanti ha un impiego e quasi la metà dell'intero campione, nel periodo dal 3 aprile al 14 aprile 2020 ha continuato a lavorare da casa in modalità *smart working* o, in percentuale molto inferiore (circa 14%) recandosi nel luogo di lavoro.

Risultati

L'83% del nostro campione ha sperimentato nelle prime 4 settimane di *lockdown* alti livelli di sofferenza psicologica e quasi uno su cinque (17%) presenta un significativo esaurimento emotivo associato al ruolo genitoriale. Non abbiamo dati comparativi di altri campioni di genitori esaminati in questa o in precedenti pandemie; riteniamo, comunque, che sono percentuali molto rilevanti dal punto di vista clinico.

L'ampia prevalenza dell'elevato livello di sofferenza psicologica potrebbe essere spiegata dal prolungato isolamento sociale associato a sentimenti di impotenza e alla richiesta di cure dei figli. L'epidemia COVID-19 sta producendo in molti preoccupazioni, incertezze per il futuro, ansia, paura soprattutto riguardo alla salute e alle future possibili difficoltà economiche. Nei genitori di figli in età scolare, a questi vissuti se ne associano anche altri inerenti sia il loro ruolo di genitore sia i loro bambini. Potremmo pensare che sono genitori ora e lo erano prima del COVID! Certamente. Ma per loro in questa fase si è aggiunto un carico enorme, quello di dover badare ai loro figli in una condizione unica, diversa, mai sperimentata. In sostanza, sono stati costretti dagli eventi a reinventarsi nel loro ruolo genitoriale per favorire nei figli un adattamento a questa situazione.

Il distress psicologico è risultato essere il fattore maggiormente predittivo dell'esaurimento emotivo, mentre le esperienze connesse al *lockdown* (aver avuto un familiare infettato, perdita di un familiare o di amici a causa del COVID-19, vivere in regioni con maggiore diffusione del COVID-19) non sono risultate significative nel predirlo.

I maggiori livelli di esaurimento emotivo sono sperimentati da madri, single, genitori con più figli, quelli con figli più piccoli e con figli che hanno bisogni speciali, con carente resilienza genitoriale e con scarso supporto sociale percepito.

La resilienza sembra essere il fattore protettivo più incisivo rispetto

all'esaurimento emotivo e quindi il fattore chiave principale che consente ai genitori di fronteggiare le difficoltà sperimentate nella relazione con i figli. Tali risultati sono in linea con quanto già studiato sperimentalmente e confermano che fattori come la giovane età, essere donna, avere più di un figlio con bisogni speciali, essere single ed essere scarsamente supportate socialmente predispongono a maggiori livelli di esaurimento emotivo (Gerain & Zech, 2018; Le Vigouroux & Scola, 2018; Mikolajczak et al. 2018; Mikolajczak et al. 2019; Sorkkila, 2020).

Il maggior impatto psicologico riscontrato sulle madri può essere spiegato sia dal ruolo della donna che, di fatto, risulta essere ancora quella maggiormente deputata alla cura dei figli rispetto ai padri, sia dalla maggiore prevalenza di livelli di ansia, depressione e stress tipicamente rilevati nelle donne (per es. Mazza et al., 2020).

Conclusioni

Il nostro studio consente di evidenziare che i fattori di rischio e quelli di protezione maggiormente significativi per spiegare l'esaurimento emotivo genitoriale sperimentato durante il *lockdown* riguardano caratteristiche individuali e sociali preesistenti piuttosto che variabili specifiche correlate all'emergenza sanitaria COVID-19.

Sono maggiormente a rischio le madri, i single, i genitori con più figli, quelli con figli più piccoli e con figli che hanno bisogni speciali. Inoltre sono più a rischio anche quei genitori con livelli più elevati di sofferenza psicologica, con minore resilienza e minor supporto sociale percepito. La resilienza dei genitori è un elemento chiave perché caratterizza i sistemi familiari ben funzionanti e si riferisce al modo in cui un genitore gestisce lo stress, le sfide o le avversità legate al suo ruolo genitoriale. Un genitore resiliente fa riferimento a risorse personali per affrontare in modo proattivo le sfide che riguardano se stesso e i figli, può fare riferimento al proprio senso di adeguatezza e di autoefficacia, continua a fornire le giuste attenzioni ai figli anche in presenza di eventi stressanti, ha un atteggiamento positivo nei confronti della vita in generale e del proprio ruolo e delle responsabilità genitoriali, sa gestire la rabbia, l'ansia, la tristezza, i sentimenti di solitudine e cerca aiuto per sé o per il bambino quando necessario. L'altro elemento chiave che dal nostro studio si configura come un fattore protettivo che

riduce la possibilità di entrare in una condizione di esaurimento emotivo nel ruolo di genitore, sono le connessioni sociali percepite, ossia quanto il genitore sente di essere in relazioni sane e significative non solo con persone care, ma anche con le istituzioni e la comunità di riferimento: si tratta di un senso di appartenenza, di un attaccamento e di relazioni caratterizzate da rispetto reciproco che sperimentiamo nella nostra vita.

In sostanza, i nostri dati ci dicono che moltissimi genitori riferiscono di trovarsi in una condizione di grossa sofferenza psicologica durante il *lockdown*; tra questi, però, ce ne sono alcuni che stanno presentando una notevole sofferenza anche nel loro ruolo di genitori e questo ha implicazioni importanti. L'esaurimento emotivo dei genitori può rappresentare, infatti, una minaccia per il benessere dei bambini. Questi genitori potrebbero essere meno disponibili, meno accessibili e meno in grado di rispondere ai bisogni della prole e ciò potrebbe generare sofferenza e comportamenti disadattivi nei loro figli.

I professionisti della salute mentale e tutti quelli che lavorano nel mondo della tutela dei minori dovrebbero conoscere l'impatto psicologico che il periodo di *lockdown* ha avuto sui genitori e, di conseguenza, sul benessere dei bambini.

E allora risulta importante programmare azioni appropriate che mirano a valutare i bisogni specifici delle famiglie per attuare interventi psicologici adeguati volti a mitigare l'esaurimento emotivo e la sofferenza psicologica nei genitori più fragili.

Prendersi cura dei genitori più fragili significherebbe prendersi cura dei loro bambini.

I dati emersi potrebbero essere utili per individuare possibili focus di intervento psicologico e per programmare interventi di sostegno a famiglie particolarmente fragili. Interventi efficaci dovrebbero essere pianificati, infatti, tenendo conto degli specifici bisogni e delle peculiari difficoltà sperimentate durante il *lockdown* da alcuni nuclei familiari. Parlare genericamente di sostegno psicologico per l'esposizione ad una pandemia di dimensione globale sembra davvero poco utile in quanto si corre il rischio di erogare interventi aspecifici e non rispondenti a garantire il benessere psicologico di genitori in difficoltà, peraltro poco capaci di chiedere aiuto spontaneamente, e dei loro figli.

In conclusione, si sottolinea l'importanza di effettuare interventi di screening e di sostegno tempestivi per ridurre il rischio che si sviluppino traiettorie psicopatologiche significative sia in genitori fragili sia nei loro figli.

Bibliografia

- Brooks, S. K., Webster, R. K., Smith, L. E., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N., et al. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: Rapid review of the evidence. *Lancet*, *395*, 912-920. [doi:10.1016/S0140-6736\(20\)30460-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30460-8)
- Cluver, L., Lachman, J. M., Sherr, L., Wessels, I., Krug, E., Rakotomalala, S., et al. (2020). Parenting in a time of COVID-19. *Lancet*, *395*, e64. [doi:10.1016/S0140-6736\(20\)30736-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30736-4)
- Dalton, L., Rapa, E., & Stein, A. (2020). Protecting the psychological health of children through effective communication about COVID-19. *The Lancet Child & Adolescent Health*, *4* (5), 346-347. [doi:10.1016/S2352-4642\(20\)30097-3](https://doi.org/10.1016/S2352-4642(20)30097-3)
- Di Crosta, A., Palumbo, R., Marchetti, D., Ceccato, I., La Malva, P., Maiella, R., Cipi, M., Mammarella, N., Verrocchio, M. C. & Di Domenico, A. (2020). Individual differences, economic stability, and fear of contagion as risk factors for PTSD symptoms in the COVID-19 emergency. *Frontiers in Psychology*, *11*, 2329. [doi:10.3389/fpsyg.2020.567367](https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.567367)
- Fontanesi, L., Marchetti, D., Mazza, C., Di Giandomenico, S., Roma, P., & Verrocchio, M. C. (2020). The effect of the COVID-19 lockdown on parents: A call to adopt urgent measures. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, *12* (1), 79-81. [doi:10.1037/tra0000672](https://doi.org/10.1037/tra0000672)
- Gillis, A. & Roskam, I. (2019). Regulation between daily exhaustion and support in parenting: A dyadic perspective. *International Journal of Behavioural Development*, *44* (3), 226-235. [doi:10.1177/0165025419868536](https://doi.org/10.1177/0165025419868536)
- ISTAT (2020). *Indagine Spazi in casa e disponibilità di computer per bambini e ragazzi* (Survey on home spaces and computer availability for children and adolescents). Italian National Statistics Institute. Retrieved from <https://www.istat.it/it/files/2020/04/Spazi-casa-disponibilita-computer-ragazzi.pdf>
- Jiao, W. J., Wang, L. N., Liu, J., Feng Fang, S., Yong Jiao, F., Pettoello-Mantovani, M., et al. (2020). Behavioral and Emotional Disorders in

- Children during the COVID-19 Epidemic. *The Journal of pediatrics*.
[doi:10.1016/j.jpeds.2020.03.013](https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2020.03.013)
- Kiplinger, V. L., & Browne, C. H. (2014). *Parents' Assessment of Protective Factors: User's guide and technical report*. Washington, DC: The Center for the Study of Social Policy.
- Le Vigouroux, S., & Scola, C. (2018). Differences in parental burnout: influence of demographic factors and personality of parents and children. *Frontiers of Psychology, 9*, 887. [doi: 10.3389/fpsyg.2018.00887](https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.00887)
- Lee, R. M., Draper, M., & Lee, S. (2001). Social connectedness, dysfunctional interpersonal behaviors and psychological distress: testing a mediator model. *Journal of Counseling Psychology, 48* (3), 310-318. [doi:10.1037/0022-0167.48.3.310](https://doi.org/10.1037/0022-0167.48.3.310)
- Mazza, C., Ricci, E., Biondi, S., Colasanti, M., Ferracuti, S., Napoli, C., & Roma, P. (2020). A nationwide survey of psychological distress among Italian people during the COVID-19 pandemic: immediate psychological responses and associated factors. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 17* (9), 3165. [doi:10.3390/ijerph17093165](https://doi.org/10.3390/ijerph17093165)
- Mazza, C., Ricci, E., Marchetti, D., Fontanesi, L., Di Giandomenico, S., Verrocchio, M. C. & Roma, P. (2020). How personality relates to distress in parents during the Covid-19 lockdown: the mediating role of child's emotional and behavioral difficulties and the moderating effect of living with other people. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 17* (17), 6236. [doi:10.3390/ijerph17176236](https://doi.org/10.3390/ijerph17176236)
- Mikolajczak, M., Brianda M. E., Avalosse, H. & Roskam, I. (2018). Consequences of parental burnout: its specific effect on child neglect and violence. *Child abuse & Neglect, 80*, 134-145. [doi: 10.1016/j.chiabu.2018.03.025](https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2018.03.025)
- Rajkumar, R. P. (2020). COVID-19 and mental health: a review of the existing literature. *Asian Journal of Psychiatry, 52*, 102066. [doi:10.1016/j.ajp.2020.102066](https://doi.org/10.1016/j.ajp.2020.102066)
- Roskam, I., Raes, M. E., & Mikolajczak, M. (2017). Exhausted parents: Development and preliminary validation of the parental

- burnout inventory. *Frontiers in Psychology*, 8, 163. [doi:10.3389/fpsyg.2017.00163](https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.00163)
- Sorkkila, M. & Aunola, K. (2020). Risk factors for Parental Burnout among Finnish Parents: the role of socially prescribed perfectionism. *Journal of Child and Family Studies*, 29, 648-659. [doi:10.1007/s10826-019-01607-1](https://doi.org/10.1007/s10826-019-01607-1)
- Sprang G. & Silman M. (2013). Posttraumatic stress disorder in parents and youth after health-related disasters. *Disaster Medicin and Public Health Preparedness* 7 (1), 105-110. [doi: 10.1017/dmp.2013.22](https://doi.org/10.1017/dmp.2013.22)
- Wang, G., Zhang, Y., Zhao, J., Zhang, J., & Jiang, F. (2020). Mitigate the effects of home confinement on children during the COVID-19 outbreak. *The Lancet*, 395 (10228), 945-947. [doi:10.1016/S0140-6736\(20\)30547-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30547-X)
- Zhanga, J., Shuaia, L., Yuc, H., Wanga, Z., Qiua, M., Lua, L., et al. (2020). Acute stress, behavioural symptoms and mood states among school-age children with attention-deficit/hyperactive disorder during the COVID-19 outbreak. *Asian Journal of Psychiatry*, 51 (102077). [doi:10.1016/j.ajp.2020.102077](https://doi.org/10.1016/j.ajp.2020.102077)

Una indagine del supporto sociale percepito a Brescia durante il lockdown da COVID-19

*Antonino Giorgi, Martina Roverselli, Serena Pellicanò
e Azra Hasani*

*Quando passerà tutto questo non ricorderò
i turni massacranti o le notti insonni o
la ginnastica coronarica quando sai di
non poter intubare un paziente
che avresti rianimato in qualsiasi situazione.
Ricorderò solo gli occhi: gli occhi dei colleghi,
degli infermieri, dei pazienti.
Che ti guardano cercando le stesse conferme
Che cerchi tu nei loro.
Solo quelli, terribilmente bellissimi.*

Anonimo Medico, in blog *Vissuto intensiva*

Introduzione

L'obiettivo del presente lavoro è quello di fornire una fotografia di questo preciso momento storico, indagando nello specifico la situazione del COVID-19 (SARS-CoV-2) a Brescia, focalizzandoci in particolar modo sul supporto sociale percepito dai cittadini bresciani.

Una lettura integrata dei dati epidemiologici di diffusione dell'epidemia di COVID-19 e dei dati di mortalità totale acquisiti e validati ci viene fornita attraverso il rapporto prodotto dall'Istituto nazionale di statistica (ISTAT) e dall'Istituto Superiore di Sanità (ISS). Nel mese di marzo, le province più colpite dall'epidemia hanno visto i seguenti incrementi percentuali dei decessi, rispetto alla media dello stesso mese nel periodo 2015-2019: Bergamo (568%), Cremona (391%), Lodi (371%), Brescia (291%), Piacenza (264%), Parma (208%), Lecco (174%), Pavia (133%), Mantova (122%), Pesaro e Urbino (120%)¹. Secondo l'ultimo report dell'ISTAT (2020), tra il 2015 e il 2019 nella provincia di Brescia si sono registrati in media 1.385 morti da gennaio a marzo, mentre quest'anno i decessi sono stati 4.450 (3.065 in più), a fronte di 1474 decessi ufficiali a causa del Covid-19 al 31 marzo. Ma i numeri sembrano comunque altri (Tedeschi, 2020).

Gli effetti del Covid-19: trauma collettivo?

I molteplici e complessi effetti del COVID-19 possono essere considerati come generatori di un trauma collettivo, che provocherebbe nella Comunità una disgregazione del senso del Noi?

Violi (2014) parla di società traumatizzata, riferendosi a “un corpo sociale in cui il trauma è diffuso, ma non necessariamente in forme omogenee e non allo stesso modo in tutte le sue componenti, questa eterogeneità può anche aiutarci a capire come memorie diverse e anche contrastanti possano permanere le une accanto alle altre” (pag. 57).

Per capire il significato che un trauma assume in una società è necessario comprendere come esso è stato usato da quella specifica società, con quali intenzioni e per trasmettere quali valori. Il patrimonio traumatico

1 Istituto Nazionale di Statistica (ISTAT)-Istituto Superiore di Sanità (ISS). Impatto dell'epidemia da COVID-19 sulla mortalità totale della popolazione residente primo trimestre 2020. https://www.istat.it/it/files/2020/05/Rapporto_Istat_ISS.pdf

può aiutare a comprendere il senso che una determinata società attribuisce al trauma, in quanto è l'esito visibile del processo di attribuzione di valore a un evento traumatico. Monumenti, steli e vie intitolate (ad esempio a vittime di un terremoto o di una strage) hanno un ruolo centrale nella costruzione e nella significazione dell'evento traumatico, essi sono la testimonianza del rilievo che ha per la società il trauma subito "in quanto luoghi di fissazione di un valore nello spazio, essi diventano patrimonio traumatico di una collettività" (Violi, 2014, p. 63).

Un trauma collettivo può lasciare profonde ferite all'interno delle comunità, luoghi abitati (in senso fisico e psicologico) dalle singole persone, e i cui effetti, positivi o negativi, si manifestano nelle dinamiche emotive e relazionali, agite sia dai singoli e sia dalla vita sociale, familiare e culturale della comunità (Rossi, 2017). Il trauma collettivo, in sostanza, è un trauma profondamente inabilitante, recide i legami sociali, ci si sente soli, impotenti ed insicuri e bisogna tener conto che proprio la solitudine, l'isolamento, il senso d'impotenza e l'aggressione al senso di sicurezza sono i quattro capisaldi della nostra identità e del nostro stare al mondo, metterli in discussione, metterli nella loro dimensione di fragilità fa sentire profondamente sofferenti (Giorgi, 2019).

Gli effetti del Coronavirus sui sistemi sociali, economici e relazionali sono stati ampiamente visibili fin dall'inizio della pandemia. Virus invisibile agli occhi umani, i cui effetti sono profondamente visibili.

Il periodo in cui è partito tutto e il periodo che stiamo continuando a vivere è strettamente e profondamente difficile sul piano economico, sociale, relazionale e lo è anche sul piano psicologico.

Infatti, ancora oggi viviamo in una forte incertezza: alcuni virologi ed infettivologi ipotizzano che il virus possa tornare con l'arrivo dell'autunno e si teme si possa tornare in una situazione di lockdown, altri asseriscono l'esatto contrario.

Quello che abbiamo "ascoltato" (attraverso gli strumenti comunicativi del web, la TV, sms e telefonate) durante il lockdown come professionisti della salute pubblica si potrebbe riassumere in questo modo: il COVID-19 ha fatto traballare i nostri capisaldi della (r)esistenza umana; se vivo costantemente una fonte di stress così elevata e potente, tanto da farmi permanere in una situazione costante di impotenza angosciante e nell'incertezza profonda del futuro faticherò giorno dopo giorno a riequilibrare le coordinate spazio-temporali e il mio senso dello "stare al mondo".

Abbiamo “ascoltato” sofferenze varie: disturbi d’ansia, disturbi del sonno-veglia, disturbi depressivi, stress acuto. Probabilmente troveremo e nelle persone comuni e negli operatori della prima linea (Medici e Paramedici, Infermieri, Psicologi e Psichiatri, Osa e Asa, altre figure professionali della sanità, volontari vari) disturbi correlati a eventi traumatici e stressanti. In alcuni casi anche disturbi dissociativi. Il tempo, la clinica e la ricerca confermeranno o meno. In ogni caso, aldilà delle strette categorie diagnostiche, la sofferenza è stata tanta, e tanta è stata anche la resilienza.

Questo quadro, tuttavia ci permette di definire il COVID-19 e i suoi effetti come trauma collettivo? In buona parte sì, ma anche in questo caso occorre aspettare che il tempo passi, che tutti gli effetti a breve, medio e lungo tempo emergano chiaramente.

Sicuramente, tuttavia, possiamo parlare di trauma epistemologico, ovvero di una perdita del senso di Sé: chi sono adesso Io? E, seguendo il discorso di Ciappi (2019), parlare di trauma sociale, con ripercussioni poi di natura più strettamente cliniche e personali.

Il supporto sociale

Una dimensione di ricerca particolarmente ricca e attuale è costituita dal costruito di supporto sociale (Gladstone *et al.*, 2007). Il costruito di supporto sociale è, da parecchio tempo, oggetto di molti studi e ricerche, che hanno rilevato un forte legame con variabili altrettanto rilevanti come il benessere soggettivo, la qualità della vita, gli eventi stressanti della vita. (Bruwer *et al.*, 2008; Gladstone, *et al.*, 2007; Laschinger *et al.*, 2001; Ponizovsky *et al.*, 2004; Ponizovsky, Ritsner, 2004). Caplan (1974) definisce i legami che sostengono gli individui l’insieme di patterns durevoli di relazioni sociali che giocano un ruolo nel mantenere l’integrità fisica e psicologica di un individuo. Le caratteristiche di tali legami hanno un valore nello spiegare il comportamento sociale (Mitchell, 1969). Specificatamente, in un contesto di malattia, uno degli aspetti maggiormente significativi della rete sociale è la possibile funzione di supporto offerta a vari livelli: fisico, emotivo, informativo ed economico (Greenblatt *et al.*, 1982). Molteplici studi hanno evidenziato che la mancanza di un adeguato supporto sociale appare direttamente correlata all’intensità di

sintomi psicofisici, in quanto esso riesce ad agire come *cuscinetto*² tra questi ultimi e gli eventi stressanti della vita (Andrews *et al.*, 1978; Barrera, 1981; Bolgerand, Amarel, 2007; Brandt, Weinert, 1981; Choénarom, Williams, Hagerty, 2005; Crockett *et al.*, 2007; Ditzen *et al.*, 2008; Gore, 1978; Kanbara *et al.*, 2008; Lache, Meyer, Herrmann-Lingen, 2007; Lin *et al.*, 1979; Monroe *et al.*, 1983; Procidano, Heller, 1983; Sarason *et al.* 1983; Sarason *et al.*, 1985; Schaefer, Coyne, Lazarus, 1981; Utsey, Lanier *et al.*, 2006; Wilcox, 1981).

A dispetto di quanto il costrutto di supporto sociale possa apparire semplice, o per meglio dire poco complesso, un'attenta *review* della letteratura rivela risultati contraddittori. Questo è in parte dovuto al fatto che lo stesso costrutto di supporto sociale sia davvero complesso da definire, fino al punto da non trovare accordo univoco tra i ricercatori. Poiché l'obiettivo del raggiungimento di un'unica lettura teorica univoca del fenomeno "supporto sociale" non è stato raggiunto, l'interpretazione e l'integrazione dei risultati delle ricerche condotte in questo ambito risulta spesso difficile (Ell, 1996). In questo senso, vi è un consenso sempre maggiore rispetto alla necessità di considerare il supporto sociale come un costrutto multidimensionale, poiché riguardante l'intera rete di relazioni interpersonali e comprendenti tre domini (Helgeson, Cohen, 1996; House, 1981; Manne *et al.*, 1999; Schaefer, Coyne, Lazarus, 1981).

La prima dimensione riguarda il supporto emotivo. Ascolto, empatia, conforto, sono dimensioni che costituiscono il supporto emotivo. Gli altri due domini sono rappresentati dal supporto strumentale e informativo.

Il primo si riferisce alla presenza di una rete informale di supporto pratico rispetto alle varie necessità quotidiane delle persone. L'aspetto informativo del supporto consiste nell'usare l'informazione per supportare e dare consigli. Il supporto informativo può essere fornito non solo dalle relazioni "naturali" (supporto informale), ma anche da coloro che fanno parte delle relazioni "non naturali" (supporto formale).

2 Malgrado esista un generico accordo sul fatto che il supporto sociale coinvolga alcuni tipi di transazioni tra individui, la natura di tale relazione chiama in causa svariate definizioni (Zimet *et al.*, 1988): mentre alcuni autori ritengono che esso agisca primariamente come *cuscinetto* proteggendo gli individui dagli effetti dannosi dello stress, altri sostengono che esso abbia direttamente effetti vantaggiosi, indipendentemente dal livello di stress presente nella vita degli individui (Broadhead *et al.*, 1983; Cohen, McKay, 1984; Flannery, Wieman, Wieman, 1989; Frey, Röthlisberger, 1996; Gore, 1981; House, 1981).

La semplice esistenza di una relazione intima, tuttavia, secondo alcuni autori, non comporta automaticamente il carattere supportivo di una relazione: lo è piuttosto la qualità percepita di tali rapporti (Carpiniello, 1992). Infatti, sono due i *frameworks* maggiormente utilizzati dalla comunità scientifica nella ricerca sul supporto sociale e le sue fonti: uno indaga la struttura del *social network*, cioè il numero e la frequenza dei contatti sociali (Shumaker *et al.*, 1991). L'altra grande matrice di ricerca è costituita dalle ricerche sulle *caratteristiche funzionali* del supporto sociale, che riguarda la dimensione non tanto oggettiva dell'ampiezza delle reti sociali ma l'aspetto soggettivo che determina una specifica modalità di percepire³ il sostegno stesso. Vi è un sempre maggiore sostegno empirico rispetto all'importanza del secondo *framework*, cioè della qualità percepita della relazione piuttosto che delle caratteristiche strutturali del sostegno stesso.

In letteratura, le definizioni/teorizzazioni relative al costruito supporto sociale percepito sono numerose e variegata. Per Shumaker e Brownell (1984) esso si configura come uno "scambio di risorse tra due individui, percepito da colui che le fornisce o da chi le riceve come qualcosa volto ad aumentare il benessere del ricevente" (pag. 13). Lin (1986) invece lo definisce come "approvvigionamenti percepiti o reali, utili e/o significativi forniti dalla comunità, dalle reti sociali e dai compagni degni di fiducia" (pag. 18). In tempi più recenti Laschinger e Havens (1997) e Laschinger *et al.* (2001) lo hanno inquadrato come un mezzo per diminuire lo stress.

Dall'analisi della letteratura emerge una divergenza circa la natura del supporto sociale. In questa direzione, Pearlin *et al.* (1981) sostengono che il supporto sociale aiuta a generare positive esperienze emotive, riducendo gli effetti negativi dello stress, aumentando l'autostima ed il senso di controllo sull'ambiente. In particolare sono emersi legami positivi tra supporto sociale percepito, benessere e soddisfazione di vita, mentre legami inversi sono stati riscontrati tra supporto sociale e ansia, depressione⁴, pensieri suicidari, solitudine e stress.

3 Il termine percepito fa riferimento alla fondamentale differenza tra il dato reale e la sua rappresentazione mentale. In altre parole, percepito fa riferimento alle molteplici variabilità delle rappresentazioni soggettive del sostegno sociale.

4 Per quanto riguarda la relazione con la depressione, occorre sottolineare che mentre la maggior parte delle ricerche suggerisce che uno scarso supporto sociale è un importante fattore di rischio per la depressione, Coyne (1976) aveva ipotizzato la diminuzione del supporto sociale disponibile come conseguenza del disturbo depressivo. Più recentemente Wilhelm *et al.* (1999) hanno dato rilievo a quest'ultima ipotesi riscontrando una diminuzione nel tempo del supporto sociale percepito in soggetti che presentavano una storia clinica percorsa da numerosi episodi di depressione.

Lo studio

Obiettivo

Lo studio si è posto l'obiettivo di fornire una fotografia del supporto sociale percepito degli abitanti della città di Brescia durante il lockdown, esito della pandemia da COVID-19.

Metodo

Per rispondere all'obiettivo dello studio, si è eseguita una lettura qualitativa e quantitativa dei risultati ottenuti attraverso il questionario Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS).

Strumento

Per valutare il Supporto Sociale Percepito è stato utilizzato il Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS) (Zimet *et al.*, 1988; versione italiana di Prezza e Principato, 2002). La scala ha 12 items e tre sottoscale, mostrandosi semplice da utilizzare, rapida per la compilazione e scoring. Ciascuna sottoscala è composta di 4 items con una modalità di risposta codificata su una scala a sette punti da 1 = “*completamente in disaccordo*” a 7 = “*completamente d'accordo*”. Essa valuta il supporto percepito rispetto alle figure di riferimento, in particolare, dai familiari, dagli amici e da figure significative del campo sociale allargato. Il punteggio si ottiene dalla media delle 4 domande comprese in ogni area. Il punteggio totale si ottiene dalla media di tutte le domande e consente di effettuare una valutazione soggettiva dell'adeguatezza del supporto sociale. I dati normativi forniscono medie e deviazioni standard per le differenti aree del supporto sociale percepito. Un soggetto per il quale un punteggio è più di una deviazione standard sotto la media può essere classificato come sotto la media del supporto sociale. Sono state valutate le proprietà psicometriche dello strumento nella versione italiana, attraverso la verifica della dimensione, dell'attendibilità e della validità concorrente della scala. Confrontando i dati emersi dalle analisi della versione italiana della MSPSS con quelli ottenuti dagli autori della scala, si può concludere che lo strumento in esame possiede le caratteristiche desiderabili per una misura accurata del supporto

sociale percepito anche nel contesto italiano (Di Fabio, Busoni, 2008).

Partecipanti

Le persone che hanno partecipato allo studio sono tutte della città di Brescia. Il tipo di campionamento utilizzato è definito “di convenienza” (Corbetta, Gasperoni, Pisani, 2001). I soggetti che hanno preso parte a questo studio sono stati contattati online attraverso i social e i vari strumenti di messaggistica, nonché attraverso il passaparola tra le persone. In quel momento era l'unico modo di poter fare degli studi su quello che stava accadendo nelle case degli italiani. Per la somministrazione del questionario è stata utilizzata la piattaforma gratuita di **Google Docs.**, la quale garantisce tutti gli adempimenti circa la normativa sulla privacy e sul trattamento dei dati ai fini di ricerca, studio o sondaggio (<https://www.google.com/intl/it/forms/about/>).

Risultati

Variabili socio-demografiche

I dati oggetto di analisi ed interpretazione rappresentano un campione di 240 partecipanti al questionario e risidenti nella provincia di Brescia.

Allo scopo di creare un quadro generale relativamente al campione selezionato, di seguito verranno riportati i dati concernenti le caratteristiche socio-demografiche dello stesso.

Come da tabella seguente (Tabella 1 – Genere), si registra una netta maggioranza di rispondenti di genere femminile, rappresentanti circa l'85% dei partecipanti totali.

Tabella 1 – Genere

GENERE	
Femminile	203
Maschile	37
	240

Coerentemente con l'obiettivo dello studio, si è provveduto a raccogliere dati anche concernenti la sfera sociale dei partecipanti. Questo aspetto è fondamentale per le nostre considerazioni, in quanto fattore influenzante la

percezione e le modalità con cui l'individuo si trova a fronteggiare una situazione emergenziale di questo tipo.

Nella tabella seguente (Tabella 2 – Stato civile) troviamo i dati relativi allo stato civile dei rispondenti e la distribuzione relativa al nostro campione, necessaria anche per poter delineare la modalità influenzale di questo aspetto sulle risposte registrate al questionario somministrato. Si rileva una netta maggioranza di partecipanti appartenenti alla categoria celibe/nubile, che rappresenta il 42%, ed alla categoria coniugato/a, rappresentante circa il 31%. Troviamo poi, nell'ordine decrescente, circa l'11% di soggetti conviventi, l'8% divorziati, il 5,5% separati ed infine un valore residuale del 2% di rispondenti vedovi.

Tabella 2 – Stato civile

STATO CIVILE	
Celibe/nubile	101
Coniugato/a	74
Convivente	27
Divorziato/a	20
Separato/a	13
Vedovo/a	5
	240

Un altro aspetto rilevato concerne la caratteristica della genitorialità, relativamente alla quale è stata registrata (Tabella 3 – Figli) una leggera maggioranza (circa 58%) di partecipanti non aventi figli.

Tabella 3- Figli

FIGLI	
No	139
Sì	101
	240

L'indagine prosegue con la raccolta dei dati relativi al livello educativo-formativo. Come possiamo notare dalla tabella seguente (Tabella 4 – Titolo di studio), la maggioranza dei rispondenti è rappresentata da

soggetti in possesso di una laurea (circa il 44%), seguiti da circa il 29% di diplomati alla scuola media superiore. Segue un 12,5% di partecipanti possedenti un titolo post-laurea, 7,5% con licenza media inferiore ed un 6,6% con diploma professionale.

Tabella 4 – Titolo di studio

TITOLO DI STUDIO	
Licenza media inferiore	18
Diploma di scuola media superiore	70
Diploma professionale	16
Laurea	106
Post – laurea	30
	240

Per concludere l'analisi della sfera socio-demografica, l'ultimo aspetto considerato è la data di nascita, un aspetto molto rilevante per meglio comprendere le differenti modalità in cui soggetti appartenenti a diverse fasce di età si sono trovate ad affrontare la situazione pandemica oggetto di questo studio.

Come la Tabella 5 – Data di nascita mostra, i soggetti rispondenti sono relativamente distribuiti nelle varie fasce di età considerate. Si registra circa il 34% appartenente alla fascia 1991 – 2001, seguita da circa 19% di partecipanti nella fascia 1967 – 1970 e da circa il 18% di soggetti nella fascia 1971 – 1980. Solo il 2% del campione rientra nella fascia 1945 – 1949, mentre la parte residuale è distribuita con una percentuale di circa 13% nelle fasce 1950 – 1960 e 1981 – 1990.

Tabella 5 – Data di nascita

DATA DI NASCITA	
1945 – 1949	5
1950 – 1960	32
1961 -1970	47

1971 – 1980	44
1981 – 1990	31
1991 – 2001	81
	240

Variabili quantitative e qualitative

Come precedentemente detto, il questionario somministrato è strutturato in 12 items, con una modalità di risposta codificata in sette punti. Di seguito vengono riportati i risultati dell'analisi di tipo quantitativo e qualitativo dei dati oggetto del corrente studio, raccolti attraverso le relative risposte dei partecipanti. A premessa della complessificazione della lettura dei dati, per quanto concerne l'analisi di tipo qualitativo, è necessario esplicitare la modalità in cui le risposte ricevute sono state suddivise tra le diverse categorie elencate nelle tabelle successive.

In primo luogo, le diverse tabelle qualitative non riporteranno necessariamente le stesse voci, in quanto si riferiscono a risposte di tipo libero dei rispondenti in relazione alla domanda *indicare chi*, associata ad ogni item di tipo quantitativo indagato. Questo implica una prevedibile eterogeneità nella forma dei dati ricevuti, la quale, come detto sopra, prevede una suddivisione di questi in categorie più omogenee. Come si potrà notare dalle tabelle relative all'analisi qualitativa, che successivamente vengono riportate, troviamo categorie di più ampia definizione come la famiglia, gli amici, i figli e così via, ognuna associata ad una percentuale corrispondente.

Qualora le tabelle sopra menzionate riportino la voce *altri significativi* si deve intendere inclusiva di tutti quei dati non catalogabili in una categoria specifica e rappresentanti singolarmente una trascurabile percentuale rispetto al totale dei dati ricevuti. Per una maggiore comprensione della voce, di seguito si riportano alcuni esempi di risposte appartenenti alla stessa: vicini di casa, volontari, chat, compagne di fede, genitori dei compagni di classe dei figli, sacerdoti, ex coniuge. In riferimento alla prima domanda, l'aspetto che viene analizzato è la percezione che il soggetto possiede di avere il supporto di una persona, definita speciale, nei momenti di bisogno (nella presentazione del questionario è stato sottolineato di rispondere facendo riferimento al periodo

di quarantena). Come da tabella seguente (Tabella 6.1 – Analisi quantitativa item 1), le risposte maggiormente optate dimostrano una tendenza dei rispondenti all'accordo, forte o assoluto, con l'affermazione del primo item e rappresentano circa il 64% delle risposte totali. Il 12,9% mostra un leggero accordo con l'affermazione ed il 16,7% si mostra neutrale a questa. Minori percentuali corrispondono, invece, a risposte di disaccordo leggero, forte o totale.

Tabella 6.1 – Analisi quantitativa item 1

1. c'è una persona speciale (o gruppi di persone, organizzazioni di volontariato, vicini, medici, chiunque essi siano in questo momento...) che mi sta intorno quando ho bisogno.	
Non sono leggermente d'accordo	2,1%
Non sono fortemente d'accordo	1,7%
Non sono assolutamente d'accordo	3,3%
Neutrale	16,7%
Sono leggermente d'accordo	12,9%
Sono fortemente d'accordo	31,7%
Sono assolutamente d'accordo	31,7%
	100,0%

Per quanto invece concerne l'analisi qualitativa (Tabella 6.2 – Analisi qualitativa item 1) dello stesso item, gli individui che più rappresentano un elemento di supporto per i rispondenti sono la famiglia, con il 47,17% delle risposte, e gli amici, con il 25,22%. Segue con una percentuale di 7,83 la figura del fidanzato/a e con il 5,87% quella dei medici. Altre figure come psicologo/psicoterapeuta, colleghi, religione ed altri significativi rappresentano la parte residuale, con percentuali di risposta inferiori al 5%.

Tabella 6.2 – Analisi qualitativa item 1

1. c'è una persona speciale (o gruppi di persone, organizzazioni di volontariato, vicini, medici, chiunque essi siano in questo momento...) che mi sta intorno quando ho bisogno.	
Famiglia	47,17%
Amici	25,22%
Collegghi	4,78%
Associazione	2,39%
Medici	5,87%
Psicologo/psicoterapeuta	2,61%
Fidanzato/a	7,83%
Religione	0,43%
Altri significativi	3,70%
	100,00%

Proseguendo, il secondo item si riferisce alla percezione dell'individuo di poter condividere con una persona, definita speciale, i propri divertimenti e piaceri. Come si evince dalla Tabella 7.1 – Analisi quantitativa item 2, anche in questo caso troviamo una maggioranza dei rispondenti in forte o assoluto accordo con l'affermazione, per un totale di 70,9% con una leggera prevalenza della risposta *sono assolutamente d'accordo*. Segue una percentuale dell'11,3 relativa al leggero accordo ed il 10% risulta essere neutrale. La parte residuale si spalma in modo abbastanza omogeneo sulle risposte relative al non accordo con l'item.

Tabella 7.1 – Analisi quantitativa item 2

2. C'è una persona speciale (o gruppi di persone, organizzazioni di volontariato, vicini, medici, chiunque essi siano in questo momento...) con cui possono condividere i miei divertimenti e i miei dispiaceri	
Non sono leggermente d'accordo	2,9%
Non sono fortemente d'accordo	2,9%
Non sono assolutamente d'accordo	2,1%
Neutrale	10,0%
Sono leggermente d'accordo	11,3%
Sono fortemente d'accordo	34,2%
Sono assolutamente d'accordo	36,7%
	100,0%

Passando, invece, all'analisi qualitativa (Tabella 7.2 – Analisi qualitativa item 2) notiamo sempre una netta maggioranza relativa alla famiglia, con il 41,62% dei rispondenti, ed agli amici, con il 38,54%. Segue la preferenza per la figura del fidanzato con il 7,51% e per altri significativi con il 6,94%. La parte residuale si distribuisce sulle altre figure con percentuali inferiori al 3%.

Tabella 7.2 – Analisi qualitativa item 2

2. C'è una persona speciale (o gruppi di persone, organizzazioni di volontariato, vicini, medici, chiunque essi siano in questo momento...) con cui possono condividere i miei divertimenti e i miei dispiaceri	
Famiglia	41,62%
Amici	38,54%
Collegli	2,12%
Associazione	0,96%

Medici	0,58%
Psicologo/psicoterapeuta	1,35%
Fidanzato/a	7,51%
Religione	0,39%
Altri significativi	6,94%
	100,00%

Un altro aspetto che si è voluto indagare con il terzo item è la comprensione che i rispondenti percepiscono da parte della propria famiglia. Nella tabella seguente (Tabella 8.1 – Analisi quantitativa item 3) possiamo evincere una distribuzione delle risposte meno concentrata su una o più opzioni considerate. La risposta più optata con il 31,3% è rappresentata da un forte accordo con l’item. Segue con il 25% l’accordo assoluto e con il 20,4% la risposta *leggermente d’accordo*. Il 13,8% dei rispondenti si mostra neutrale, seguito dal 4,2% per il non accordo assoluto, 3,3% per il non accordo forte e dal 2,1% per il non accordo leggero.

Tabella 8.1 – Analisi quantitativa item 3

3. La mia famiglia cerca realmente di comprendermi	
Non sono leggermente d’accordo	2,1%
Non sono fortemente d’accordo	3,3%
Non sono assolutamente d’accordo	4,2%
Neutrale	13,8%
Sono leggermente d’accordo	20,4%
Sono fortemente d’accordo	31,3%
Sono assolutamente d’accordo	25,0%
	100,0%

Passando all’analisi qualitativa per lo stesso item, come si nota dalla tabella seguente (Tabella 8.2 – Analisi qualitativa item 3), il 29,30% si

sente supportato dai genitori, il 20,10% dal coniuge, il 15,98% da fratello/sorella ed il 13,56% dai figli. Ciò denota che il supporto maggiore si percepisce dal nucleo familiare che si può definire *stretto*. La percentuale inferiore è rappresentata dalla risposta fidanzato/a con lo 0,97%.

Tabella 8.2- Analisi qualitativa item 3

3. La mia famiglia cerca realmente di comprendermi	
Coniuge	20,10%
Famiglia	3,63%
Fidanzato/a	0,97%
Figli	13,56%
Fratello/sorella	15,98%
Genitori	29,30%
Parenti	9,44%
Partner	7,02%
	100,00%

Segue item relativo al supporto emotivo e non, di cui l'individuo necessita da parte della propria famiglia. La tabella che segue (Tabella 9.1 – Analisi quantitativa item 4) mostra anch'essa una distribuzione delle risposte più differenziata rispetto ai primi items considerati. La maggioranza dei rispondenti opta per un accordo con l'affermazione, per un totale di 75,9% sul totale. Segue con il 15,8% la risposta *neutrale* e per la parte residuale troviamo percentuali inferiori al 4% per la categoria relativa al non accordo.

Tabella 9.1 – Analisi quantitativa item 4

4. Ricevo supporto emotivo e il supporto di cui ho bisogno dalla mia famiglia	
Non sono leggermente d'accordo	1,3%
Non sono fortemente d'accordo	3,3%
Non sono assolutamente d'accordo	3,8%
Neutrale	15,8%
Sono leggermente d'accordo	16,3%
Sono fortemente d'accordo	30,0%
Sono assolutamente d'accordo	29,6%
	100,0%

Considerando la parte qualitativa dell'analisi, la tabella 9.2 – Analisi qualitativa item 4 mostra come risposta con maggiore consenso i genitori, corrispondenti al 25,82% dei rispondenti. Segue con il 22,80% il coniuge e con la stessa percentuale del 14,29% le categorie famiglia e figli. Per il 13,19% i rispondenti ricevono supporto da parte di fratello/sorella, il 5,77% dal partner ed il residuo di 2,85% da altri soggetti.

Tabella 9.2- Analisi qualitativa item 4

4. Ricevo supporto emotivo e il supporto di cui ho bisogno dalla mia famiglia	
Coniuge	22,80%
Famiglia	14,29%
Figli	14,29%
Fratello/sorella	13,19%
Genitori	25,82%
Partner	5,77%

Altri significativi	3,85%
	100,00%

Il quinto item indaga l'esistenza di una persona fonte di reale conforto per il rispondente ed ottiene una maggioranza di risposte in forte ed assoluto accordo, rispettivamente con il 35,8% e 34,6%. Seguono con percentuali simili nell'intorno del 10% la risposta *neutrale e leggermente d'accordo* e per il residuo si registrano valori inferiori al 5% per la categoria relativa al non accordo.

Tabella 10.1 – Analisi quantitativa item 5

5. Ho una persona speciale (o gruppi di persone, organizzazioni di volontariato, vicini, medici, chiunque essi siano in questo momento...) che per me è una fonte reale di conforto	
Non sono leggermente d'accordo	2,5%
Non sono fortemente d'accordo	1,3%
Non sono assolutamente d'accordo	4,2%
Neutrale	10,4%
Sono leggermente d'accordo	11,3%
Sono fortemente d'accordo	35,8%
Sono assolutamente d'accordo	34,6%
	100,0%

L'interpretazione qualitativa fa emergere una maggioranza di rispondenti che trova conforto nella famiglia, per il 47,31%, seguita dalla categoria amici optata per il 33,5%. Il fidanzato rappresenta la risposta del 10,49% dei rispondenti, mentre le altre categorie presentano tutte percentuali di risposta inferiori al 3,5% (cfr. Tabella 10.2 – Analisi qualitativa 5).

Tabella 10.2- Analisi qualitativa item 5

5. Ho una persona speciale (o gruppi di persone, organizzazioni di volontariato, vicini, medici, chiunque essi siano in questo momento...) che per me è una fonte reale di conforto	
Famiglia	47,31%
Amici	33,50%
Colleghi	3,32%
Associazione	2,05%
Medici	0,26%
Psicologo/psicoterapeuta	1,28%
Fidanzato/a	10,49%
Religione	0,77%
Altri significativi	1,02%
	100,00%

L'item successivo indaga la percezione di aiuto ricevuto dagli amici in situazioni di difficoltà e, come riportato dalla tabella seguente (Tabella 11 – Analisi quantitativa item 6), la risposta maggiormente optata dai rispondenti (con il 32,5%) corrisponde ad un forte accordo con l'affermazione. Seguono con il 24,2% la risposta *sono assolutamente d'accordo* e con il 22,1% *sono leggermente d'accordo*, confermando la tendenza dei precedenti items analizzati verso la categoria di risposte che esprimono accordo. Il 14,2% dei rispondenti esprime neutralità rispetto all'affermazione, mentre la parte residuale del 7,1% è distribuita sulle tre risposte che esprimono non accordo.

Tabella 11 – Analisi quantitativa item 6

6. I miei amici cercano realmente di aiutarmi	
Non sono leggermente d'accordo	1,3%
Non sono fortemente d'accordo	0,8%
Non sono assolutamente d'accordo	5,0%
Neutrale	14,2%
Sono leggermente d'accordo	22,1%
Sono fortemente d'accordo	32,5%
Sono assolutamente d'accordo	24,2%
	100,0%

Di conseguenza, per quanto concerne l'aspetto qualitativo dell'analisi, registriamo una concentrazione delle risposte sull'opzione *amicola*, per una percentuale totale del 100%.

Posso contare sui miei amici quando le cose vanno male è il settimo item considerato e dalla Tabella 12 – Analisi quantitativa item 7 possiamo notare come la percentuale maggiore di rispondenti opti sempre per la risposta *sono fortemente d'accordo*, con il 35%. Abbiamo una distribuzione simile delle risposte relative all'accordo leggero o assoluto, rispettivamente con una percentuale di 22,5% e 23,8%. Il 10% dei rispondenti è neutrale all'affermazione, il 5,4% è assolutamente in non accordo, il 2,5% si dice fortemente in non accordo e lo 0,8% residuo opta per il leggero non accordo.

Tabella 12 – Analisi quantitativa item 7

7. Posso contare sui miei amici quando le cose vanno male	
Non sono leggermente d'accordo	0,8%
Non sono fortemente d'accordo	2,5%

Non sono assolutamente d'accordo	5,4%
Neutrale	10,0%
Sono leggermente d'accordo	22,5%
Sono fortemente d'accordo	35,0%
Sono assolutamente d'accordo	23,8%
	100,0%

Analogamente all'item precedente, si omette tabella relativa all'analisi qualitativa, in seguito ad una totale concentrazione delle risposte sull'opzione *amicola*.

Proseguendo con l'item successivo, l'interesse si sposta ancora sull'aspetto familiare e va ad analizzare la percezione dei partecipanti di poter esprimere i propri problemi ai familiari. Di seguito viene riportata la tabella relativa e notiamo percentuali inferiori rispetto agli items precedenti associate alla categoria di risposte esprimenti accordo. Il 27,1% dei rispondenti è fortemente d'accordo, il 25,8% è assolutamente d'accordo ed il 20% è leggermente d'accordo con l'affermazione. Segue un 13,8% di partecipanti che si mostrano neutrali e la percentuale inferiore di risposte si associa all'opzione *non sono leggermente d'accordo*. La parte residuale si distribuisce equamente tra il non accordo forte e assoluto (cfr. Tabella 13.1 – Analisi quantitativa item 8).

Tabella 13.1 – Analisi quantitativa item 8

8. Posso parlare dei problemi con la mia famiglia	
Non sono leggermente d'accordo	3,3%
Non sono fortemente d'accordo	5,0%
Non sono assolutamente d'accordo	5,0%
Neutrale	13,8%
Sono leggermente d'accordo	20,0%
Sono fortemente d'accordo	27,1%
Sono assolutamente d'accordo	25,8%
	100,0%

L'analisi qualitativa (Tabella 13.2 – Analisi qualitativa item 8) mostra una propensione dei partecipanti ad esprimere i propri problemi ai genitori, con il 29,27% delle risposte, seguiti dal coniuge per il 24,39% e da fratello/sorella per il 17,42%. I figli e la famiglia rappresentano circa un ulteriore 20% delle risposte, seguiti dal partner per il 5,92% ed altri per il residuale 3,48%.

Tabella 13.2 – Analisi qualitativa item 8

8. Posso parlare dei problemi con la mia famiglia	
Coniuge	24,39%
Famiglia	9,06%
Figli	10,45%
Fratello/sorella	17,42%
Genitori	29,27%
Partner	5,92%
Altri	3,48%
	100,00%

Il successivo item indaga se i partecipanti ritengono di avere amici con i quali condividere i propri divertimenti e dispiaceri. La tabella successiva (Tabella 14 – Analisi quantitativa item 9) ci mostra che la risposta più optata dai rispondenti è rappresentata dal 37,1% ed è associata all'opzione *sono fortemente d'accordo*. Segue un 28,8% di accordo assoluto ed un 20,4% di accordo leggero. Il 7,5% dei partecipanti opta per una neutralità rispetto all'affermazione ed il residuo è distribuito sulla categoria di risposte mostranti non accordo, con percentuali inferiori al 3%.

Tabella 14 – Analisi quantitativa item 9

9. Ho amici con cui possono condividere i miei divertimenti e i miei dispiaceri	
Non sono leggermente d'accordo	2,5%
Non sono fortemente d'accordo	1,3%
Non sono assolutamente d'accordo	2,5%
Neutrale	7,5%
Sono leggermente d'accordo	20,4%
Sono fortemente d'accordo	37,1%
Sono assolutamente d'accordo	28,8%
	100,0%

Come già verificatosi precedentemente, non si riporta tabella relativa all'analisi qualitativa dello stesso item, in quanto si registra una concentrazione totale sull'opzione *amica*. Il terzultimo item rileva la presenza nella vita dei rispondenti di una persona, definita speciale, la quale si prende cura dei loro pensieri e sentimenti. La maggioranza dei rispondenti si trova assolutamente (33,8%) o fortemente (32,9%) d'accordo con l'affermazione. Seguono percentuali moderate associate alle opzioni di leggero accordo, per il 12,5%, neutralità, per il 10,4%, assoluto non accordo, per il 7,5%. Il residuo si suddivide tra le opzioni di leggero e forte non accordo, rispettivamente con il 1,3% e il 1,7% delle risposte (cfr. Tabella 15.1 – Analisi quantitativa item 10).

Tabella 15.1 – Analisi quantitativa item 10

10. C'è una persona speciale nella mia vita (o gruppi di persone, organizzazioni di volontariato, vicini, medici, chiunque essi siano in questo momento...) che si prende cura dei miei pensieri e dei miei sentimenti	
Non sono leggermente d'accordo	1,3%
Non sono fortemente d'accordo	1,7%
Non sono assolutamente d'accordo	7,5%

Neutrale	10,4%
Sono leggermente d'accordo	12,5%
Sono fortemente d'accordo	32,9%
Sono assolutamente d'accordo	33,8%
	100,0%

Analizzando, invece, l'aspetto qualitativo (Tabella 15.2 – Analisi qualitativa item 10) notiamo che la percentuale più elevata è associata alla risposta amici con il 23,26%, seguita dai figli con il 19,93%, dal partner con il 13,95% e dal fidanzato/a con il 13,29%. Con percentuali inferiori al 10% troviamo nell'ordine i genitori, con l'8,31%, e con la stessa percentuale del 5,32% la famiglia e lo psicologo/psicoterapeuta. Seguono con percentuali inferiori al 3% i figli (2,66%) , fratelli/sorelle, i colleghi, altri significativi (tutti al 2,33%) ed, infine, la religione (1%).

Tabella 15.2 – Analisi qualitativa item 10

10. C'è una persona speciale nella mia vita (o gruppi di persone, organizzazioni di volontariato, vicini, medici, chiunque essi siano in questo momento...) che si prende cura dei miei pensieri e dei miei sentimenti	
Famiglia	5,32%
Genitori	8,31%
Figli	2,66%
Coniuge	19,93%
Partner	13,95%
Fratelli/sorelle	2,33%
Amici	23,26%
Collegli	2,33%
Fidanzato/a	13,29%
Psicologo/psicoterapeuta	5,32%
Religione	1,00%
Altri significativi	2,33%
	100,00%

Segue il penultimo item concernente l'aiuto della famiglia che i partecipanti percepiscono in momenti decisionali. Notiamo, a conferma del trend finora registrato, una minore concentrazione di risposte nella categoria di opzioni che prevedono un disaccordo, le quali rappresentano il 17,2%. L'opzione maggiormente optata, a cui corrisponde il 27,5% di risposte esprime un forte accordo con l'item ed è seguita, con il 20%, dall'opzione di assoluto accordo e con il 16,3% dal leggero accordo. Il residuo del 19,2% è associato ad una percezione neutrale relativamente all'affermazione (cfr. Tabella 16.1 – Analisi quantitativa item 11).

Tabella 16.1 – Analisi quantitativa item 11

11. La mia famiglia si preoccupa di aiutarmi nel prendere le decisioni	
Non sono leggermente d'accordo	4,2%
Non sono fortemente d'accordo	4,2%
Non sono assolutamente d'accordo	8,8%
Neutrale	19,2%
Sono leggermente d'accordo	16,3%
Sono fortemente d'accordo	27,5%
Sono assolutamente d'accordo	20,0%
	100,0%

Proseguendo con l'aspetto qualitativo dell'item, la tabella seguente (Tabella 16.2 – Analisi qualitativa item 11) mostra una netta percezione di vicinanza dei genitori e del coniuge nella presa delle decisioni, associati rispettivamente al 32,22% ed al 34,73% dei rispondenti. Seguono fratelli/sorelle con il 12,13%, figli con il 11,72%, famiglia con il 7,53% ed infine altri significativi con 1,67%.

Tabella 16.2 – Analisi qualitativa item 11

11. La mia famiglia si preoccupa di aiutarmi nel prendere le decisioni	
Famiglia	7,53%
Genitori	32,22%
Figli	11,72%
Coniuge	34,73%
Fratelli/sorelle	12,13%
Altri significativi	1,67%
	100,00%

L'ultimo item somministrato indaga la percezione di poter esprimere agli amici i propri problemi. Considerando la concentrazione totale delle risposte sull'opzione *amico/a* rilevata nell'analisi qualitativa di alcuni items trattati precedentemente, si potevano prevedere percentuali maggiori associate alle tre opzioni appartenenti la categoria dell'accordo con l'item stesso. Infatti, con il 34,6% in forte accordo, il 26,7% in assoluto accordo e il 25% in leggero accordo, registriamo la maggioranza delle risposte ricevute dai partecipanti. Segue il 6,7% di rispondenti neutrali all'affermazione e la parte residuale si distribuisce tra le opzioni appartenenti alla categoria del non accordo, con percentuali inferiori al 5% (cfr. Tabella 17 – Analisi quantitativa item 12).

Tabella 17 – Analisi quantitativa item 12

12. Posso parlare dei miei problemi con i miei amici	
Non sono leggermente d'accordo	2,1%
Non sono fortemente d'accordo	0,8%
Non sono assolutamente d'accordo	4,2%

Neutrale	6,7%
Sono leggermente d'accordo	25,0%
Sono fortemente d'accordo	34,6%
Sono assolutamente d'accordo	26,7%
	100,0%

Come previsto, l'analisi qualitativa mostra una concentrazione del 100% delle risposte ricevute sull'opzione *amicola*.

Per concludere con un quadro completo dell'andamento quantitativo dell'analisi, di seguito è riportata la Tabella 18 – Sintesi quantitativa analisi, mostrante l'item corrispondente alla percentuale maggiore associata ad ogni risposta, concernente l'accordo o il disaccordo leggero, forte o assoluto, e la neutralità.

Tabella 18 – Sintesi quantitativa analisi

Opzioni	Percentuale maggiore	Item
Non sono leggermente d'accordo	4,17%	11
Non sono fortemente d'accordo	5,00%	8
Non sono assolutamente d'accordo	8,75%	11
Neutrale	19,17%	11
Sono leggermente d'accordo	25,00%	12
Sono fortemente d'accordo	37,08%	9
Sono assolutamente d'accordo	36,67%	2

Escludendo gli items 3, 4, 8 e 11, in quanto l'analisi si concentra sulla famiglia, e considerando tutti gli altri items, relativi specificatamente ad amici o persone definite speciali, notiamo come, nel caso dell'item numero 9 e numero 12, si registra una coerenza tra analisi quantitativa e qualitativa. Gli items appena menzionati, insieme agli items 6 e 7, nell'analisi qualitativa registrano una concentrazione del 100% sull'opzione *amicola* e, come la tabella sopra riportata mostra (Tabella 18 – Sintesi quantitativa analisi), la percentuale maggiore associata all'opzione *sono fortemente*

d'accordo corrisponde all'item 9, mentre quella associata all'opzione *sono leggermente d'accordo* corrisponde all'item 12.

Discussione

La situazione pandemica con cui gli individui si sono dovuti improvvisamente scontrare, ed il conseguente lockdown, ha comportato diversi effetti sulla quotidianità di questi.

La chiusura totale è stata vissuta in modo traumatico non solo a livello economico, ma soprattutto a livello sociale. Ciò ha portato a diverse conseguenze, visibili e invisibili, sulla collettività, la quale ha dovuto affrontare, singolarmente o come membro di un gruppo, la sensazione di impotenza nei confronti di un nemico invisibile.

Quest'ultimo è uno degli aspetti di maggiore difficoltà nell'affrontare, psicologicamente e fisicamente, un periodo di costrizioni e divieti.

Gli individui si sono trovati di fronte ad una situazione di incertezza del presente e del futuro, con l'unica consapevolezza che i dati giornalmente forniti dai mezzi divulgativi fossero profondamente preoccupanti.

Nel bresciano, la sofferenza, inoltre, spesso è anche stata accompagnata dalla perdita di familiari e/o cari, accentuando la sensazione di debolezza e impossibilità di essere parte attiva della propria vita.

Quando parliamo delle sofferenze individuali e gruppali, nel periodo di COVID-19 e quarantena, non possiamo prescindere dalla valutazione delle situazioni in cui tali sofferenze possono essere mitigate. Nello specifico di quanto la percezione del supporto sociale, in soccorso di situazioni di tipo emergenziale, come evidenziato in letteratura, sia fattore protettivo.

I dati analizzati mostrano una netta maggioranza di rispondenti di genere femminile, la quale fa presupporre una maggiore sensibilità rispetto all'importanza del contributo, alla comprensione del fenomeno e all'apertura nei confronti dell'altro rispetto alle proprie sensazioni ed assetti emotivi. È importante considerare questo dato anche in relazione alle rinunce che molte donne hanno dovuto per prime compiere, a fronte di una situazione di chiusura degli edifici scolastici, impossibilità di affidare i figli alle cure dei nonni e, di conseguenza, necessità di ricavare maggiore tempo da dedicare alla cura di essi. Da questo punto di vista, possiamo

ritenere lo studio significativo, in quanto è caratterizzato da una distribuzione pressoché equa di rispondenti aventi o meno figli.

Inoltre, si nota come il numero maggiore di rispondenti sia nella fascia compresa tra i nati dal 1991 al 2001. Questo è dovuto, probabilmente, ad un loro utilizzo più frequente dei social network, che rappresentano il mezzo di condivisione e divulgazione del questionario, ma potrebbe anche essere frutto di uno sconvolgimento più significativo della loro routine quotidiana, che li ha portati alla ricerca di un supporto o confronto con situazioni potenzialmente simili alle proprie.

Possiamo presupporre che la fascia di età fino ai 25 anni sia caratterizzata ancora da un legame profondo con l'ambito familiare, sia dal punto di vista economico che emotivo. Per ciò si è provveduto ad un approfondimento dei dati a loro associati, per poter meglio comprendere il supporto da loro percepito e gli effetti da ciò derivanti.

Si registrano percentuali maggiori del 70% relativamente ad ogni item considerato e ciò denota una percezione di vicinanza dei giovani sia da parte del nucleo familiare che da parte di soggetti esterni a questo. Dai dati qualitativi in nostro possesso, notiamo come essi tendano a cercare e ricevere il supporto da tre categorie di soggetti in particolare: **la famiglia, gli amici e/o il fidanzato**. Notiamo, però, come il fidanzato ricopra la terza posizione tra i soggetti supportanti e si può ipotizzare che la ragione si fondi su una lontananza fisica, da cui può derivarne una percezione di minore vicinanza emotiva.

Evidenziamo, inoltre, una linearità dei dati scorporati appena trattati rispetto ai dati rappresentativi dell'intero campione.

Per contro, gli individui più colpiti sin dall'inizio del manifestarsi del Coronavirus appartengono alle fasce più alte di età. Il limite superiore del corrente studio è rappresentato dall'anno 1945, con una numerosità di 19 rispondenti aventi un'età maggiore o uguale 65 anni, che non può essere totalmente rappresentativo della reale fascia più colpita dal virus. Pur essendo stati l'oggetto dei maggiori effetti di tipo fisico e psicologico di questa pandemia, non possiamo esprimere valutazioni significative rispetto alle loro percezioni del supporto esterno alla sofferenza, in quanto i dati ricevuti sono quasi trascurabili rispetto al campione.

Nonostante ciò, operando una scorporazione dei dati, riusciamo a effettuare delle ipotesi attraverso l'analisi dei soli items relativi alla percezione della presenza di una persona, definita speciale, nei momenti di

necessità. Possiamo notare come circa il 70% dei rispondenti esprime una percezione positiva di presenza e supporto, facendo dedurre che, nonostante le difficoltà legate all'essere considerati i soggetti "deboli" della situazione pandemica, non sia mancata la vicinanza di quei soggetti esterni o familiari che hanno provveduto al loro sostentamento.

Notiamo ancora che, le percentuali associate ai dati appena analizzati, non si discostano significativamente da quelle relative al campionario complessivo.

Un'altra categoria di individui rilevante nella valutazione complessiva è rappresentata dagli amici, i quali quasi nella totalità dei casi hanno subito una reciproca distanza fisica forzata. Nonostante ciò, questi rientrano sempre tra le risposte qualitative dei rispondenti. Inoltre, in relazione agli items dedicati a loro nello specifico, si rileva che per circa l'80% dei partecipanti essi hanno svolto un ruolo determinante per affrontare gli effetti del lockdown.

Tornando all'osservazione precedente, si può dedurre che questi risultati siano frutto di un costante ricorso a strumenti telematici per il mantenimento dei contatti, grazie ai quali si è ridotta la percezione del distanziamento sociale.

Complessivamente, possiamo dire che, conseguentemente alle analisi finora effettuate, la maggioranza dei rispondenti ha ritenuto che soggetti interni alla sfera familiare o affetti esterni a questa potessero essere un elemento positivo nell'affrontare la situazione emergenziale. Torniamo quindi a sottolineare l'importanza dell'aspetto socio-relazionale nella vita dell'individuo e l'influenza positiva che le relazioni comportano nella sfera emotiva della collettività intera.

In sostanza, quello che viene fuori nella città di Brescia è che il supporto sociale è legato quasi esclusivamente alla famiglia e agli affetti, oltre alla figura dei medici che, lavorando in prima persona, sono percepiti come un sostegno che aiuta a vivere.

Conclusioni

A Brescia la situazione è ancora oggi complessa: come parola per definire ciò che è accaduto e ancora oggi non è svanito abbiamo scelto "obnubilamento", perché è come se fossimo dentro la nebbia. Brescia è una città

viva, ma che è ancora un po' sopita e vuota, è una città che ha combattuto e continua a combattere un nemico invisibile difendendosi con tutte le difficoltà economiche e sociali e con dei traumi psichici e sociali che vanno affrontati.

Lo studio presenta molti limiti, in particolare la dimensione campionaria e il fatto che non è possibile stabilire se il supporto sociale percepito sia aumentato, diminuito o restato stabile durante la pandemia rispetto a prima della stessa. Tuttavia, ci pare interessante proporre una riflessione sui dati che sono emersi proprio in virtù del fatto che ulteriori ricerche potrebbero indagare lo stesso costrutto proprio in questa fase denominata Fase 2.

Altro elemento di riflessione ci pare lo scarso senso di supporto sociale percepito rispetto invece ad una offerta di sostegno ed aiuto psicologico professionale senza precedenti storici. Su questo ci auspichiamo che ricerche mirate diano maggiore capacità di senso e comprensione.

Bibliografia

- APA (American Psychiatric Association) (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, Fifth Edition (DSM-5)*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing. (Trad. It. *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali. Quinta edizione (DSM-5)*. Milano: Raffaello Cortina Editore, 2014).
- Andrews, G., Tennant, C., Hewson, D. M., & Vaillant, G. E. (1978). Life event stress, social support, coping style, and risk of psychological impairment. *Journal of Nervous and Mental Disease*, *166*, 307-316.
- Barrera, M. (1981). Social support in the adjustment of pregnant adolescents: assessment issues. In B. H. Gottlieb (Ed.), *Social networks and social support* (pp. 69-96). Beverly Hills, CA: Sage.
- Barrera, M. (1986). Distinctions between social support concepts, measures, and models. *American Journal of Community Psychology*, *14*, 413-445.
- Bolgerand, N., & Amarel, D. (2007). Effects of social support visibility on adjustment to stress: experimental evidence. *Journal of Personality and Social Psychology*, *92* (3), 458-475.
- Brandt, P. A., & Weinert, C. (1981). The PRQ-A social support measure. *Nursing Research*, *30*, 277-280.
- Broadhead, W. E., Kaplan, B. H., James, S. A., Wagner, E. H., Schoenbach, V. J., & Grimson, R. (1983). The epidemiologic evidence for a relationship between social support and health. *American Journal of Epidemiology*, *117*, 521-537.
- Bruwer, B., Emsley, R., Kidd, M., Lochner, C., & Seedat, S. (2008). Psychometric properties of the Multidimensional Scale of Perceived Social Support in youth. *Comprehensive Psychiatry*, *49*, 195-201.
- Buunk, A. P., & Hoorens, V. (1992). Social support and stress: the role of social comparison and social exchange processes. *Br. J. Clin. Psychol.* *31*, 445-457.
- Caplan, G. (1974). *Support system and community mental health*. New York, NY: Behavioural Publications.
- Choenarom, C., Williams, R. H., & Hagerty, B. M. (2005). The role of sense of belonging and social support on stress and depression in

- individuals with depression. *Archives of Psychiatric Nursing*, 19 (1), 18-29.
- Ciappi, S. (2020). *La mente nomade. Metodo narrativo-relazionale e costruzione dell'identità in psicopatologia*. Milano-Udine: Mimesis.
- Corbetta, P., Gasperoni, G., & Pisati, M. (2001). *Statistica per la ricerca sociale*. Bologna: il Mulino.
- Di Fabio, A., & Busoni, L. (2008). Misurare il supporto sociale percepito: proprietà psicometriche della multidimensional scale perceived social support (MSPSS) in un campione di studenti universitari. *Risorsa uomo: Rivista di Psicologia del lavoro e dell'organizzazione*, 14 (3), 339-350.
- Di Nuovo, S., & Hichy, Z. (2007). *Metodologia della ricerca psicosociale*. Bologna: il Mulino.
- Ditzen, B., Schmidt, S., Strauss, B., Nater, U. M., Ehlert, U., & Heinrichs, M. (2008). Adult attachment and social support interact to reduce psychological but not cortisol responses to stress. *Journal of Psychosomatic Research*, 64, 479-486.
- Ell, K. (1996). Social networks, social support and coping with serious illness: the family connection. *Social Science and Medicine* 42, 173-183.
- Flannery, R. B., Wieman, J. R., & Wieman, D. (1989). Social support, life stress, and psychological distress: an empirical assessment. *Journal of Clinical Psychology*, 45, 867-872.
- Frey, C. U., & Röthlisberger, C. (1996). Social support in healthy adolescents. *Journal of Youth Adolescence*, 25, 17-31.
- Giorgi, A. (2019). *Mai più nell'ombra. Vittime di mafia: dalla conoscenza all'intervento*. Milano: FrancoAngeli.
- Gore, S. (1978). The effect of social support in moderating the health consequences of unemployment. *Journal of Health and Social Behavior*, 19, 157-165.
- Greenblatt, M., Rebecca, R., & Serafetinides, E. A. (1982). Social networks and mental health: an overview. *Am Journ Psychiatry*, 139, 977-984.
- House, J. S. (1981). *Work stress and social support*. Reading, MA: Addison-Wesley.

- Helgeson, V. S., & Cohen, S. (1996). Social support and adjustment to cancer: reconciling descriptive, correlational, and intervention research. *Health Psychology, 15*, 135-148.
- Lache, B., Meyer, T., & Herrmann-Lingen, C. (2007). Social support predicts hemodynamic recovery from mental stress in patients with implanted defibrillators. *Journal of Psychosomatic Research, 63*, 515-523.
- Lin, N., Simeone, R. S., Ensel, W. M., & Kuo, W. (1979). Social support, stressful life events and illness. A model and an empirical test. *Journal of Health and Social Behaviour, 20*, 108-119.
- Lin, N. (1986). Conceptualizing social support. In N. Lin, A. Dean, & W. M. Ensel (Eds.). *Social support, life events, and depression* (pp. 17-30). Orlando, FL: Academic Press.
- Manne, S. L., Pape, S. J., Taylor, K. L., & Fougherty, J. (1999). Spouse support, coping and mood among individuals with cancer. *Ann Behav Med 21*, 111-121.
- Pillemer, K., & Suitor, J. (1996). Family stress and social support among caregivers to persons with Alzheimer's disease. In G. R. Pierce, & B. R. Sarason (Eds.). *Handbook of social support of the family* (pp. 467-494). New York, NY: Plenum Press.
- Prezza, M., & Principato, C. (2002). La rete e il sostegno sociale. In M. Prezza, & M. Santinello (Eds.). *Conoscere la comunità*. Bologna: il Mulino.
- Procidano, M. E., & Heller, K. (1983). Measures of perceived social support from friends and from family: three validation studies. *American Journal of Community Psychology, 11*, 1-24.
- Rossi, L. (2017), *Vittimologia e fenomeno mafioso*. In G. Craparo, A. M. Ferraro, & G. Lo Verso (Eds.) *Mafia e psicopatologia: Crimini, vittime e storie di straordinaria follia* (pp. 73-87). Milano: FrancoAngeli.
- Sarason, I. G., Sarason, B. R., Potter, E. H., & Antoni, M. H. (1985). Life events, social support, and illness. *Psychosomatic Medicine, 47*, 156-163.
- Sarason, I. G., Levine, H. M., Basham, R. B., & Sarason, B. R. (1983). Assessing social support: the Social Support Questionnaire. *Journal of Personality and Social Psychology, 44*, 127-139.

- Schaefer, C., Coyne, J. C., & Lazarus, R. S. (1981). The health-related functions of social support. *Journal of Behavioral Medicine*, 4, 381-406.
- Schulz, R., Tompkins, C. A., Decker, S., & Wood, D. (1987). The social psychology of caregiving: physical and psychological costs of providing support to the disabled. *J. Appl. Soc. Psychol.* 17, 401-428.
- Shumaker, S. A., & Brownell, A. (1984). Toward a theory of social support: closing conceptual gaps. *Journal of Social Issues*, 40, 11-36.
- Tedeschi, M. (2020). *Il grande flagello. Covid-19 a Brescia e Bergamo*. Brescia: Morcelliana-Schol .
- Thoits, P. A. (1986). Social support as coping assistance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, 416-423.
- Violi, P. (2014). *Paesaggi della memoria: il trauma, lo spazio, la storia*. Firenze: Giunti.
- Wilcox, B. L. (1981). Social support, life stress, and psychological adjustment: a test of the buffering hypothesis. *American Journal of Community Psychology*, 9, 371-386.
- Zimet, G., Dahlem, N., Zimet, S., Farley, G., (1988). The Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *Journal of Personality Assessment*, 52 (1), 30-41.

Sitografia

https://www.istat.it/it/files//2020/05/Rapporto_Istat_ISS.pdf

Ricadute psicosociali ed economiche dell'emergenza COVID-19

Adolfo Di Crosta, Roberta Maiella, Pasquale La Malva, Rocco Palumbo, Alberto Di Domenico

Introduzione

I coronavirus sono un'ampia famiglia di virus respiratori. Nello specifico, il COVID-19, derivante dal SARS CoV-2, è un'infezione che colpisce le basse vie respiratorie (Ashour et al., 2019; Wölfel et al., 2020). La sintomatologia varia da infezioni asintomatiche o lievi sintomi respiratori fino ad una forma gravemente dannosa caratterizzata da polmonite, difficoltà respiratoria acuta e mortalità (Rothan & Byrareddy, 2020). Attualmente non esiste un vaccino o una terapia specifica per questa malattia; il trattamento principale consiste in primo luogo nell'isolare i pazienti e nella gestione tramite trattamento farmacologico dei sintomi clinici. Uno degli aspetti fondamentali riguarda l'estrema facilità di trasmissione del virus tra le persone durante il contatto ravvicinato: l'infezione infatti può avvenire mediante le gocce di saliva che si emettono con la tosse, con gli starnuti o anche solo con il parlare¹. Nonostante sia stato osservato che la carica virale sia più alta durante i primi tre giorni dopo l'insorgenza dei

1 <https://www.who.int/news-room/q-a-detail/q-a-coronaviruses>

sintomi, la diffusione avviene anche prima della comparsa degli stessi e anche nelle fasi successive della malattia². L'11 marzo 2020, l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha dichiarato lo stato di pandemia globale, il virus infatti si è diffuso rapidamente tra 181 Paesi e regioni del mondo intero (Mahase, 2020; Callaway, 2020). L'Italia è stato uno dei Paesi più colpiti dalla pandemia COVID-19: i dati relativi alla prima settimana di aprile 2020 evidenziavano la presenza di 128.948 casi confermati, con un tasso di mortalità del 12,32%³. Il Sistema Sanitario Italiano si è trovato dunque a dover fronteggiare i continui e numerosi accessi alle terapie intensive rischiando più volte il collasso dinanzi ad una situazione che sembrava inarrestabile senza misure restrittive obbligatorie. L'Italia è stata quindi posta in stato di lockdown con divieti di assembramento e con la chiusura di tutte le scuole di ogni ordine e grado. Con il susseguirsi di diversi DPCM, si è passati dal blocco parziale di alcune attività produttive al blocco totale, lasciando invariate solo le attività indispensabili e dedite ai beni di prima necessità⁴. Tuttavia, simili misure restrittive possono incidere negativamente sulla stabilità economica delle persone e avere una forte ripercussione psicologica, già evidenziata in precedenti studi riguardanti l'attuazione di azioni restrittive per le popolazioni colpite da precedenti epidemie (Hawryluck et al., 2004).

Lockdown e impatto psicologico

È stato ipotizzato che questa pandemia stia diffondendo a livello globale diversi ulteriori problemi di salute psichica, di distress psicologico e sintomi relativi all'insonnia, paura, rabbia e meccanismi di negazione.

In Italia, l'attuazione delle misure restrittive ha ridotto al minimo indispensabile la possibilità di uscire di casa sottoponendo l'intera nazione in uno stato di lockdown. Il termine lockdown fa riferimento ad uno stato di separazione di tutta la popolazione di una certa area allo scopo di evitare la possibile diffusione del contagio nei confronti della popolazione sana (o presunta tale) e con opportuni accorgimenti durante le "relative" libertà, per una durata temporale variabile. Con il termine quarantena, parola dialettale di origine veneziana "quarantina" e che significa difatti

2 <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/>

3 <https://lab24.ilsole24ore.com/coronavirus/>

4 <http://www.governo.it/it/articolo/coronavirus-firmato-il-dpcm-22-marzo-2020/14363>

“circa quaranta giorni” (Newman, 2012), si indica la separazione e la limitazione dei movimenti di una parte della popolazione (famiglie, gruppi o istituzioni) che è stata esposta a malattia contagiosa per poter osservare un eventuale sviluppo della sintomatologia, diminuendo il rischio di contagio e diffusione della malattia stessa. L'isolamento, invece, separa i pazienti già affetti da una malattia contagiosa dalle persone che non sono positive all'infezione così come è accaduto per i pazienti affetti da COVID-19 e ricoverati presso le strutture ospedaliere⁵. I tre termini spesso vengono utilizzati in maniera interscambiabile pur indicando circostanze differenti, ma nonostante ciò possono comportare lo stesso tipo di conseguenze psichiche colpendo allo stesso modo, seppur in misura differente, il benessere psicologico dell'individuo (Manuell & Cukor, 2011).

Il lockdown forzato ed obbligatorio, caratterizzato dalla limitazione obbligata della propria libertà, pone l'individuo dinanzi ad innumerevoli vissuti e condizioni. Una situazione completamente nuova ed emotivamente intensa come l'incertezza sullo stato di salute, la preoccupazione per la malattia, la percezione del potenziale pericolo presente all'interno dei diversi contesti dove l'individuo vive la sua quotidianità, così come la separazione dai propri affetti, la preoccupazione per l'altro e le eventuali ricadute economiche, possono generare stati emozionali negativi accompagnanti da perdita di autoregolazione e autocontrollo emotivo manifestandosi attraverso comportamenti di rabbia e condizioni di distress psicologico inteso in termini di livelli di ansia e depressione, fino ad arrivare allo strutturarsi di vere e proprie condizioni psicopatologiche. La letteratura riguardante studi su precedenti epidemie ha preso in considerazione i risvolti psicologici evidenziando come, ad esempio, in seguito alla quarantena obbligatoria siano stati segnalati casi di violenza domestica scaturiti da un'incapacità di gestione delle emozioni, come la rabbia, e casi di suicidio soprattutto tra gli operatori sanitari (Barbisch et al., 2015). Ulteriori dati supportano invece una relazione diretta tra l'abuso di alcol o di altre sostanze e lo stato di quarantena (Wu et al., 2008). Le principali cause degli effetti psicologici negativi del lockdown e della quarantena forzata possono essere identificate in cinque fattori di stress principali (Brooks et al., 2020). Il primo fattore riguarda la durata dello stato di separazione, in particolare una maggiore durata del lock-

5 Centers for Disease Control and Prevention. Quarantine and isolation. 2017. <https://www.cdc.gov/quarantine/index.html>

down è stato associato ad un peggioramento della salute mentale, ad un aumento di episodi di rabbia (Marjanovic et al., 2007), a comportamenti di evitamento più frequenti e alla manifestazione di sintomi da disturbo post-traumatico da stress (Hawryluck et al., 2004; Reynolds et al., 2008). Il secondo fattore è rappresentato dalla paura del contagio, sia nel senso di contrarre personalmente il virus, sia nel senso di trasmetterlo ad altri (Desclaux et al., 2017). Risultati di studi precedenti hanno dimostrato come durante la quarantena obbligatoria, gli individui presentano alti livelli di paura per la propria salute dovuti alla possibilità di aver contratto o di poter contrarre il virus (Cava et al., 2005). Inoltre, sono stati riscontrati alti livelli di paura anche per quanto riguarda la possibilità di poter contagiare altre persone (Maunder et al., 2003), in particolare i proprio familiari (Bai et al., 2004). Il terzo fattore fa riferimento agli stati di frustrazione e noia dovuti al confinamento individuale e alla riduzione del contatto sociale e fisico con gli altri (Blendon et al., 2004), aggravato dall'impossibilità di condurre le abituali attività quotidiane (Braunack-Mayer et al., 2009). Il quarto fattore riguarda la gestione, la fornitura e la distribuzione di beni di prima necessità da parte della propria nazione di appartenenza, come prodotti alimentari e farmaceutici, e beni di prevenzione e protezione legati al virus quali mascherine, guanti, igienizzanti. È stato osservato, in studi relativi a precedenti epidemie, come l'inadeguatezza di distribuzione di tali beni sia stata fonte di frustrazione associata a stati di ansia e rabbia (Wilken et al., 2015) e abbia continuato ad esserlo fino a 4-6 mesi dopo la fine dello stato di quarantena forzata (Jeong et al., 2016). Il quinto ed ultimo fattore è rappresentato dalla gestione delle comunicazioni e dall'adeguatezza delle informazioni divulgate dal governo e dalle autorità sanitarie pubbliche (Di Giovanni et al., 2004). Risultati di ricerche svolte in passato hanno dimostrato come l'inadeguata o scarsa informazione abbia rappresentato un fattore di stress e abbia generato paura e confusione all'interno della popolazione colpita dall'epidemia (Pellecchia et al., 2015). In generale, sono molteplici le evidenze empiriche che supportano la relazione tra distress psicologico e stato di lockdown evidenziando livelli più alti per l'ansia e per la depressione nelle persone sottoposte a questo particolare tipo di condizione (Wester & Giesecke, 2019; Brooks et al., 2020).

Appare quindi chiaro, il legame tra la condizione di lockdown e la salute mentale, così come le ulteriori condizioni psicosociali che possono

influenzare il benessere degli individui durante e dopo gli stati di lockdown, quarantena o di isolamento e che necessitano di essere indagate.

L'impatto economico del lockdown

L'epidemia del COVID-19 è stata definita la peggiore crisi globale dalla Seconda guerra mondiale, con ricadute economiche che hanno generato non poche difficoltà alle molte imprese e attività produttive che si sono fermate, dovendo però sostenere ugualmente delle spese fisse. Secondo l'Organizzazione delle Nazioni Unite per lo Sviluppo Industriale (UNIDO), si tratta infatti di uno dei più grandi shock economici degli ultimi decenni⁶. La seconda edizione dell'ILO: "COVID-19 e mondo del lavoro" pubblicata il 7 aprile 2020⁷, ha riportato che le misure restrittive relative al blocco parziale o totale hanno avuto un impatto su quasi 2,7 miliardi di lavoratori nel mondo, questi rappresentano circa l'81% dell'intera forza lavoro mondiale. Inoltre, è stata evidenziata la riduzione dell'orario di lavoro del 6,7% durante il secondo semestre del 2020, ossia l'equivalente di 195 milioni di lavoratori a tempo pieno comportando chiaramente un calo del reddito personale e maggiori condizioni di povertà. I settori maggiormente a rischio comprendono quelli alberghieri e della ristorazione, il commercio al dettaglio e l'industria manifatturiera. In Italia, la flessione dell'intera economia nazionale oscilla dal 1% a 3%⁸ e potrebbe comportare la perdita di circa 60.000 posti di lavoro e l'eventuale chiusura di 15.000 piccole imprese appartenenti a diversi settori⁹. Una recessione globale è inevitabile e la necessaria ripresa del sistema economico dipenderà sostanzialmente dal successo delle misure adottate per prevenire la diffusione di COVID-19 e dall'efficacia delle misure politiche dei governi che influenzeranno il rilancio dell'economia, stimolando la domanda di lavoro, sostenendo le famiglie in difficoltà economica e garantendo l'occupazione (Fernandes, 2020). Fino ad allora, la minore percezione di stabilità economica di molte famiglie può essere uno

6 <https://www.unido.org/stories/coronavirus-economic-impact>

7 COVID-19 Pandemic in the World of Work: ILO Monitor: COVID-19 and the world of work. 2nd Edition. https://www.ilo.org/global/about-the-ilo/WCMS_740877/lang-en/index.htm

8 https://www.corriere.it/economia/aziende/cards/coronavirus-10percento-aziende-italiane-default-se-l-emergenza-non-si-ferma-entro-l-anno/crollo-pil_principale.shtml

9 <https://www.money.it/coronavirus-italia-conseguenze-economiche-PIL-export-e-Piazza-Affari>

dei molteplici fattori che incide negativamente sullo stato di salute mentale generale delle persone, andando ad aggravare eventuali sintomi di ansia e depressione già in parte sviluppati dalla condizione di lockdown.

Domande di ricerca

Il presente studio mira ad indagare le possibili ricadute economiche e l'impatto psicosociale delle misure restrittive e della condizione di lockdown nella popolazione generale italiana. Il principale obiettivo della ricerca è confrontare la percezione della situazione economica familiare rispetto alle diverse fasi dell'emergenza COVID-19 (prima, durante e dopo l'emergenza) e analizzare se una diversa percezione è associata a sintomi di ansia e depressione. Ulteriormente, il presente studio mira ad indagare possibili differenze relativamente al genere e all'età per quanto concerne lo sviluppo di possibili sintomi di ansia e depressione in questo particolare periodo di emergenza. Lo studio include tre sezioni principali per comprendere come le persone stanno affrontando e percependo l'emergenza COVID-19:

- Stabilità economica percepita
- Ansia e Depressione
- Interazione tra i costrutti indagati

Nello specifico, è stato ipotizzato che la stabilità economica percepita durante e dopo l'emergenza COVID-19 sia in generale minore rispetto a prima dell'inizio dell'emergenza. Inoltre, caratteristiche come genere e età potrebbero esercitare un'influenza su ansia e depressione; nello specifico con le femmine che potrebbero riportare punteggi più alti rispetto ai maschi e con i giovani che potrebbero riportare punteggi più alti rispetto agli anziani sulle scale del GAD-7 e del PHQ-9. Infine, a più bassi livelli di stabilità economica potrebbero essere associati maggiori sintomi di ansia e depressione.

Metodo

Partecipanti

Abbiamo condotto un'indagine nel periodo compreso tra il 1/04/2020

al 20/04/2020, mediante la piattaforma online Qualtrics. Sono stati reclutati 4121 soggetti maggiorenni. Tutti hanno accettato il Consenso Informato. La Tabella 1 riassume le principali caratteristiche del campione raccolto.

Tabella 1. Caratteristiche del campione

Partecipanti, n	4121
Età, media (dv)	35.01 (13.59)
Femmine, n (%)	2840 (68.92)
Area geografica	
Nord, n (%)	740 (17.96)
Centro, n (%)	1737 (42.15)
Sud, n (%)	1644 (39.89)
Luogo (abitanti)	
Grande città (più di 250.000), n (%)	576 (13.98)
Città (tra 50.000 e 250.000), n (%)	1210 (29.36)
Piccola cittadina (tra 10.000 e 50.000), n (%)	1101 (26.72)
Paese (tra 5.000 e 10.000), n (%)	558 (13.74)
Paesino (meno di 5.000), n (%)	676 (16.40)
Livello di istruzione	
Licenza Elementare, n (%)	28 (0.68)
Licenza Media, n (%)	280 (6.79)
Diploma, n (%)	1736 (42.13)
Laurea triennale, n (%)	850 (20.63)
Laurea specialistica/magistrale, n (%)	787 (19.10)
Titolo post-laurea, n (%)	440 (10.68)
Reddito Annuale	
0-14999, n (%)	1625 (39.43)
15000-24999, n (%)	1298 (31.50)

25000-39999, n (%)	655 (15.89)
40000-59999, n (%)	201 (4.88)
>59999, n (%)	342 (8.30)

Misure

Dati sociodemografici e clinici

È stata somministrata una prima serie di item per la raccolta dei dati anagrafici, sociodemografici e clinici del campione indagato. I soggetti hanno quindi fornito informazioni circa l'età, l'etnia, il genere, lo stato civile, il livello di istruzione, la professione, il reddito, il luogo in cui vivono e con chi vivono, oltre che il luogo geografico in cui stava affrontando l'emergenza COVID-19. I dati clinici includevano invece l'eventuale positività al COVID-19, accertata da tampone, per sé stessi o per una persona cara, la presenza di eventuali patologie mediche diagnosticate o la presenza di disturbi mentali, l'assunzione abituale di farmaci e un eventuale percorso di psicoterapia.

Questionari

Un breve questionario sviluppato appositamente per questa ricerca è stato utilizzato per indagare la percezione dei partecipanti rispetto alla stabilità economica familiare. In particolare, è stato chiesto ai partecipanti di riportare la stabilità economica prima dell'inizio dell'emergenza COVID-19, durante l'emergenza (stato attuale) e di ipotizzarla al termine dell'emergenza. Il questionario integrale è riportato nella Tabella 2.

Tabella 2. Questionario "Stabilità economica familiare percepita"

<i>Questionario</i>	<i>Item</i>
<i>Stabilità economica familiare percepita</i>	<ol style="list-style-type: none"> <i>1. Consideravo me e la mia famiglia stabili economicamente prima dell'emergenza</i> <i>2. Considero me e la mia famiglia stabili economicamente durante l'emergenza</i> <i>3. Ritengo che io e la mia famiglia saremo stabili economicamente quando l'emergenza sarà finita</i>

Per misurare i sintomi depressivi è stata utilizzato il Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9, Spitzer et al., 1999), una scala dell'umore che comprende 9 sintomi depressivi, corrispondenti ai criteri del DSM-IV (Tabella 3). Ai partecipanti è stato chiesto di indicare quanto fastidio gli provocasse ogni sintomo in riferimento ad una scala Likert che va da 0 (per niente) a 3 (quasi ogni giorno). È stato inoltre aggiunto un item alla fine della parte diagnostica, per valutare la compromissione funzionale globale, che però non contribuisce al punteggio totale del PHQ-9 che va quindi da 0 a 27.

Il General anxiety disorder (GAD-7, Spitzer et al., 2006) è stato invece utilizzato per valutare l'ansia (Tabella 3), è un test self-report costituito da 7 item. Agli intervistati è stato chiesto quanto spesso si sono preoccupati dei sintomi dell'ansia nelle ultime due settimane, indicando quindi la frequenza dei sintomi, da 0 (per niente) a 3 (quasi ogni giorno), in riferimento a una scala Likert a 4 punti. È stato inoltre aggiunto un altro item alla fine della parte diagnostica, per valutare la compromissione funzionale globale, che non contribuisce però al punteggio totale del GAD-7 che varia da 0 a 21, con punteggi più alti che indicano un disturbo d'ansia generalizzato.

Tabella 3. Punteggi medi di Ansia e Depressione differenziati per genere e gruppo di età

Dimensione (Test)	Genere (media,ds)		Età (media,ds)		
	Femmine	Maschi	18-34	35-64	>64
<i>Ansia (GAD-7)</i>	7.83 (4.51)	5.57 (4.08)	7.39 (4.43)	6.83 (4.59)	5.29 (4.27)
<i>Depressione (PHQ-9)</i>	8.22 (4.87)	6.05 (4.31)	8.53 (4.85)	6.23 (4.41)	4.64 (3.46)

Risultati

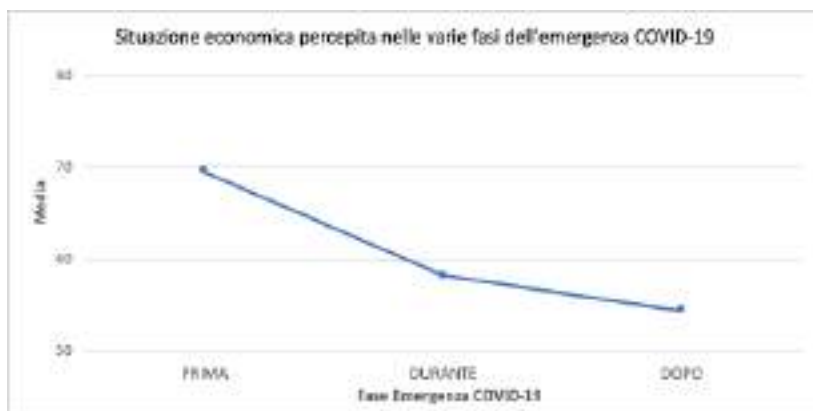
Stabilità economica percepita

È stata condotta una ANOVA a misure ripetute (*one-way repeated measured analysis of variance*) per testare l'ipotesi nulla secondo la quale non

c'è un cambiamento nella percezione di stabilità economica familiare dei partecipanti (N=4121) nelle tre fasi temporali relative all'emergenza COVID-19 (prima, durante e dopo). I risultati dell'ANOVA indicano un effetto significativo delle fasi temporali, Lambda di Wilks = .68, F(99.77), $p < .001$.

Ulteriormente, ogni comparazione a coppie è risultata significativa, $p < .001$. C'è un significativo decremento dei punteggi rispetto alle fasi temporali. Questo suggerisce che la percezione della stabilità economica familiare è diminuita a causa dell'emergenza COVID-19. Una panoramica della situazione descritta è riportata nel Grafico 1.

Grafico 1. Stabilità economica familiare percepita



Ansia e Depressione

Genere

È stata condotta una MANOVA (*one-way multivariate analysis of variance*) per testare l'ipotesi secondo cui potrebbero esserci una o più differenze nelle medie relative al genere (Femmine; Maschi) e i punteggi del GAD-7 e del PHQ9. Un effetto statistico significativo della MANOVA è stato ottenuto, Lambda di Wilks = 0.94, F(2, 41) = 129.78, $p < .001$. La dimensione dell'effetto dell'analisi multivariata è stata stimata a .060, il che implica che il 6% della varianza canonica derivata complessivamente dalle variabili dipendenti è

spiegata dal genere. Ulteriormente, è stata eseguita una analisi discriminante (*discriminant analysis*), che ha rivelato una funzione discriminante. Questa funzione spiega il 100.0% della varianza, Correlazione canonica = 0.25. Questa funzione differenzia significativamente i gruppi relativi al genere, Lamda di Wilks= 0.94, Chi-quadrato (2) = 251.70, $p < .001$. Le femmine riportano punteggi significativamente più alti di ansia e depressione rispetto ai maschi.

Età

È stata condotta una MANOVA (*one-way multivariate analysis of variance*) per testare l'ipotesi secondo cui potrebbero esserci una o più differenze nelle medie tra gruppi d'età (18-34; 35-64; >64) e i punteggi del GAD-7 e del PHQ9. Un effetto statistico significativo della MANOVA è stato ottenuto, Lamda di Wilks = 0.93, $F(4, 82) = 85.01$, $p < .001$. La dimensione dell'effetto dell'analisi multivariata è stata stimata a .040, il che implica che il 4% della varianza canonica derivata complessivamente dalle variabili dipendenti è spiegata dal genere. Ulteriormente, è stata eseguita una analisi discriminante (*discriminant-analysis*), che ha rivelato due funzioni discriminanti. La prima spiega il 97.6% della varianza, Correlazione canonica = 0.28, mentre la seconda spiega solo il 2.4%, Correlazione canonica = 0.05. In combinazione queste funzioni discriminanti differenziano significativamente i gruppi di età, Lamda di Wilks= 0.92, Chi-quadrato (4) = 333.23, $p < .001$, inoltre, rimuovendo la prima funzione, la seconda funzione differenzia significativamente i gruppi di età, Lamda di Wilks = 0.99, Chi-quadrato = 8.2, $p < .005$. Infine, tutti i confronti post-hoc risultano significativi, $p < .01$. I risultati mostrano che tutti i confronti post-hoc sono statisticamente significativi ($p < .005$). In tutti i casi, la tendenza dell'effetto è lineare. In media, i giovani (18-34) riportano maggiori sintomi di ansia (GAD-7) e depressione (PHQ9) rispetto agli adulti (35-64) e gli adulti riportano maggiori sintomi di ansia e depressione rispetto agli anziani (>64).

Interazione tra i costrutti indagati

Per indagare l'ultima ipotesi effettuata secondo cui peggioramenti nella percezione di stabilità economica percepita a causa dell'emergenza COVID-19 possono essere associati a maggiori sintomi di ansia e depressione, nel campione indagato sono stati calcolati due nuovi indici partendo

dai 3 item sviluppati appositamente per indagare la stabilità economica ovvero: “delta stabilità durante” e “delta stabilità dopo” (Tabella 4). Questi due nuovi indici misurano rispettivamente lo scarto per ogni soggetto tra i punteggi di stabilità economica percepita prima dell'emergenza e i punteggi durante e al termine (ipotizzati) dell'emergenza, con riferimento alla Tabella 2 sopra riportata:

- “delta stabilità durante”: “punteggi item 1” – “punteggi item 2”
- “delta stabilità dopo”: “punteggi item 1” – “punteggi item 3”

In conseguenza, più alti sono i punteggi ottenuti su questi nuovi indici più la percezione della stabilità economica durante e dopo l'emergenza COVID-19 risulta peggiorata rispetto a prima dell'inizio dell'emergenza.

Tabella 4. Punteggi medi per i costrutti indagati

Dimensione	Media (ds)
<i>Ansia (GAD-7)</i>	7.13 (4.51)
<i>Depressione (PHQ9)</i>	7.55 (4.81)
<i>Delta stabilità durante</i>	11.41 (19.70)
<i>Delta stabilità dopo</i>	15.20 (22.73)

È stata condotta una correlazione Pearson che ha esaminato l'interazione tra stabilità economica familiare percepita (“delta stabilità durante” e “delta stabilità dopo”) e le misure di ansia (GAD-7) e depressione (PHQ-9). La relazione tra “delta stabilità durante” e ansia (GAD-7) era positiva, moderata e statisticamente significativa ($r = .167$ $p < .001$). La relazione tra “delta stabilità dopo” e ansia (GAD-7) era positiva, moderata e statisticamente significativa ($r = .158$ $p < .001$). La relazione tra “delta stabilità durante” e depressione (PHQ9) era positiva, moderata e statisticamente significativa ($r = .115$ $p < .001$). La relazione tra “delta stabilità dopo” e depressione (PHQ9) era positiva, moderata e statisticamente significativa ($r = .100$ $p < .001$). Infine, la relazione tra ansia (GAD-7) e depressione (PHQ9) era positiva, forte e statisticamente significativa ($r = .662$ $p < .001$).

Discussione

I dati analizzati hanno mostrato risultati interessanti in linea con le domande di ricerca elaborate per il seguente studio, mettendo in evidenza differenze significative dovute all'epidemia COVID-19 in relazione alla stabilità economica percepita sia rispetto al passato (pre-emergenza), sia rispetto al futuro (post-emergenza) e sia riguardo ai livelli di ansia e depressione generati a causa dell'impatto psicologico del lockdown e dell'impatto dell'emergenza in generale.

Nello specifico è stato dimostrato come la percezione della stabilità economica all'interno delle famiglie si sia aggravata durante lo stato di emergenza causato dal virus. Infatti, la propria situazione economica viene percepita come generalmente più instabile rispetto a prima dell'inizio dello stato d'emergenza. Questo probabilmente è dovuto alle difficoltà lavorative riscontrate a causa delle restrizioni emanate dal governo. Tutti i tipi di impieghi che non offrivano beni di prima necessità sono stati sospesi per circa due mesi e solo una piccola parte di questi è stata completamente sostituibile con attività di smart-working. Dai risultati è emerso anche un significativo peggioramento della percezione della propria stabilità economica familiare rispetto al futuro e alla fine della situazione emergenziale. Nonostante la fase due abbia permesso la ripresa di molte attività non legate alla produzione di beni di prima necessità, sono ancora molte le limitazioni dovute alla prevenzione del contagio che mettono a repentaglio l'efficienza lavorativa, non permettendo ancora il raggiungimento del massimo introito ottenibile. Inoltre, a causa delle difficoltà di previsione dovute alla complessità della tipologia di virus, molte famiglie potrebbero considerare ancora lontana la fine dello stato di emergenza e il ritorno ad una situazione di normalità simile a quella precedente l'emergenza.

Per quanto riguarda i livelli di ansia e depressione generati dallo stress dovuto all'impatto psicologico delle restrizioni dello stato di lockdown e dello stato emergenziale in generale, è stato dimostrato come la popolazione femminile riporti punteggi più elevati rispetto a quella maschile. In letteratura è stato dimostrato come le donne in generale siano più predisposte a sviluppare disturbi di ansia (Remes et al., 2016) e depressione (Nolen-Hoeksema, 2001) rispetto agli uomini. Il particolare stato di lockdown potrebbe aver accentuato questa propensione. Basti pensare

allo spropositato aumento delle attività di gestione, cura e attenzione per la propria casa e per l'intera famiglia a cui la maggior parte delle donne è andata incontro a causa delle misure restrittive e generando ulteriore distress. Inoltre, è stato osservato che in generale gli anziani hanno manifestato minori livelli di ansia e depressione rispetto ai giovani e agli adulti durante lo stato di quarantena. Infatti, i risultati hanno evidenziato che in media, i giovani (18-34) riportano maggiori sintomi di ansia e depressione rispetto agli adulti (35-64) e gli adulti riportano maggiori sintomi di ansia e depressione rispetto agli anziani (>64). Studi precedenti hanno dimostrato come la regolazione emotiva venga utilizzata in maniera più adeguata attraverso l'invecchiamento, agendo come una difesa più efficace in contesti di stress elevato come quello generato dallo stato di lockdown (Charles & Carstensen, 2014). Infatti, la popolazione anziana, giunta ormai quasi al termine del proprio arco di vita e avendo probabilmente già vissuto esperienze traumatiche e stressanti come guerre e ulteriori epidemie, potrebbe tendere a considerare tali situazioni d'emergenza in maniera più positiva e addirittura sottovalutare l'alto rischio di mortalità a loro rivolto.

Infine, in linea con l'ultima ipotesi formulata, è stata dimostrata l'esistenza di una relazione tra l'impatto economico percepito e l'impatto psicologico subito a causa dell'emergenza. Nello specifico, sono emerse due correlazioni significative tra: la differenza della percezione dell'attuale stabilità economica con quella precedente all'emergenza e i livelli di ansia e depressione; la differenza della percezione della futura stabilità economica con quella attuale e i livelli di ansia e depressione. Queste due relazioni dimostrano come chi effettivamente si considera attualmente meno stabile economicamente rispetto al passato raggiunga livelli più elevati di ansia e depressione; allo stesso modo, chi considera la propria stabilità economica futura meno stabile rispetto a quella presente abbia punteggi di ansia e depressione maggiori. Il considerare la propria situazione economica attuale e futura come instabile potrebbe generare ulteriori stati di paura e preoccupazione per la propria sopravvivenza e il proprio benessere fisico e psicologico e probabilmente, di conseguenza, questi potrebbero indurre e quindi spiegare i maggiori livelli di distress psicologico indicati. Ulteriori studi futuri dovrebbero indagare più a fondo questo tipo di relazione cercando di comprendere quali siano i fattori sottostanti che possano spiegare al meglio tale risultato.

Conclusioni

L'epidemia da COVID 19 e le misure restrittive relative allo stato di lockdown hanno determinato notevoli ripercussioni economiche e un forte impatto psicologico andando ad inficiare il benessere dell'individuo e dimostrando ulteriormente il forte impatto psicosociale ed economico comportato da situazioni emergenziali dovute ad epidemie, come già accaduto in passato. Inoltre, le condizioni di instabilità economica percepita e di distress psicologico rilevato confermano l'esistenza di un forte legame tra le ricadute economiche e quelle psicosociali. I risultati mostrati forniscono pertanto una base per le ricerche future e inducono ad una riflessione sul ruolo che ulteriori variabili possano avere per spiegare i meccanismi sottostanti ad entrambi gli effetti degli impatti psicosociali ed economici della pandemia da COVID-19, al fine di preservare e garantire il benessere dell'individuo.

Bibliografia

- Ashour, H. M., Elkhatib, W. F., Rahman, M., & Elshabrawy, H. A. (2020). Insights into the recent 2019 novel coronavirus (SARS-CoV-2) in light of past human coronavirus outbreaks. *Pathogens*, 9 (3), 186. [doi:10.3390/pathogens9030186](https://doi.org/10.3390/pathogens9030186)
- Bai, Y., Lin, C. C., Lin, C. Y., Chen, J. Y., Chue, C. M., & Chou, P. (2004). Survey of stress reactions among health care workers involved with the SARS outbreak. *Psychiatric Services*, 55 (9), 1055-1057. [doi:10.1176/appi.ps.55.9.1055](https://doi.org/10.1176/appi.ps.55.9.1055)
- Barbisch, D., Koenig, K. L., & Shih, F. Y. (2015). Is there a case for quarantine? Perspectives from SARS to Ebola. *Disaster medicine and public health preparedness*, 9 (5), 547-553. [doi:10.1017/dmp.2015.38](https://doi.org/10.1017/dmp.2015.38)
- Blendon, R. J., Benson, J. M., DesRoches, C. M., Raleigh, E., & Taylor-Clark, K. (2004). The public's response to severe acute respiratory syndrome in Toronto and the United States. *Clinical infectious diseases*, 38 (7), 925-931. [doi:10.1086/382355](https://doi.org/10.1086/382355)
- Braunack-Mayer, A., Tooher, R., Collins, J. E., Street, J. M., & Marshall, H. (2013). Understanding the school community's response to school closures during the H1N1 2009 influenza pandemic. *BMC public health*, 13 (1), 344. [doi:10.1186/1471-2458-13-344](https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-344)
- Brooks, S. K., Webster, R. K., Smith, L. E., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N., & Rubin, G. J. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *The Lancet*. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30460-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30460-8)
- Callaway, E. (2020). Time to use the p-word? Coronavirus enter dangerous new phase. *Nature*, 579 (277), 12. [doi:10.1038/d41586-020-00551-1](https://doi.org/10.1038/d41586-020-00551-1)
- Cava, M. A., Fay, K. E., Beanlands, H. J., McCay, E. A., & Wignall, R. (2005). The experience of quarantine for individuals affected by SARS in Toronto. *Public Health Nursing*, 22 (5), 398-406. [doi:10.1111/j.0737-1209.2005.220504.x](https://doi.org/10.1111/j.0737-1209.2005.220504.x)
- Charles, S. T., & Carstensen, L. L. (2014). Emotion regulation and aging. In J. J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation* (pp. 203-218). New York: Guilford Press.
- Desclaux, A., Badji, D., Ndione, A. G., & Sow, K. (2017). Accepted

- monitoring or endured quarantine? Ebola contacts' perceptions in Senegal. *Social Science & Medicine*, 178, 38-45. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2017.02.009>
- DiGiovanni, C., Conley, J., Chiu, D., & Zaborski, J. (2004). Factors influencing compliance with quarantine in Toronto during the 2003 SARS outbreak. *Biosecurity and bioterrorism: biodefense strategy, practice, and science*, 2 (4), 265-272. [doi:10.1089/bsp.2004.2.265](https://doi.org/10.1089/bsp.2004.2.265)
- Fernandes, N. (2020). Economic effects of coronavirus outbreak (COVID-19) on the world economy. [doi:10.2139/ssrn.3557504](https://doi.org/10.2139/ssrn.3557504)
- Hawryluck, L., Gold, W. L., Robinson, S., Pogorski, S., Galea, S., & Styra, R. (2004). SARS control and psychological effects of quarantine, Toronto, Canada. *Emerging Infectious Diseases*, 10 (7), 1206-1212. [doi:10.3201/eid1007.030703](https://doi.org/10.3201/eid1007.030703)
- Jeong, H., Yim, H. W., Song, Y. J., Ki, M., Min, J. A., Cho, J., & Chae, J. H. (2016). Mental health status of people isolated due to Middle East Respiratory Syndrome. *Epidemiology and health*, 38, e2016048. [doi:10.4178/epih.e2016048](https://doi.org/10.4178/epih.e2016048)
- Mahase, E. (2020). China coronavirus: WHO declares international emergency as death toll exceeds 200. *Bmj*, 368, m408. [doi:10.1136/bmj.m408](https://doi.org/10.1136/bmj.m408)
- Manuell, M. E., & Cukor, J. (2011). Mother Nature versus human nature: public compliance with evacuation and quarantine. *Disasters*, 35 (2), 417-442. [doi:10.1111/j.1467-7717.2010.01219.x](https://doi.org/10.1111/j.1467-7717.2010.01219.x)
- Marjanovic, Z., Greenglass, E. R., & Coffey, S. (2007). The relevance of psychosocial variables and working conditions in predicting nurses' coping strategies during the SARS crisis: an online questionnaire survey. *International journal of nursing studies*, 44 (6), 991-998. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2017.02.009>
- Maunder, R., Hunter, J., Vincent, L., Bennett, J., Peladeau, N., Leszcz, M., ... & Mazzulli, T. (2003). The immediate psychological and occupational impact of the 2003 SARS outbreak in a teaching hospital. *Cmaj*, 168 (10), 1245-1251.
- Newman, K. L. (2012). Shutt up: bubonic plague and quarantine in early modern England. *Journal of social history*, 45 (3), 809-834. [doi:10.1093/jsh/shr114](https://doi.org/10.1093/jsh/shr114)
- Nolen-Hoeksema, S. (2001). Gender differences in depression. *Current*

- directions in psychological science*, 10 (5), 173-176. <https://doi.org/10.1111/1467-8721.00142>
- Pellecchia, U., Crestani, R., Decroo, T., Van den Bergh, R., & Al-Kourdi, Y. (2015). Social consequences of Ebola containment measures in Liberia. *PLoS One*, 10 (12). <https://doi.org/10.1111/1467-8721.00142>
- Remes, O., Brayne, C., Van Der Linde, R., & Lafortune, L. (2016). A systematic review of reviews on the prevalence of anxiety disorders in adult populations. *Brain and behavior*, 6 (7), e00497. <https://doi.org/10.1111/1467-8721.00142>
- Reynolds, D. L., Garay, J. R., Deamond, S. L., Moran, M. K., Gold, W., & Styra, R. (2008). Understanding, compliance and psychological impact of the SARS quarantine experience. *Epidemiology & Infection*, 136 (7), 997-1007. [doi:10.1017/S0950268807009156](https://doi.org/10.1017/S0950268807009156)
- Rothan, H. A., & Byrareddy, S. N. (2020). The epidemiology and pathogenesis of coronavirus disease (COVID-19) outbreak. *Journal of autoimmunity*, 109, 102433. [doi:10.1016/j.jaut.2020.102433](https://doi.org/10.1016/j.jaut.2020.102433)
- Wester, M., & Giesecke, J. (2019). Ebola and healthcare worker stigma. *Scandinavian journal of public health*, 47 (2), 99-104. [doi:10.1177/1403494817753450](https://doi.org/10.1177/1403494817753450)
- Wilken, J. A., Pordell, P., Goode, B., Jarleh, R., Miller, Z., Saygar, B. G., ... & Yeiah, A. (2017). Knowledge, attitudes, and practices among members of households actively monitored or quarantined to prevent transmission of Ebola Virus Disease, Margibi County, Liberia: February-March 2015. *Prehospital and disaster medicine*, 32 (6), 673-678. [doi:10.1017/S1049023X17006720](https://doi.org/10.1017/S1049023X17006720)
- Wölfel, R., Corman, V. M., Guggemos, W., Seilmaier, M., Zange, S., Müller, M. A., ... & Hoelscher, M. (2020). Virological assessment of hospitalized patients with COVID-2019. *Nature*, 1-5. [doi:10.1038/s41586-020-2196-x](https://doi.org/10.1038/s41586-020-2196-x)
- Wu, P., Liu, X., Fang, Y., Fan, B., Fuller, C. J., Guan, Z., ... & Litvak, I. J. (2008). Alcohol abuse/dependence symptoms among hospital employees exposed to a SARS outbreak. *Alcohol & Alcoholism*, 43 (6), 706-712. [doi:10.1093/alcalc/agn073](https://doi.org/10.1093/alcalc/agn073)

La pandemia CoViD-19. L'ascolto del personale sanitario in psichiatria di liaison: l'esperienza svizzera

Giorgio Enrico Maccaferri

Introduzione

Quando un virus come quello correlato a Covid-19 infetta una persona, poi un insieme di individui, poi una popolazione, una società, una nazione e diventa, alla fine, pandemia, gli sforzi mondiali in termini sanitari sono giganteschi: la sfida più grande è rivolta al contenimento del propagarsi dell'infezione, alla curva discendente dei decessi e alla prevenzione secondaria per limitare gli impatti e le sequele somatiche sulle popolazioni a rischio (malati cronici, pazienti con multimorbilità e persone anziane). Il modello sanitario ideale deve riadattarsi e rinforzarsi, le capacità tecniche, strumentali, diagnostiche, terapeutiche devono moltiplicarsi quasi a ritmo di duplicazione virale. Gli sforzi nel campo del personale sanitario in tutti i suoi settori sono densi in questi tempi Covid e probabilmente non abbiamo mai conosciuto, in tempi moderni, un tale bisogno di reinventarsi in tempi così rapidi. Tuttavia, anche se la nostra

psiche resiste e contiene la fatica, il cambiamento, l'angoscia della morte, le risorse interne non sono infinite. Siamo stati messi tutti a dura prova e anche ora, nel momento in cui ci accingiamo a riaprirci alla vita sociale, qualcosa non torna.

Non è finita.

L'emergenza sanitaria non è finita. Una volta scongiurata l'infezione e la paura del contagio, una volta superata la paura della morte, una volta raggiunta l'immunità proteica e psichica, il virus che è entrato nelle nostre *case mentali* e fa oramai parte delle nostre discussioni e preoccupazioni quotidiane, quel virus, che ci ha fatto piombare in un clima d'incertezza, ci sta mantenendo ancora in tale situazione. E con l'incertezza dovremo sicuramente convivere ancora parecchio. Le reazioni psicologiche di stress acuto e post-traumatico, fatica estrema, aggressività o dei comportamenti a rischio per la nostra salute (soprattutto abuso di sostanze psicoattive) potrebbero diventare i nuovi spettri psichici del nostro avvenire (Brooks et al., 2020; Carvalho et al., 2020; CSTS, 2020).

Il personale medico e infermieristico in tempi Covid-19 si è imbattuto in due serie di problematiche: da una parte si trova a vivere le stesse difficoltà del resto della popolazione, dall'altra, è portatore di grandi responsabilità sanitarie e deontologiche per assicurare una corretta presa in carico dei pazienti. Gli staff clinici sono quindi doppiamente penalizzati. Così, mentre sul campo gli operatori sanitari continuano a reinventarsi il modo di lavorare attraverso cambiamenti logistici e territoriali importanti, con rapide costruzioni di nuovi modelli sanitari, al contempo, mettono in *standby* le proprie paure ed emozioni per offrire alla popolazione un alto livello di medicina tecnologica salvavita.

Le difese del *Self* psichico ci permettono di resistere ancora un po' ma fino a quando? C'è sempre *un punto di non ritorno*, un limite al di là del quale uno sforzo umano e tecnico per fornire aiuto non è più efficace in assenza di un rallentamento del sistema esterno, di un aumento contemporaneo delle esigenze individuali e di un indebolimento delle resistenze psichiche. Il personale sanitario è a dura prova e, anche ora in fase di deconfinamento, osserviamo un insieme di segnali d'allerta e certe sirene di stress psicosomatico che possono disturbare la salute psichica.

È per questi motivi che sorge la necessità di informare il personale clinico e sostenerlo adeguatamente al fine di poter preservare un benessere fisico e mentale, per se stessi e per l'ambiente in cui si opera. Umana-

mente e istituzionalmente parlando, quando viene a mancare il benessere personale, è molto difficile, se non impossibile, continuare ad occuparsi degli altri.

Durante questi tempi, la Psichiatria di liaison, branca ufficiale della psichiatria classica, può svolgere, qualora il paese e l'organigramma istituzionale lo prevedano (Svizzera, Inghilterra, USA ad esempio), un'attività utile e terapeutica per le *équipes* sanitarie che si relazionano ogni giorno con aspetti distruttivi e caotici dell'invasione del germe correlato a Covid-19 tra la popolazione e all'interno delle strutture sanitarie. Medici psichiatri, psicoterapeuti e infine esperti della coabitazione psicosomatica, gli psichiatri di liaison sono figure sanitarie fondamentali perché integrate nei servizi di medicina generale ma sufficientemente indipendenti ed esterne per garantire interventi psicologici e talvolta terapeutici non gerarchici tra i colleghi in prima linea. Un collega che lavora in Riabilitazione, all'inizio dell'epidemia Covid-19 mi ha detto (parafrasandolo un po'): "Abbiamo bisogno dei vostri interventi perché sarà lunga e non dobbiamo scoraggiarci né perdere il senso di ciò che facciamo con i nostri malati". Qualche tempo dopo, questo stesso collega mi ha riparlato degli effetti benefici delle supervisioni tra cui, quello fondamentale di poter ritornare un po' più sereni ogni giorno a casa, dopo il lavoro in corsia.

In questo capitolo sarà dato un interesse particolare alla figura clinica dello psichiatra di liaison nel suo ruolo d'ascolto e di supervisione rivolti, durante l'epidemia del Covid-19, al personale sanitario ospedaliero in una realtà sanitaria svizzera locale. Dopo un rapido excursus sulle definizioni e funzioni di un servizio di Psichiatria di liaison, sarà presentato il ruolo di supervisore clinico nella realtà della supervisione in ambito infettivo Covid, per presentare alla fine la *Cellula psicologica COVID*, un dispositivo di ascolto psicologico rivolto principalmente al personale sanitario impegnato in frontiera a diversi livelli e funzioni.

La professione dello Psichiatra di Liaison: dalla diagnosi all'interdisciplinarietà psicosomatica

La psichiatria di consultazione e collegamento (liaison), definita anche psichiatria di liaison *tout court* o ancora medicina psicosomatica, è una branca della psichiatria moderna e della psicoterapia classica. In Svizzera

ha una doppia identità nazionale e federale: fa parte dei programmi istituzionali e formativi della Scuola di Specializzazione in Psichiatria-Psicoterapia e rappresenta una formazione di perfezionamento superspecialistico dopo il titolo di Specialista. Dal punto di vista clinico, la Psichiatria di *Consultazione* s'interessa ai pazienti ricoverati nei servizi medico-chirurgici degli ospedali generali che presentano, oltre ad una malattia somatica, una sofferenza psichica o psichiatrica. La Psichiatria di *Liaison* designa la collaborazione costante, regolare e integrata dello psichiatra nel contesto somatico, in termini di approccio multidisciplinare: partecipazioni al giro visita, insegnamento, sostegno e supervisioni allo staff medico-infermiere (ISFM, 2009).

Sviluppatesi a partire degli anni '70-'80 negli Stati Uniti, il modello si è in seguito diffuso in gran parte dell'Europa, Italia compresa. Ogni paese ha sviluppato i propri modelli psichiatrici in funzione delle necessità sanitarie e dell'organizzazione psichiatrica territoriale. In Svizzera, ad esempio, dove l'organizzazione sanitaria pubblica e universitaria ha previsto la ristrutturazione e messa a norma dei vecchi asili e manicomi, con la costruzione di nuovi ospedali psichiatrici moderni, il *modello liaison* è diventato necessario per prendere in carico i pazienti psichiatrici non ammessi in ospedale psichiatrico ma ricoverati negli ospedali di medicina generale.

Nel suo lavoro psichiatrico e psicoterapeutico quotidiano, lo psichiatra di *liaison* esegue un'investigazione psicologica e psichiatrica approfondita al letto del malato e dopo aver restituito e sintetizzato la comprensione del caso clinico al medico che ha in cura il paziente, quest'ultimo verrà orientato verso l'ambulatorio, l'ospedale psichiatrico (in una realtà non italiana), o i centri sul territorio. Lo psichiatra di *liaison* può incontrare qualunque diagnosi clinica in ambito ospedaliero, tra cui ricorderemo le principali: il Delirium, i Disturbi depressivi e d'ansia (e adattamento), i Disturbi somatoformi e dissociativi, le Psicosi e i Disturbi correlati a sostanze. Inoltre, poiché specialista della medicina psicosomatica, il mestiere di psichiatra di *liaison* si presta volentieri a diversi tipi di collaborazione clinica istituzionale con le altre branche medico-chirurgiche. Per citare solo alcuni esempi di queste realtà somato-psichiche specifiche: la medicina interna, la dermatologia, la neuro-psichiatria (es. il Neuro-HIV, l'encefalite autoimmune, l'isteria o certi disturbi somatoformi), il paziente grande ustionato, l'obesità, l'oncologia, l'antalgia, l'ostetricia-ginecologia e la medicina della riproduzione (Spanevello et al., 2020; Henninger

et al., 2017; Vallotton et al., 2017; Du Pasquier et al., 2014; Kroenke, 2007; Hubschmid et al., 2015; Daum et al., 2015; Maccaferri et al., 2016; 2012; Maccaferri & Calamand, 2016; Guex, 1988; Maccaferri 2018; 2017; 2016; 2013a; 2013b; 2013c; 2011; 2009).

In aggiunta a tali aspetti dedicati alla consultazione, l'attività di *liaison* consiste nell'offrire supervisioni regolari e organizzate all'interno dei Servizi medico-chirurgici e nella partecipazione attiva all'insegnamento della psichiatria in ambito somatico-ospedaliero e universitario. Gli interventi di sostegno e di supervisione degli staff medico-infermieristici in ambito somatico hanno lo scopo principale di poter discutere di pazienti, situazioni o stati emotivi personali in presenza di uno o due professionisti neutri appartenenti ad un'altra specialità medica, garanti della comunicazione e dell'aspetto psicologico del supervisionato (Berney et al., 2019; Gravouil, 2009). Tale tipo di sostegno tecnico è utile per lavorare sui propri meccanismi di difesa in ambito clinico (intellettualizzazione, formazione reattiva, evitamento, sublimazione e regressione, disinvestimento nel proprio ruolo di "soignant"). Le supervisioni permettono un'analisi diversa delle difficoltà incontrate e il gruppo ha una funzione sinergica per suggerire e trovare soluzioni insieme, apprendere a relativizzare e a neutralizzare certi conflitti relazionali (colleghi e pazienti).

La professione dello Psichiatra di Liaison in ambiente Covid-19: l'ascolto del personale sanitario

Come per tutte le branche medico-chirurgiche, durante l'epidemia Covid-19 anche il ruolo dello psichiatra di liaison si è dovuto adattare. Certe attività cliniche orientate verso i pazienti e il personale curante si sono riadattate ai tempi rapidamente evolutivi e ai bisogni prioritari espressi dalle autorità politiche e sanitarie. Gli aspetti psicologici e di diagnosi e cura psichiatrici dell'intervento in psichiatria di liaison rivolti ai pazienti Covid-19 non saranno trattati in questo scritto perché esulerebbero dai fini e obiettivi annunciati nell'introduzione. Sono invece gli aspetti dell'attività di *liaison* che saranno trattati.

La prima considerazione da farsi riguarda l'interpretazione dei dati scientifici osservati in tempi Covid-19. È importante restare cauti poiché la letteratura scientifica in ambito psicologico-psichiatrico cresce di

giorno in giorno e tanta acqua sotto i ponti è già passata dalle prime osservazioni in Cina (Chen et al., 2020); dobbiamo però ancora parlare in termini di osservazioni o tutt'al più di tendenze riscontrate. In psichiatria di liaison, per quanto riguarda in particolare l'aspetto della cura e del sostegno rivolti allo staff medico-infermiere durante l'epidemia Covid-19, possono essere fatte le stesse considerazioni. In effetti, anche se può apparire facilmente intuitivo, il reale impatto psicologico di questa nuova epidemia sul personale sanitario e clinico non è facile da misurare su grande scala. Anche se tutti i sistemi ospedalieri sono stati coinvolti, non tutti hanno risposto con le stesse modalità organizzative e non tutte le strutture sono state confrontate alle stesse perdite umane. Tale dato non deve fuorviare e far sottovalutare l'importanza dell'evento Covid-19 sull'induzione di uno stato di choc psichico: è importante rilevare che la morte dei pazienti non è il solo evento traumatico per uno staff ospedaliero. Non tutti gli operatori sanitari hanno visto morire i pazienti direttamente ma probabilmente tutti i medici e i paramedici sono stati contagiati dalle rappresentazioni del male e dalla paura della morte, paure rinforzate dalle discussioni tra colleghi, dalle letture delle riviste scientifiche online o, semplicemente, dalle informazioni, talvolta frastagliate e inesatte, veicolate dai media.

Nei diversi sistemi sanitari, ogni persona ha svolto un ruolo cruciale e fondamentale durante l'attacco virale e ogni individuo è stato probabilmente e sufficientemente confrontato ad aspetti distruttivi fatti di grandi paure, di resistenze ai cambiamenti e, soprattutto, di incertezze sul futuro. Ancora oggi, a tante domande non abbiamo risposte certe e univoche. E proprio alla luce di tutti questi stati emotivi, delle rappresentazioni psichiche dell'invasione virale, dell'incertezza di vita e della paura della morte, ogni singola persona ha fatto ciò che riteneva giusto e appropriato. Gli operatori sanitari si sono investiti in modo tecnico e scientifico nelle cure, si sono protetti con abiti e barriere fisiche e mentali, si sono isolati negli *sgabuzzini dell'anima* fatti di pace, di silenzio e di resilienza e si sono allontanati da un ambiente di lavoro percepito come stressante, oramai invaso e saccheggiato da nemici inospitali e da un'incomprensione generale sul senso delle cure e delle decisioni etiche di ogni giorno. Ecco, mi piace pensare che un lavoro di ascolto, di sostegno psicologico e di supervisione dovrebbe, idealmente, poter rispondere a tutti questi aspetti.

Obiettivi di un intervento di supervisione psicologica in ambito Covid-19

L'obiettivo di un servizio psicologico-psichiatrico orientato verso il personale ospedaliero durante un'epidemia deve avere delle funzioni chiave. Certi recenti studi in ambito Covid-19 ci forniscono qualche pista in tal senso (Kang et al., 2020; Chen et al., 2020; Ho C. et al., 2020; Duan & Zhu, 2020). In aggiunta a tali dati, e sulla base di ciò che abbiamo potuto osservare nella nostra realtà locale sanitaria, si potrebbe dire che un intervento di supervisione deve poter produrre certi obiettivi principali:

1. *Identificare i bisogni dei collaboratori e offrir loro uno spazio organizzato e dedicato all'ascolto.* È questa una delle fasi più delicate. Chi fa emergere la domanda di ascolto e di aiuto? In tempi di stress e di corsa contro il tempo nelle corsie ospedaliere, rallentare l'attività degli infermieri e dei medici non è cosa semplice. Sono quasi tutti d'accordo nel dire che le supervisioni sono davvero utili ma pochi riescono ad agire in prevenzione perché, in fondo, il primo ruolo profondamente percepito dal tecnico della salute somatica è quello di assistere i malati e di non abbandonarli: "Se vado via io, chi viene al mio posto per assistere i pazienti?"; "Ho un'emergenza, non me la sento di abbandonare il Servizio e di lasciar soli i miei pazienti"; "Non riesco a venire in supervisione, chi glielo dice al mio capo?"; "Qui il mio posto è fondamentale!". Ogni persona ha dei validi motivi per non lasciare il proprio posto di lavoro anche solo per un'ora alla settimana e sarebbe probabilmente controproducente voler insistere, o ancor peggio, obbligare l'esercizio della supervisione. Sarebbe come provocare una controtendenza, prescrivendo, alla fine, un obbligo terapeutico. Le domande di aiuto sono presenti e autentiche tra il personale sanitario e il bisogno di comunicare si fa sentire ma probabilmente tale bisogno deve essere legittimato e organizzato per potersi trasformare in atto concreto di supervisione. Uno dei modelli che noi psichiatri di liaison abbiamo scelto nella nostra realtà sanitaria regionale è stato quello di orientare i nostri interventi discutendo dapprima direttamente con le Direzioni mediche e infermieristiche

dei Reparti coinvolti dall'epidemia. Questo ci è sembrato importante al fine di sensibilizzare “le alte sfere” alla necessità e all'importanza di portare sostegno e cura all'anima dei propri collaboratori (li abbiamo convinti con argomenti conosciuti da anni e confermati dalla letteratura scientifica, tutti raggruppati sotto un solo slogan: *Prendersi cura di Sé per poter prendersi cura degli altri*). Queste Direzioni sono apparse molto implicate, ci hanno reso visibili introducendoci e presentandoci ufficialmente nei Reparti, legittimando il nostro ruolo tecnico e psicologico e incoraggiando ogni singola persona a beneficiare di un tempo d'ascolto organizzato durante gli orari del lavoro. Il sostegno dai “piani alti” ha permesso un movimento sinergico e più disteso, il personale si è sentito sostenuto dalla propria gerarchia e ha potuto scegliere liberamente e facilmente se raggiungere o meno gli spazi adibiti alla supervisione.

2. *Adattarsi ai bisogni delle équipes ricostituite.* Il Covid-19 ha indotto in tutti i Servizi ospedalieri un'importante riorganizzazione in termini logistici e di personale. L'organigramma dei Reparti si è quasi dissolto per indurre nuove ramificazioni temporanee. Qui nel Cantone svizzero di Vaud, la maggior parte delle strutture ambulatoriali è stata temporaneamente chiusa con lo scopo di poter potenzializzare le strutture dedicate all'emergenza (servizi di terapie intensive, pronto soccorso, medicina interna, ospedale psichiatrico, farmacie trasverse, servizi di fisioterapia respiratoria, ecc.). Tutti gli interventi chirurgici elettivi sono stati annullati. Le sale operatorie sono diventate spazi per le procedure d'intubazione, i pronti soccorso regionali hanno creato rapidamente circuiti Covid+ e Covid-. I reparti di medicina interna si sono trasformati in servizi di medicina infettiva. Come in Cina, in Italia, in Francia e altrove nel mondo, anche qui in Svizzera le visite delle famiglie sono state interrotte e sospese, come se gli ospedali moderni, da un giorno a un altro, non esistessero più. Inoltre, il personale medico-infermieristico si è trovato a lavorare con altri colleghi trasferiti da altri reparti o istituzioni per far convergere un aiuto tecnico, umano e scientifico in pochi reparti scelti

per combattere l'epidemia. È stato uno straordinario momento di sinergia istituzionale. In questo esempio di riorganizzazione sanitaria locale (che è comunque simile a molte riorganizzazioni sanitarie realizzatesi durante il Covid-19), la psichiatria di liaison deve poter considerare il cambiamento istituzionale e geopolitico se vuole espletare correttamente la sua funzione di ascolto dei singoli individui facenti parte di tale sistema mutato. Interessarsi e analizzare tale nuova realtà ibrida diventa prioritario se si vuole orientare correttamente un intervento di supervisione psicologica, in questo nuovo sistema, diretto ad un pubblico eterogeneo che si trova a fare cose nuove, in tempi incerti e senza neppure conoscere il proprio "vicino di banco".

3. *Sostenere le competenze personali dei collaboratori.* La supervisione induce, nel personale clinico, un'attitudine condivisa e riflessiva (Gravouil, 2009) perché rende più esplicito un contenuto conscio o preconsciouso e permette, infine, di identificare, accettare o, talvolta, rifiutare certi compromessi. Ad esempio, durante una supervisione, un collega ha avuto il coraggio di esprimere adeguatamente la propria difficoltà nel lavorare in un'unità ospedaliera a contatto con degenti anziani Covid+ non rianimabili (e quindi "condannati a morire") per criteri clinici o scelte personali in caso di complicazioni. Un'altra persona è riuscita ad uscire da un clima interno di depressione e angoscia, potendo convertire tale pulsione distruttrice in spinta creativa per difendere, davanti all'amministrazione, la propria condizione di "collaboratrice tutto fare" sottoposta a continui cambiamenti logistici e senza essere sufficientemente interpellata per annunciare i cambiamenti; i suoi reclami costruttivi sono stati in un certo senso ascoltati e qualche aggiustamento nel reparto è stato possibile, ciò che ha indotto in lei un sentimento di soddisfazione, di gratificazione e di energia nuova. La supervisione può essere catartica per certi collaboratori ma non è questo l'obiettivo principale ricercato. Offrire al personale un *setting* e uno spazio fatti di un ascolto attivo e rispettoso, libero ma contenente, neutro ma empatico, riduce il sentimento di solitudine professionale e umana e valorizza il sentimento di efficacia personale e di autostima.

La Cellula psicologica COVID istituzionale

La Cellula psicologica Covid (operativa nella zona Nord del Cantone svizzero Vaud) è un dispositivo di sostegno e supervisione istituzionale – ospedaliero, nato dall'esigenza di offrire un ascolto diretto al personale sanitario impegnato nella battaglia quotidiana del Covid-19.

Sotto la direzione operativa del sottoscritto Giorgio Maccaferri, il coordinamento della Cellula psicologica Covid è assicurato dalla Direzione Generale e dal Servizio del Personale della struttura sanitaria *Établissements Hospitaliers du Nord Vaudois* (EHNv) con cui la Psichiatria di liaison collabora formalmente da diversi anni.

Contesto sanitario e organizzazione territoriale

La Psichiatria di liaison del Settore Psichiatrico Nord del Dipartimento di psichiatria dello CHUV (*Centre Hospitalier Universitaire Vaudois*) è un'unità psichiatrica definita sul piano dipartimentale, universitario e cantonale. Risponde ai bisogni clinici e istituzionali in termini di attività di consultazione-liaison, di insegnamento e di ricerca. Mediante collaborazioni formalizzate, tale unità prende in carico i pazienti ricoverati in cinque ospedali generali periferici, nell'area geografica Nord del Cantone Vaud (la copertura territoriale Nord equivale a circa il 40% del Cantone). L'Unità di Psichiatria di Liaison (UPL) comprende uno staff pluridisciplinare (medici, psicologi, infermieri, assistenti sociali) organizzato su diversi poli di competenze: consultazioni psichiatriche nei Servizi medico-chirurgici, nei Pronto Soccorsi e nei Servizi di Terapia Intensiva, consultazioni specializzate in Obesità e Chirurgia bariatrica, in Maternità e in Cure Palliative. L'offerta clinica ai Servizi è completata da una pratica ambulatoriale di medicina psicosomatica destinata ai pazienti ricoverati e successivamente presi in carico sul territorio. L'UPL effettua circa 2.000 interventi annui e registra diverse decine di supervisioni integrate nei vari Dipartimenti e Reparti. L'UPL è un centro medico di formazione riconosciuto a livello federale per la formazione degli specializzandi in Psichiatria-psicoterapia e per la Scuola di perfezionamento super-specialistica in psichiatria di consultazione-liaison.

Gli *Établissements Hospitaliers du Nord Vaudois* (EHNv) che rappresentano il più grande bacino clinico per la nostra Unità, raggruppano ol-

tre 1700 collaboratori distribuiti su diverse strutture ospedaliere, Centri di competenze specializzate, Centri ambulatoriali di medicina generale e due Servizi di Pronto soccorso e Terapia intensiva. In totale questa struttura ramificata copre una grande parte del territorio sanitario Nord con più di 30 prestazioni medico-chirurgiche diverse.

La Cellula Covid

La Cellula psicologica Covid è stata creata all'inizio dell'epidemia, in sede degli EHNV. Dal momento della sua apertura, in poco più di un mese, più di 80 collaboratori sono stati visti in supervisione di gruppo o individuale. Il modello gruppo è stato quello più utilizzato. Le domande di ascolto e supervisione sono state emanate soprattutto dai Servizi di Terapia intensiva e Medicina interna, provenienti da tre diverse strutture ospedaliere territoriali. Le supervisioni hanno avuto una durata variabile tra un'ora e un'ora e mezzo, animate da un binomio medico-psicologico (il sottoscritto insieme a una psicologa clinica). Si sono svolte in locali ampi, luminosi e areati (per garantire le regole di sicurezza Covid-19) all'interno delle strutture ospedaliere e durante le ore di lavoro del personale sanitario. Hanno partecipato a tali supervisioni medici specializzandi (in numero limitato rispetto alle altre categorie professionali), studenti infermieri, infermieri, aiuti infermieri, personale delle pulizie e di accoglienza amministrativa. Ogni incontro ha avuto una gestione e uno svolgimento tipici della matrice delle supervisioni in ambito clinico (Goodyear, 2014; Gravouil, 2009; Balint, riedizione 2003): accoglienza dei partecipanti, presentazione degli obiettivi e delle regole della supervisione e spazio al libero scambio interdisciplinare e all'ascolto attivo di ogni persona presente. Sono state utilizzate le strategie comunicative e relazionali tipiche degli interventi di supervisione medica quali, per citarne solo alcune, le tecniche di chiarificazione, le riformulazioni, la normalizzazione dei vissuti traumatici, la legittimazione empatica, la chiarificazione dei meccanismi di adattamento e di difesa individuali, le sintesi intermedie e finali. Tutte le supervisioni si sono concluse con l'apporto di qualche elemento psicoeducativo (Brooks et al., 2020; Stiefel & Guex, 2008): i segnali d'allerta e i sintomi psico-fisici dovuti allo stress professionale intenso e ripetuto, alla confrontazione con la morte, all'incertezza e al confinamento della società. Sono state inoltre presentate le strategie per

preservare il proprio benessere psico-fisico (individuare i bisogni fondamentali e le risorse interne, promuovere la solidarietà tra colleghi, limitare l'accesso alla disinformazione, ecc.).

Contenuti delle supervisioni

Senza fare un repertorio qualitativo completo di tutti i contenuti delle supervisioni e per cercare di generalizzare una tendenza osservata, possiamo dire che quasi tutti i partecipanti della Cellula psicologica Covid hanno verbalizzato due categorie di vissuti tipici legati, da una parte, alla realtà del confinamento (in quanto cittadini), dall'altra, al proprio ruolo professionale e al tipo d'impegno sanitario. Nella fattispecie sono emersi i seguenti aspetti (ovviamente, i contenuti di questi incontri rispettano l'anonimato):

- *La realtà legata al confinamento* si è manifestata con sentimenti negativi di restrizione della propria libertà, ambivalenza rispetto all'efficacia delle decisioni politiche, sentimenti di solitudine una volta rientrati a casa, paura e stress per la salute delle proprie famiglie, dubbi sull'evolversi dell'epidemia e, talvolta, angoscia della morte. Tali contenuti si ritrovano in molti dei recenti studi orientati sulla popolazione generale, già citati in precedenza.
- *Il ruolo professionale* ha indotto diversi tipi di stress e comportamenti. Quasi tutti gli operatori sanitari hanno espresso il timore per il rischio permanente di contaminazione, con la paura precisa di poter essere infettati e di poter veicolare a loro volta l'infezione ad altre persone e soprattutto alle proprie famiglie. Diverse persone hanno parlato della propria rabbia perché "discriminati" e "stigmatizzati" e percepiti dalle proprie conoscenze o dai vicini di casa come "pericolosi" in quanto potenzialmente portatori del virus correlato a Covid-19 contratto in ambito sanitario. Certi operatori hanno avanzato un sentimento di caos e di mancanza di coordinazione per gestire l'apporto di materiale sanitario (guanti, mascherine, gel idroalcolico). Inoltre tal equipaggiamento protettivo si è dimostrato non confortevole, limitando la mobilità e la comunicazione e di dubbia utilità quanto ad un'efficace e completa protezio-

ne. Alcuni collaboratori hanno dichiarato la loro frustrazione per non poter aiutare di più o non trovarsi nel Servizio opportuno. Ci sono poi due grandi temi ricorrenti: la questione del senso della professione medico-infermiere, davanti alle tante perdite e alla morte (Fin dove andare? Quando smettere? Che senso ha battersi?) e l'etica delle scelte (Chi rianimare? Chi intubare? Chi lasciare andare? È pertinente tenere tale paziente in tale Servizio?). Infine, quasi tutti i collaboratori hanno provato grandi difficoltà nel dover interagire con le famiglie dei pazienti all'esterno degli ospedali, intrappolati loro stessi in un conflitto interno tra il senso del dovere (l'applicazione delle regole) e un umano sentire collettivo (incomprensione e difficoltà a esprimere il rifiuto delle visite ai familiari).

Conclusione

L'emergenza sanitaria Covid-19 non è finita. Non sono finite le paure, le incertezze, i dubbi e la solitudine per la popolazione generale. Il personale sanitario impegnato ogni giorno in corsia a diversi livelli e strutture ha fatto ciò che poteva con le risorse a disposizione e con il caos che questa emergenza sanitaria ha prodotto e indotto a livello umano, istituzionale e sociale. Porta con sé e per sempre le perdite umane, il dolore delle famiglie, i ricordi delle procedure complesse e le rappresentazioni e proiezioni delle proprie angosce.

Nelle organizzazioni sanitarie che lo hanno permesso, la Psichiatria di Liaison ha svolto e continua a svolgere un ruolo clinico e istituzionale fondamentale, sia sul versante dell'incontro con i pazienti, sia per quanto riguarda l'accompagnamento psicologico del personale sanitario. In tal senso, le supervisioni cliniche possono apportare sollievo in quanto permettono un'analisi diversa ma complementare di una situazione particolare o di uno stato psicologico e una comprensione empatica del vissuto esperienziale ed emotivo della persona impegnata clinicamente e umanamente. Sostenere le competenze personali dei collaboratori valorizzando, per esempio, il sentimento di efficacia personale diventa un obiettivo fondamentale per un intervento psicologico adeguato.

Con la creazione e l'apertura della Cellule psychologique Covid in

un ambiente istituzionale e locale svizzero abbiamo voluto, anche noi, portare le nostre competenze tecniche, cliniche e umane al servizio del personale impegnato ogni giorno nella lotta al Covid-19. Questa Cellula psicologica può rappresentare, a nostro modesto avviso, un esempio di risposta psicosomatica umana e collettiva perché permette uno sfogo nei confronti del caos psichico che vive il personale sanitario e valorizza le risorse creative di ogni singolo individuo.

È ancora presto per trarre delle conclusioni su questa esperienza locale, su scala regionale. Stiamo raccogliendo i primi feed-back dei nostri interventi adottando una metodologia sistematica su base di analisi qualitativa dei vissuti. Tale analisi sarà probabilmente l'oggetto di pubblicazioni future. Ciò che è stato sorprendente è che i bisogni in termine di supervisione siano rapidamente apparsi un po' dappertutto. È anche emerso un effetto di diffusione dell'informazione a cascata in cui da elementi esterni introdotti nelle équipes dalle Direzioni istituzionali, la nostra Cellula psicologica Covid è diventata oggetto di manifestazioni spontanee da parte di altre persone. Dai primi feed-back raccolti, un movimento di sollievo, di comprensione, una migliore capacità di resistenza e una minore perdita di senso sembrano manifestarsi nei vissuti di molti collaboratori sottoposti all'intervento dell'ascolto e della supervisione. Inoltre molti colleghi si sono augurati che tali interventi supportivi all'ospedale generale possano continuare ad essere condotti più frequentemente anche in epoche non Covid-19.

Bibliografia

- Balint, M. (2003). *Le Médecin, son malade et la maladie*. Payot.
- Berney, A. & Dorogi, Y. (2019). Supervision des équipes de soins en psychiatrie de liaison: quelques points de repère. *Rev Med Suisse*, 15, 344-346.
- Brooks, S. K., Webster, R. K., Smith, L. E., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N., et al. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *The Lancet*. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30460-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30460-8)
- Carvalho, P., Moreira, M. M., de Oliveira, M. N. A., Landim, J. M. M., & Neto M. L. R. (2020). The psychiatric impact of the novel coronavirus outbreak. *Psychiatry research*, 286, 112902.
- Chen, Q., Liang, M., Li, Y., Guo, J., Fei, D., Wang, L., et al. (2020). Mental health care for medical staff in China during the COVID-19 outbreak. *Lancet Psychiatry*. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30078-X](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30078-X)
- CSTS Center for Study of Traumatic Stress (2020). *Sustaining the well-being of healthcare personnel during coronavirus and other infectious disease outbreaks*. www.CSTSONline.org.
- Daum, C., Gheorgita, F., Spatola, M., Stojanova, V., Medlin, F., Vingerhoets, F., Berney, A., Gholam-Rezaee, M., Maccaferri, G. E., et al. (2015). Interobserver agreement and validity of bedside “positive signs” for functional weakness, sensory and gait disorders in Conversion disorder: A pilot study. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*, 86 (4), 425-430.
- Duan, L., & Zhu, G. (2020). Psychological interventions for people affected by the COVID-19 epidemic. *The Lancet Psychiatry*, 7, 300-302.
- Du Pasquier, R., Simioni, S., Alves, D., Meuli, R., Maccaferri, G. E., Berney, A., et al. (2014). Establishment of a multi-disciplinary platform for HIV-infected patients with neurological complications. *Neurology*, 82 (10), Supp. P4.310. 66th Annual Meeting, Philadelphia.
- Goodyear, R., Lichtenberg J. W., Bang, K., & Gragg, J. B. (2014). Ten changes psychotherapists typically make as they mature into the role

- of supervisor. *J Clin Psychol*, 70 (11), 1042-50.
- Guex, P. (1988). *Psicologia e cancro. Un approccio globale al malato e alla sua famiglia*. Milano: FrancoAngeli.
- Gravouil, J. F. (2009). Dispositifs de supervision, métier de superviseur. *Gestalt*, 1, 23-40.
- Henninger, S., Calamand, D., Pache, O., & Maccaferri, G. E. (2017). Docteur, j'ai peur d'étouffer! BPCO et manifestations psychiatriques. *Rev Med Suisse*, 13, 1710-1713.
- Ho, C., Chee, C., & Ho, R. (2020). Mental Health Strategies to Combat the Psychological Impact of COVID-19 Beyond Paranoia and Panic. *Annals of the Academy of Medicine, Singapore*, 49, 1.
- Hubschmid, M., Aybek, S., Maccaferri, G. E., Chocron, O., Gholamrezaee, M. M., Rossetti, O., et al. (2015). Efficacy of brief interdisciplinary psychotherapeutic intervention for motor conversion disorder and non-epileptic attacks. *Gen Hosp Psychiatry*, 37, (5), 448-455.
- ISFM (Institut suisse pour la formation médicale postgraduée et continue) (2010). *Formation approfondie en psychiatrie de consultation et de liaison*. Annexe 3, 2010 (R. 2016).
- Kang, L., Li, Y., Hu, S., Chen, M., Yang, C., Xiang Yang, B., et al. (2020). The mental health of medical workers in Wuhan, China dealing with the 2019 novel coronavirus. *Lancet Psychiatry*, 7 (3), e14. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30047-X](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30047-X)
- Kroenke, K. (2007). Efficacy of treatment for somatoform disorders: a review of randomized controlled trials. *Psychosom Med*, 69,(9), 881-888.
- Maccaferri, G. E. (2009). *Sensibilisation à la synergie corps-psyché de la femme*. Journée de Gynécologie et Obstétrique psycho-somatique et psycho-sociale, Département de Gynécologie-Obstétrique-CHUV, Lausanne.
- Maccaferri, G. E. (2011). *Post-partum: le point de vue du psychiatre*. Journée de Gynécologie et Obstétrique psycho-somatique et psycho-sociale. Département de Gynécologie-Obstétrique-CHUV, Lausanne.
- Maccaferri, G. E. (2013a). *Psychiatrie de Liaison et HIV*. Symposium suisse en psychiatrie de consultation-liaison, Neuchâtel.

- Maccaferri, G. E. (2013b). *Les immolés de la crise*. Forum suivant l'émission TV, RTS/Temps présent, Genève.
- Maccaferri, G. E. (2013c). *Troubles fonctionnels non-organiques: Quand faut-il en référer au psychiatre?* Conférence, Hôpital ophtalmique Jules-Gonin, Lausanne.
- Maccaferri, G. E. (2016). *Psichiatria di liaison: tra psicosomatica e psicopatologia*. Congresso italiano Interazioni mente-corpo. Nuovi orizzonti in psicosomatica. Istituto Italiano di Micropsicoanalisi IIM, Capo d'Orlando, Sicilia, 25-26/11/2016.
- Maccaferri, G. E. (2017). *Idées reçues et fausses croyances autour de l'obésité et son traitement*. Conférence, Hôpital psychiatrique de Cery, Prilly.
- Maccaferri, G. E. (2018). *Psychose et grossesse*. Certificate of Advanced Studies (CAS) en Périnatalité et Petite enfance, Universités de Genève et Lausanne.
- Maccaferri, G. E. & Calamand D. (2016). Applicability of behavioral and cognitive therapies by consultation-liaison psychiatry. *Journal of Behavioural and Cognitive Therapy*, 26, 180-186.
- Maccaferri, G. E., Cavassini, M., & Berney, A. (2012). Mood disorders in HIV patients: a challenge for liaison psychiatry consultation. *Rev Med Suisse*, 8, 362-367.
- Maccaferri, G. E., Rossetti, A., Dalmau, J., & Berney, A. (2016). Anti-N-Methyl-D-aspartate receptor encephalitis: a new challenging entity for consultation-liaison psychiatrist. *Brain Disord Ther*, 5, 2.
- Spanevello, C., Banava, E., Gachoud, D., Berney, A., Tzartzas, K., & Maccaferri, G. E. (2020). Polydipsie psychogène: une entité psychosomatique (encore) méconnue. *Rev Med Suisse*, 16 (681), 318-21.
- Stiefel, F., & Guex, P. (2008) Le stress du soignant ou comment se soigner soi-même. *Rev Med Suisse*, 4, 424-427.
- Vallotton, K., Métral, M., Chocron, O., Meuli, R., Alves, D., Du Pasquier, R., et al. (2017). Evaluation of an outpatient multidisciplinary Neuro-HIV clinic by the patients and referring doctors. *Rev Med Suisse*, 13 (558), 782-786.

I lutti in pandemia: il dolore sordo in assenza di un rito

Laura Borgia

Psicoterapia e CoViD-19

Gli psicoterapeuti, in quanto professionisti della salute, hanno potuto continuare a lavorare e a seguire i propri pazienti durante la pandemia di CoViD-19 e la conseguente quarantena che ha coinvolto tutta la popolazione.

La pratica clinica, e non solo, mi ha abituata al contatto con la sofferenza psichica e con i suoi temi tra i quali, sicuramente, la morte, ma raramente come in questo periodo mi sono commossa accogliendo i racconti e il dolore dei pazienti che hanno perso i loro cari. Nel corso di questa pandemia e del conseguente *lockdown* è successo qualcosa di diverso che ha reso l'accettazione e l'elaborazione dei lutti molto più dolorosa e complessa: la morte in solitudine. Solitudine del morente in ospedale al quale non possono essere permesse visite da parte di nessuno, solitudine di familiari e amici lasciati soli nel dolore della perdita, senza alcuna possibilità di condividere il loro dolore e in totale assenza di un rito funebre.

L'abolizione di ogni forma di rito che sancisca gli eventi drammatici e accompagni chi ne è colpito non è frequente nella storia dell'uomo. Non è stata condizione tipica in tempo di guerra, non succede nelle catastrofi naturali, e nemmeno in casi di stragi e attacchi terroristici. Nella pandemia in corso la necessità di contenere i contagi evitando assembramenti e mantenendo la distanza fisica fra le persone ha determinato la soppres-

sione di qualsiasi possibilità di celebrazione di funerali, non importa se con rito religioso o laico, costringendo all'isolamento. Questa privazione potrà avere conseguenze psicologiche nel tempo?

L'essere umano e il bisogno del rito

L'antropologo Enrico Comba, purtroppo appena scomparso proprio per il CoViD-19, riporta nel suo ultimo libro che nel luglio 2018 un gruppo di ricercatori studiosi dei cetacei osservò al largo dello stato di Washington e della British Columbia l'insolito comportamento di un'orca marina dopo la morte del suo cucciolo. Per numerosi giorni la madre non abbandonò il corpo del suo piccolo, e un gruppo di altre orche adulte si riunì per ore in cerchio intorno a loro, in una sorta di dimostrazione di solidarietà, un rituale di "sintonia d'affetto". L'orca continuò a sorreggere con il muso e portare con sé il corpo esanime per altri diciassette giorni, prima di decidersi a lasciarlo andare. Simili comportamenti di espressione di dolore e di lutto sono stati osservati anche presso i delfini, ma anche tra giraffe, elefanti, pinguini e perfino le anatre. Queste osservazioni sono rilevanti per quanto riguarda la specie umana e il rapporto degli uomini con la morte, e suggeriscono che il fatto di provare dolore per il lutto, sia individualmente che come collettività, risale nella storia della specie e delle specie. È difficile stabilire quando, nel corso dell'evoluzione, siano comparse forme di comportamenti rituali funebri, ma certamente risalgono alla notte dei tempi, a dimostrazione di un bisogno universale, radicato e profondo.

Il rito è presente in tutte le culture, non è esclusivo del sacro né del profano e, nelle sue varie manifestazioni, sancisce dalla nascita alla morte tutti i momenti cruciali della nostra esistenza. Il rito ci aiuta a crescere e, nel bene e nel male, ci impedisce di negare l'accaduto. Diventa più difficile tornare indietro dopo la celebrazione di un rito di passaggio, indifferentemente da ciò che con questo viene sancito, il passaggio da un'età ad un'altra, un matrimonio o un funerale. Tra le tante funzioni un rito ha infatti anche quella di stemperare la resistenza al cambiamento a favore di forze vitali e trasformative.

Il rito: funzioni preventive e funzioni terapeutiche

Dal punto di vista della prevenzione un rito funebre può avere per la psiche il ruolo che in psicoterapia hanno le regole del *setting*: l'ora non infinita di una seduta che si svolge in un dato luogo e condizioni, e che puntualmente termina, protegge e struttura l'Io del paziente (e dello psicoterapeuta) nel momento in cui irrompono contenuti dall'inconscio o forti emozioni che potrebbero sovrastare. Nello stesso modo i funerali, che come tutti i riti avvengono in un luogo e in un tempo ben determinati, offrono spazio ma nel contempo contenimento ai momenti acuti della commozione. Creano in un certo senso un cerchio magico, non così diverso simbolicamente da quello di balene e delfini che si radunano in mare stringendosi in una danza attorno al corpo del defunto e ai suoi più stretti congiunti, generando un'energia rassicurante e protettiva. Il cerchio magico impedisce l'irruzione dall'esterno e dall'interno di forze disorganizzanti e potenzialmente patogene.

Il termine "rito" deriva dal latino *ritus*, l'ordine stabilito, ma anche più anticamente dalla radice indo-europea "*ri*", che significa "scorrere", a intendere perciò uno scorrere ordinato di qualcosa come in "ritmo" e "rima" (scorrere della musica o della parola) (Walter Orrù, 2007). Secondo Claudio Widmann "universalmente, il rito organizza la stabilità", "il rito possiede una struttura archetipica e in quanto archetipo è categoria strutturante della vita" (Widmann, 2007).

Favorendo un senso di continuità ogni rito funebre rinsalda anche il senso di appartenenza alla comunità e la solidarietà che ne consegue, nonché la stabilità sociale. Consente inoltre di onorare la persona defunta attribuendole valore, e ciò è di conforto per chi questa persona l'ha amata. Il funerale è il momento dedicato al ricordo condiviso e alla ricostruzione dell'identità del deceduto alla quale tutti i partecipanti contribuiscono, ricordandone le caratteristiche di personalità, il legame che li univa e i momenti salienti della sua vita. A questo facilmente si accompagna una benefica e progettuale riflessione sul percorso individuativo che chi è vivo sta ancora compiendo. Ogni lutto significativo e la coscienza della morte mettono a contatto con il limite, costituendo una prova molto salutare per contrastare narcisistici sensi di onnipotenza e la sensazione che il tempo sia una risorsa illimitata. In questo senso la morte può diventare un'esperienza potenzialmente maturativa e creativa.

Affinché tutto questo avvenga bisogna però che i lutti possano essere elaborati. Bisogna che le persone che si trovano a dover affrontare questo difficile momento dell'esistenza siano riconosciute, accolte, accompagnate e comprese. Non vi è dubbio che i funerali o una qualche forma di rito aiutino in questo processo evitando che il dolore si trasformi in shock. Paradossalmente una maggior coscienza della morte corrisponde ad un incremento della forza vitale e generativa, e un rito che la celebri la trasforma in un processo che è essenziale per la vita. Terapeuticamente i riti funebri sortiscono una sorta di "pacificazione" fra l'uomo e la morte e hanno un potente effetto sulla resilienza.

Per questo la morte in solitudine, fuori dal "cerchio magico", rischia di lasciare tracce nel medio e nel lungo termine costituendo uno dei più importanti fattori di rischio di psicopatologia e di sofferenza psichica conseguenti al CoViD-19.

Antigone: la legge degli uomini e la legge degli dei

Come è noto nel corso del necessario *lockdown* conseguente alla pandemia di CoViD-19 è stata vietata ogni forma di assembramento comprendendo, per la prima volta nella storia della Repubblica Italiana, le veglie ai defunti, i rosari, le messe, i riti di commiato alle cremazioni (queste ultime in un numero così elevato da avere intasato tutti i forni crematori del nord del paese).

Tante persone non hanno più visto i loro cari dal giorno del loro ingresso in ospedale fino alla morte, e nemmeno dopo è stato consentito un ultimo saluto alle salme immediatamente chiuse in asettici sacchi di plastica. Un titolare di un ditta di Onoranze Funebri intervistato durante il programma *Report* in onda su Rai2 il 20 aprile 2020 dice: "La nostra è un'azienda che ha cento anni. Vive di ricordi dei nonni e dei bisnonni e una situazione del genere non è mai neanche stata raccontata. In questo momento ci troviamo a fare foto delle benedizioni e ad inviare video in diretta ai famigliari".

Una situazione drammatica che ricorda la tragedia greca di Antigone, condannata a morte per aver trasgredito il divieto del re Creonte di dare sepoltura al nemico ("Nessuno lo sotterri, nessuno lo compiangia, sia lasciato così..."). Opponendosi al sovrano, Antigone celebra un rito fu-

nebre e dà una sepoltura simbolica al corpo del fratello Polinice. Emone, promesso sposo di Antigone, dice di lei a Creonte: "...e tu la fai morire per l'azione più bella che una creatura possa fare al mondo!". La piccola e magra Antigone si erge a difesa del diritto al rito funebre, contro la legge ma come da volontà degli dei, a dimostrazione che il rito è un bisogno troppo profondamente radicato per essere cancellato.

Resilienza e creatività. I nuovi riti on-line: un cerchio magico virtuale

Ho conosciuto tante piccole Antigone in questo periodo, pazienti e amici che con le loro storie e le loro reazioni ai lutti che li hanno colpiti mi hanno conquistata e commossa.

Come tutti i momenti drammatici, anche la pandemia di CoViD-19 ha dato origine a risposte di sorprendente resilienza, tentativi creativi di adattamento a situazioni di crisi. La creatività delle persone rinchiuso in casa per tentare di contenere i contagi si è espressa in tutti i campi, dalle barzellette per sdrammatizzare la situazione con italica fantasia, all'arte in tutte le sue possibili manifestazioni: musica d'assieme suonata ognuno a casa propria e poi mixata e trasmessa sul web, visite guidate virtuali a musei commentate come mai avevo sentito dal vivo, pittura, scambi di sogni, di aforismi, canzoni o poesie famose o inedite, create ad hoc da menti feconde che la sospensione di tutte le attività non è riuscita a fermare.

Così anche di fronte al dolore più grande, la perdita di una o più persone care, tanti si sono ingegnati a sopperire come hanno potuto all'impossibilità di celebrare un funerale per nonni, genitori, coniugi, fratelli.

La prima piccola Antigone che ho incontrato è stata Angelica, giovane scrittrice di talento che ha perso il papà, uomo energico e di successo, che tanto amava i convivi. Angelica non si rassegna a negargli l'ultimo saluto, così crea il primo rito di commiato on-line al quale io abbia partecipato nella mia vita, bellissimo, commovente. Angelica crea un link e lo invia a tutti i partecipanti, parenti e amici, dando loro un appuntamento ben preciso: cliccate sul link alle 16.10 di tal giorno. In questo modo tutti insieme, in totale sincronicità di tempo e, virtualmente, anche di spazio, ci sintonizziamo nel pensiero rivolto a questo padre la cui identità viene

ricostruita con foto e dediche da parte delle persone più significative della sua vita. Il tutto accompagnato da meravigliosa musica e colori, come a ricreare le voci di un coro che canta vicino alle vetrate policrome di una chiesa. Angelica è riuscita a costruire un cerchio magico virtuale con il quale circondare suo padre in un abbraccio d'affetto.

Interpretando la necessità di salvaguardare la memoria dei tanti caduti sul campo dell'epidemia di CoViD-19 che ha colpito la popolazione come e più di una guerra (le vittime in USA sono più numerose di quelle della guerra in Vietnam), sono sorte anche iniziative editoriali in spazi virtuali per ricordare le vite spazzate via dal coronavirus. Queste iniziative raccolgono testimonianze di parenti e amici per fissare i ricordi che in questa emergenza non possono essere condivisi in cerimonie pubbliche. Uno spazio per dare nomi ai numeri in una sorta di lutto collettivo.

O ancora c'è chi, come Angelica, ha scritto singolarmente su *whatsapp* ad ogni amico del proprio caro scomparso ricordi o esperienze condivise. O chi affida ad un bambino una poesia da registrare su un audio, sempre su *whatsapp*, letta con infantile candore e serietà. Amici magari mai conosciuti direttamente, ma che grati rispondono "Grazie per avermi aiutato a piangere".

"Antigone" è anche una badante che alla morte del proprio assistito incide un gospel e, con voce che solo le persone di colore hanno la fortuna di avere, canta Halleluyah, per dividerlo con la famiglia.

Non sono forse questi, riti? Con la funzione di dare valore e di distinguere ciò che è importante da ciò che non lo è, di sancire un momento di passaggio dopo il quale il dopo è diverso dal prima, per tutti.

Anche questi piccoli "funerali on-line" sortiscono l'effetto di ricomposizione collettiva dell'identità del defunto che così, esattamente come nei funerali tradizionali, può lasciare il suo ultimo e prezioso regalo: rendere più vicini coloro che restano.

Il dopo CoViD-19: previsioni psicodiagnostiche

Purtroppo non tutti i lutti di questa pandemia hanno trovato una creativa e alternativa via d'espressione. Molti sono rimasti anonimi e muti. E molti saranno, probabilmente, quelli che vedremo nel tempo evolvere in modo patologico.

Il DSM-5, l'ultima edizione del manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali, inserisce il disturbo da lutto persistente e complicato tra le condizioni cliniche per le quali sono auspiccate ricerche future. È ragionevole supporre che il 2021, anno successivo alle centinaia di migliaia di morti per CoViD-19, sarà un momento tristemente perfetto per approfondire l'argomento.

Attualmente il disturbo da lutto persistente e prolungato viene distinto dal lutto normale per la presenza di reazioni che persistono oltre i 12 mesi (sei mesi nei bambini), ed è questo il motivo per il quale non possiamo diagnosticarli adesso, ma possiamo prepararci a farlo tra non molto. Tali reazioni consistono in una persistente e intensa nostalgia della persona deceduta associata a preoccupazione per le circostanze della morte, difficoltà nell'accettare la morte, difficoltà ad abbandonarsi a ricordi positivi che riguardano il deceduto ed eccessivo evitamento di ricordi della perdita (per esempio l'evitare persone, luoghi o situazioni associati al deceduto), valutazione negativa di sé e senso di colpa (aggravata nel caso specifico del CoViD-19 per chi sa di essere stato veicolo di contagio), amarezza o rabbia in relazione alla perdita, pensiero di non farcela senza il deceduto e difficoltà o riluttanza nel perseguire i propri interessi o nel fare progetti per il futuro. Talvolta la sintomatologia comprende difficoltà nel provare fiducia verso gli altri, un diminuito senso della propria identità, sentire che parte di sé stessi è morta insieme al deceduto e addirittura desiderio di morire per essere vicino a lui. In sintesi un lutto si considera patologico quando si blocca l'esito di risoluzione che conduce al tornare a vivere rispetto al morire (psicologicamente) a propria volta.

I meccanismi che stanno alla base del lutto complicato non sono ancora del tutto chiariti, ma molti studi hanno fino ad ora individuato le variabili in grado di favorire lo sviluppo di un quadro di lutto patologico, e tra queste ricorre la percezione di una solitudine sociale. Studi recenti sui fattori di rischio predisponenti ad un decorso in senso negativo del processo del lutto identificano alcune grandi aree attinenti alla struttura della personalità, ai meccanismi di difesa, agli stili di attaccamento, la qualità della relazione con la persona deceduta, la presenza di scarse prospettive riguardo al proprio futuro dopo la perdita, e l'isolamento.

Sono numerosissimi ormai gli studi che confermano l'esistenza di un evento particolare vissuto come traumatico all'origine di molte malattie. Il disturbo da lutto persistente e complicato è infatti associato anche a

un marcato aumento dei rischi per condizioni mediche quali disturbi cardiaci, ipertensione, abbassamento delle difese immunitarie o malattie autoimmuni e cancro. Le anamnesi e l'osservazione clinica confermano a loro volta quotidianamente queste concomitanze, rilevando alcuni fattori che in particolar modo possono caratterizzare gli eventi dolorosi rendendoli traumatici: il fatto che colgano senza nessuna preparazione, arrivino cioè all'improvviso, e il fatto che vengano vissuti in solitudine, senza possibilità di condivisione. Due condizioni che hanno colpito i superstiti del CoViD-19, costituendo la premessa per una "tempesta perfetta".

Per fortuna le complicazioni nei processi di elaborazione del lutto, come le depressioni, non si presentano dall'oggi al domani e questo dovrebbe dare alla comunità dei professionisti della salute un certo margine di tempo per lavorare su sostegno e prevenzione. Numerosi articoli della Chinese Psychology Society evidenziano nel loro paese alte percentuali di depressioni e disagi psichici post pandemici. Il dopo CoViD-19 dovrebbe prevedere un nuovo *welfare* psicologico per cercare di evitare che le patologie psichiche diventino la prossima epidemia.

L'abolizione dei riti celebrativi e funebri ha privato i superstiti di una prima fase fondamentale che avvia l'elaborazione del lutto, generando una serie di problemi psicologici particolari e nuovi. Alcuni pazienti riferiscono di sentirsi come sospesi, o smarriti. Altri ricorrono a termini come "congelato" o "pietrificato". Queste persone si trovano in una specie di spazio-tempo sospeso dal quale non è possibile tornare indietro, ma nemmeno andare avanti. Quando questa pandemia terminerà, forse una cerimonia di saluto collettivo per tutti coloro che ci siamo lasciati alle spalle consentirebbe di "riavviare", almeno in parte, il processo di elaborazione del lutto, e di assolvere ad una delle principali funzioni del rito: rafforzare la resilienza.¹

1 Al momento della stesura del presente lavoro un rito collettivo è stato celebrato nella città di Bergamo e trasmesso sui canali televisivi nazionali.

Bibliografia

- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, Fifth Edition (DSM-5)*. Washington DC: American Psychiatric Association. (Trad. It. *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali. Quinta edizione (DSM-5)*. Milano: Raffaello Cortina Editore, 2014).
- Anouilh, J. (1968). *Antigone*. Paris: La table ronde.
- Comba, E., & Amateis, M. (2019). *Le porte dell'anno: cerimonie stagionali e maschere animali*. Torino: Academia University Press.
- Lombardo, L. et al. (2014). Eventi di perdita e lutto complicato: verso una definizione di disturbo da sofferenza prolungata per il DSM-5. *Rivista di Psichiatria*, 49 (3), 106-114.
- Orrù, W. (2007). Aspetti rituali in psicoterapia bionomica. In C. Widmann (Ed.) *Il rito* (p. 208). Roma: Edizioni Magi.
- Pinkus, L. (2007). Quale ritualità di fronte al morire oggi. In C. Widmann (Ed.) *Il rito* (pp. 65-70). Roma: Edizioni Magi.
- Widmann, C. (2007a). *Il rito*. Roma: Edizioni Magi.
- Widmann, C. (2007b). Analisi del rito e rito dell'analisi. In C. Widmann (Ed.) *Il rito* (p. 19). Roma: Edizioni Magi.

Il mostro che non si vede e non si tocca: la psiche fra realtà e immaginazione

Luciano Peirone e Elena Gerardi

*[...] erano deserte di qualsiasi forma tangibile.
E così si seppe che quella era la Morte Rossa,
giunta come ladrona di notte.
[...] E le Tenebre e il Disfacimento e la Morte Rossa
tennero illimitato dominio sopra ogni cosa.*

Edgar Allan Poe

La potenza del Male, la potenza dell'Immaginazione

Vogliamo finire così, l'umanità deve finire così, con l'onnipotente malefica "pestilenza" che non si tocca? Oppure vogliamo prendere spunto da *La Mascherata della Morte Rossa*, prendere spunto dal genio dell'orrore letterario, traendone la stessa lugubre linfa immaginaria ma rovesciandola in positivo? Questo è il problema...

Premesse linguistiche (e necessariamente anche emozionali)

Ovviamente in queste pagine stiamo parlando non della fantasiosa (ma

non più di tanto!) costruzione narrativa resa da Poe, bensì della attuale devastante azione in campo sanitario, economico e sociale causata dalla esplosione pandemica (quindi in ambito mondiale) della malattia CoViD-19.

Prima di procedere allo specifico contenuto su “agente infettivo, malattia e realtà vs immaginazione”, bisogna cercare di chiarire alcune cose, relative al titolo del presente lavoro: cose che sono a volte fatti, altre volte idee, altre volte ancora spinte pulsionali gravide di significati (*meanings*) ed esperienze vissute (*Erlebnisse*); ad ogni modo presentando (in estrema sintesi) iniziali note di ordine concettuale e definitorio, che verranno poi ampliate nel dipanarsi del presente saggio.

Cos'è un “mostro”?

Dal punto di vista strettamente etimologico *mōnstrum* è qualcosa che appare *prodigiosamente* ed è talmente fuori dal comune da spingere la psiche verso l'Assoluto, per cui viene accostato agli dei. Basti pensare alla stranezza, per gli antichi, dei gemelli o della follia. Il mostro spicca – nel rapporto figura/sfondo – per il suo essere differente, rivelando così la propria *conformazione* anomala/anormale. In quanto spiccatamente diverso, il mostro costituisce una eccezione alla regola, peraltro priva di connotazioni negative, ben presenti invece nell'odierno linguaggio, il che testimonia con quanta profondità e da quanto tempo l'essere umano abbia colorato di paurose/ansiose/angoscienti emozioni questa parola.

Alla psiche di base di ogni essere umano *risulta incomprensibile, inquietante e intollerabile il fatto che lo Sconosciuto non divenga Conosciuto*: lui continua a celarsi e di lui si colgono solo i frustranti/terrorizzanti effetti, sotto forma di sintomi e sindromi. L'attuale nuovo coronavirus che imperversa è inconoscibile e quindi ingestibile (o poco gestibile).

La sua imago rimane vuota. Ciò fa paura e destabilizza. Niente di più facile che il “vuoto” venga riempito dal negativo, che già è presente nella psiche primordiale (quella che corrisponde al rettile pur sempre vivo nell'Homo Sapiens del Terzo millennio, nell'essere umano capace di grandiosi processi di astrazione logico-razionale).

Pertanto questo “mostro” è solo cattivo, è solo portatore di Male: e ciò, di conseguenza, inevitabilmente produce all'essere umano (oltre ai pesanti danni fisici) anche danni psichici più o meno gravi.

Ovviamente (fino a prova contraria!), il SARS-CoV-2, questo virus

“mostruoso”, non è dotato di una psiche, per cui obiettivamente non è malvagio, non è malefico. Resta però innegabile il fatto che una psiche, quella umana, talvolta lo giudica proprio come mosso da cattive intenzioni. Ovviamente, si tratta di processi proiettivi (a contenuto paranoide/paranoico), spesso volutamente esagerati e di cui si è pure consapevoli, per cui l’essere umano si sente minacciato, aggredito e infettato proprio come se – pur essendo un organismo vivente – il virus fosse simile alla soggettività/intelligenza umana e perseguisse volontariamente il Male.

Vediamo due esempi linguistici fortemente imbevuti di carica emozionale, dai quali traspare chiaramente la componente immaginativa.

Primo esempio. “Questo bastardo maledetto ci vuole tutti morti!”.

Il rabbioso insulto “bastardo” rimanda alle sconosciute origini del nemico: il senso è proprio “Da dove arriva e di chi è figlio?”. Il tutto con impliciti ma abbastanza comprensibili giudizi che cercano di “plasmare” questo misterioso “corpo infettante”.

Secondo esempio. “Questo mostro venuto dal nulla è stato addirittura capace di sconvolgere modi, tempi e ritmi della morte: sino all’assurdo di far morire da soli senza alcun conforto; sino all’assurdo di non poter vedere mai più i propri cari, nemmeno da morti, spariti e inghiottiti nel nulla, forse lo stesso nulla da cui questo delinquente è venuto!”.

Anche qui la “capacità” attribuita al virus risulta enormemente amplificata dalle poderose emozioni indotte dalle tragiche situazioni, per cui esiste il prepotente e fallace bisogno di “nominare, illustrare e personificare”.

Sono chiaramente falsi questi due vissuti; il secondo, inoltre, è generatore di un assurdo immane dolore nei superstiti. Però sono significativi della tendenza umana ad “animare”, a “soggettivizzare” la Natura... ad attribuire ad essa una qualche *volontà* e una qualche *forma*: il mostro “*deve*” (sic!) avere un nome, una rappresentazione visiva, così come l’astratto Male trova un senso nelle tante concrete *figurazioni* del Diavolo...

Cos’è la realtà?

E chi lo sa? La domanda è solo apparentemente grossolana e la risposta non deve sorprendere. La risposta è difficile, ma non impossibile. Questo è un problema di grande complessità filosofica e metodologica (ad es. la questione della “circolarità fra soggetto e oggetto”). Però, intenzionalmente, in queste pagine il problema viene ridotto alla semplice e

quotidiana psicologica sicurezza di “sapere qualcosa”: “Si vede e si tocca”, “Cade sotto i nostri cinque sensi”, “Sono certo che...”, e tanto basta. Una mescolanza di oggettivo e soggettivo che accontenta la psiche comune.

Cos'è l'immaginazione?

La risposta è possibile, e neppure tanto difficile (almeno come minimale definizione teorica, ma non sempre come attuazione pratica). Continuando a fornire definizioni stringenti, quasi essenziali, l'immaginazione è sostanzialmente il processo mediante il quale si forma l'immagine (della realtà?).

Semplificando in modo grossolano ma significativo: “Si vede e si tocca quel che c'è”; “Si immagina quel che non si vede e non si tocca” (o che non c'è o che si crede non ci sia...). Un bel gioco di specchi..., di idee esplicite o implicite, cosce o inconscie...

Proprio parlando di immaginazione (e relativa capacità nell'immaginare), va detto, per un doveroso chiarimento al lettore, che l'abbondante uso delle iniziali maiuscole nel presente testo fa parte integrante di cosa si intende per “immaginazione”: essa è per l'appunto il focus dove si incontrano varie prospettive sul “come” funziona la psiche: percezione e interpretazione, sensazione ed emozione, esperienza ed elaborazione, fantasia e conoscenza, vissuto e raffigurazione.

Cos'è la psiche?

È la parte immateriale dell'organismo, la parte funzionale che si affianca alla parte strutturale. È il software che fa vivere l'hardware costituito dal soma/corpo.

Va evidenziata l'importante distinzione, proprio ai fini del discorso sulla immaginazione, fra la componente cosiddetta “fredda” della psiche (cioè la mente) e la componente cosiddetta “calda” della psiche (cioè l'anima, meglio ancora l'Anima, proprio per esaltarne l'aspetto suggestivo-evocativo nonché simbolico).

Cos'è la psicologia immaginativa?

Ovviamente è la disciplina che si occupa di quanto sopra brevemente

illustrato, vale a dire le varie sfaccettature (sia di superficie sia di profondità) dell'oggetto di ricerca "immagine-immaginazione" nonché l'intreccio fra le componenti percettive, cognitive, intellettive, emozionali ed esperienziali di ciò che conduce a "figura-figurazione".

Psicovirologia, psicomicrobiologia, psicoinfettivologia...

Nuovissime e un po' curiose diciture, resesi necessarie – accanto alla già da tempo presente psiconeuroendocrinoimmunologia – dall'attuale prepotente irrompere di un virus targato con la sigla "SARS-CoV-2" (già di per sé inquietante, almeno all'occhio/orecchio del profano).

Presente? Assente? Sicuramente inquietante e destabilizzante!

"È interno a me?". "È nel corpo dell'altro, nei suoi *droplets*?". "È depositato sugli oggetti?". "È sospeso nell'aria?". "Dove si annida, dove si nasconde?". "È pronto a colpire?". "Sono contagiato?". "Sono contagioso?". "Sono sintomatico?". "Sono asintomatico?". "Sono paucisintomatico?". "Sono presintomatico?". "Sarò negativo oppure positivo al test [quale esso sia]?". "Adesso sono convalescente, ma sono anche portatore del virus e quindi contagioso?". "Ci saranno contagi di ritorno?". "Per quanto tempo dovremo convivere con il virus?". "Sono sano o sono malato?". "Potrò guarire?". "Diventerò immune?". "Si troverà un vaccino?". "Cosa devo fare?". "Cosa posso fare?".

Dieci, cento domande si affollano alla mente. Sia consce, sia implicite, sia inconscie. Disegnando scenari che ognuno di noi fa fatica a seguire. Dieci, cento domande e quindi dieci, cento immagini. Ne emerge un quadro, per l'appunto una *immagine*, di un essere umano confuso, sconcertato, incerto, sfiduciato, scoraggiato, sofferente o quanto meno a disagio. Con una sovraesposizione alle informazioni e una insufficiente capacità di comprensione delle stesse.

Il virus (qualunque virus, ma soprattutto *l'agente infettivo* denominato SARS-CoV-2) è, dal punto di vista della percezione umana, al tempo stesso *materiale e immateriale*. Materiale in quanto esso esiste oggettivamente (in sé), "immateriale" in quanto soggettivamente sfugge ai tradizionali

cinque organi di senso dell'essere umano, e quindi, nella quotidianità, di fatto esso non costituisce una realtà percepibile. Non è un "Altro-da-Sé". È un "non c'è / non esiste", che peraltro nemmeno si pone come tale. La sua quotidiana invisibilità e intangibilità ne fanno un qualcosa che neppure è pensabile/concepibile/immaginabile: manca addirittura l'espressione cognitivo-verbale "non c'è / non esiste".

La sua è una doppia assenza, pur in presenza della sua concreta presenza (questo non è un banale calembour tanto per divertirsi, è un serio problema di logica!).

Mancano l'Oggetto e il suo Nome, mancano la Cosa e il suo Nome, nonché il bisogno di Ricerca e Scoperta, e ancor più la possibilità dell'Intervento. Mancano la sensazione, la percezione, l'interpretazione, il concetto, la definizione, la descrizione, la spiegazione, la previsione, la prevenzione, la cura. Manca tutto.

Una terribile "assurdità"

Il virus è pertanto paradossale nella sua presenza/assenza, e nemmeno questa paradossalità viene immediatamente "alla luce": lo si può conoscere solo in seconda battuta: attraverso i suoi visibili e tangibili effetti clinici (i sintomi della *sindrome chiamata CoViD-19*), attraverso i rilievi diagnostico-strumentali. Solamente "dopo", con drammatico o tragico ritardo, il *pensiero* e ancor più l'*immaginazione* vengono costretti a subentrare ("Cosa accade? Cos'è questa cosa? Che forma ha?"), per poi finalmente stimolare la *percezione* (che non è mai immediata, ma sempre mediata: il che, ammettiamolo, dà fastidio e produce incertezza nel comune essere umano, il quale vede lesa la propria maestà nel Sapere... e nel Potere).

Ma l'essere umano *non sa* e *non può* nemmeno in casa propria! Sigmund Freud docet: l'inconscio è lì a testimoniare quanto poco padrone di sé sia il "proprietario" della psiche! E così il virus assomiglia terribilmente all'inconscio: entrambi stanno proprio "dentro" all'organismo!

Nella psiche ordinaria, povera di fantasia produttiva, il pensiero e l'immagine in merito al virus sono assurdi, cioè impossibili da tollerare e da mettere a fuoco (da cui negazione psichica). Ma ciò è falso, perché il virus esiste, anche se non lo si può o non lo si vuole ammettere. Ricordiamoci il significato della parola "assurdità": *dissonanza*, rispetto alla

ragione e alla logica. Da un lato il virus è assurdo perché sta fuori dalla ragione quotidiana e dalla logica quotidiana. Ma dall'altro lato il virus non è "assurdo" nel senso di impensabile e inimmaginabile: esso è ben reale, e quindi alla portata di una psiche attenta e preparata.

In effetti, a ben vedere, il SARS-CoV-2 è un "reale fantasma": reale perché esterno alla persona umana; fantasia perché interna alla persona umana; nonché reale oggetto fantasmatico inconscio perché viene oscuramente vissuto-esperito dalla psiche umana.

Quanti errori... anche psicologici

Questo virus (e non è l'unico ad averlo fatto!) ci ha colti impreparati.

Emergono ora prepotenti i molteplici difetti di metodo, di intervento, di ricerca, di organizzazione, difetti sfociati tutti in campo sanitario (e anche economico, e anche sociale: doppia/tripla gigantesca crisi!). Con tutta la Scienza e la Tecnica oggi a disposizione (a differenza dei poverissimi mezzi disponibili durante le epidemie di un millenario passato: la storiografia nosografica già sapeva, ma la si è ignorata!), si è riusciti a sbagliare su vari versanti, soprattutto quello decisionale.

Tuttavia, al di là delle mancanze riscontrabili in svariate discipline tecnico-scientifiche e nella gestione politico-organizzativa, osservando e commentando adesso dal versante psicologico non si può non sottolineare *l'enorme superficialità e lo scarsissimo uso di qualità squisitamente soggettive*: da cui l'errore previsionale, l'errore preventivo, l'errore nel non aver saputo (o voluto?) vedere in anticipo il muro contro il quale prima o poi si sarebbe potuto andare a sbattere.

Dolce illusione prima, amara disillusione poi...

Un grosso difetto nei confronti della "Realtà".

Senza voler offendere nessuno si può dire "Troppo ricchi e troppo stupidi"? La domanda è fortemente legittima, anche perché *la stupidità è un fatto psichico*... è qualcosa che fa parte del Soggetto Umano (e non del misterioso Oggetto Alieno)...

Errore conoscitivo, errore culturale, errore visivo, errore immaginativo, errore visualizzativo, errore previsionale-preventivo. Da cui l'inevitabile "piena emergenza"...

Purtroppo – per varie ragioni, anche molto concrete – in questa terri-

bile circostanza, per cui adesso siamo immersi/sommersi in una pesante emergenza (chissà quanto a lungo prolungata e quindi cronicità), *l'Homo Logicus*, *l'Homo Psychologicus* e *l'Homo Imaginalis* hanno mostrato di essere assai limitati nella attuale quotidianità...

Un bel rebus, un bel problema

Il virus, soprattutto quello in questione, costituisce – al di là degli aspetti microbiologici, virologici, infettivologici, immunologici, epidemiologici e clinici – un rebus psicologico di notevole portata: no percezione, no immaginazione. Ed è proprio su questa seconda caratteristica psicologica che va posta l'attenzione. Se la percezione umana non funziona (al di là delle sue potenti protesi strumentali: microscopio, tampone, analisi sierologica, RT-PCR, TC, fMR, PET etc.), non resterebbe che avvalersi – soprattutto in prospettiva previsionale e preventiva – della immaginazione, che però, in prima battuta è fallace, in quanto solitamente molto poco attivata.

“Perché mai dovrei mettermi a pensare e soprattutto immaginare, nonché faticare, se non ne avverto il bisogno?”. Questo ragionamento, peraltro esso stesso “immateriale” in quanto implicito ed inconscio, non fa una piega dal punto di vista logico (e anche esistenziale): però dà la misura della limitatezza della mente umana (e del cervello? talvolta anche l'hardware conta).

Ignoranza, supponenza, mancata ricerca della realtà (ecco l'enorme problema della sottovalutazione della ricerca scientifica!), mancata innovazione, mancata messa in discussione di ciò che è (l'oggetto) e di ciò che si è (il soggetto). In altre parole, un enorme “buco nero” nella capacità immaginativa dell'essere umano. Una enorme falla nella Psiche.

Nature vs Culture: una inutile e pericolosa contrapposizione

In fondo, si può dire che oggi, con l'avvento del virus pandemico, si sia ripresentata la tradizionale dicotomia “Natura o Cultura?”. Ovvero, quanto conta l'una e quanto conta l'altra nella vita quotidiana?

La Natura si sta prendendo la rivincita sulla Cultura? Il rozzo e naturale virus sta mettendo al tappeto l'acculturato Homo Sapiens?

Sicuramente si ha una superficiale, implicita ed inconscia sottovalutazione dei fatti naturali, come pure una superficiale, implicita ed inconscia sopravvalutazione del Fattore Umano nel determinare le sorti del Pianeta Terra, come se l'Essere Umano fosse l'unico "soggetto attivo", come se l'Elemento Naturale non fosse un fattore/attore ma fosse un infinitamente plasmabile "oggetto", da usare e sfruttare nelle sue infinite risorse.

Dal punto di vista psicologico si può giustamente parlare di insufficiente capacità immaginativa, determinata sì da interessi extra-psicologici ma, di fatto, anche da una "pigrizia" mentale nel riuscire ad immaginare qualcosa di diverso da ciò che esiste (o si creda che esista: illusione percettiva).

Infatti, per reazione, già da un bel po' di tempo si parla e si immagina e si agisce in termini di ecologia, di sviluppo sostenibile, di rispetto per l'ambiente naturale, di lotta all'inquinamento, di green economy, di produzione circolare etc.

Se l'essere umano non provvede a ricercare e a tentare di conoscere in maniera attiva e diretta, se non ci arriva la Cultura (pensiero + immaginazione: soprattutto *intuizione visualizzativa*), allora ci pensa la Natura, a volte "forzando" (il cattivo virus che brutalmente ti sveglia dal comodo sonno dell'ignoranza), altre volte donando una indulgente "Fortuna" (ovvero il caso favorevole): il presunto lampadario di Galileo, la mela di Newton, la muffa di Fleming e – ritornando all'umano dotato di un qualche software psicoculturale – in buona sostanza la *serendipity* (cioè il trovare senza cercare, oppure il cercare una cosa e trovarne un'altra, magari più importante o più efficace).

Ma sarebbe decisamente meglio essere più presenti, più protagonisti, "prendere il boccino in mano", essere più attivi, più immaginativi, più "soggetti" che "oggetti", insomma essere capaci di "*active imagination*".

Hawking, Contagion, Spillover, Obama, Gates: cinque esempi che testimoniano la necessità di avere (e temere) una "vision"

Avendo oggi il Mondo a che fare con un virus pressoché sconosciuto e pressoché ingestibile, è interessante e utile rifarsi ad alcune situazioni "pre-figurate", delle quali tenere debito conto, soprattutto in termini di

rischiosità, di “rap-presentazione” di un pericolo. In particolare elenchiamo qui di seguito alcuni esempi (si noti bene: fra i tanti realizzati!) di quella “*vision virologica*” che tanto affascina *l’immaginario collettivo*.

Primo esempio: l’ipotesi espressa da Stephen Hawking sulla possibile fine della specie umana, asserzione fatta nel 2001 durante l’intervista di Roger Highfield per *The Telegraph*. “Le colonie nello spazio possono essere solo una speranza” dice Hawking. E aggiunge che esiste la possibilità di avere un virus capace di generare una pandemia: “Sono più preoccupato per la biologia... il pericolo è che, per caso, creiamo un virus che ci distrugga”, intendendo la facilità che un virus sfugga al controllo di un laboratorio.

Secondo esempio: il film *Contagion* diretto da Steven Soderbergh. Uscito nel 2011, risulta straordinariamente verosimile con l’attualità di CoViD-19, anche perché si avvale della consulenza (profetica?) del virologo Ian Lipkin della Columbia University.

Terzo esempio: il libro di David Quammen *Spillover* pubblicato nel 2012. Oltre al testo, decisamente verosimile perché parla di virus già presenti che possono fare un salto di specie (dagli animali agli esseri umani), va notato che il sottotitolo originale dice esattamente “la prossima pandemia umana”, andando a sottolineare proprio un approccio divulgativo-letterario del tipo “visione/profezia”, magari imprecisa, ma pur sempre visione/profezia con solide basi scientifico-divulgative e di reportage in giro per il mondo.

Quarto esempio: la previsione di potenzialità e probabilità virale espressa da Barack Hussein Obama, nell’ambito di un intervento al NIH (National Institutes of Health) nel dicembre 2014.

Quinto esempio: la previsione virale di Bill Gates, nel corso di un TED Talk del 2015. Il tema, poi ripreso e ampliato il 27 aprile 2018 alla Massachusetts Medical Society di Boston, ipotizza, per le successive decadi, dieci milioni di morti a causa di un virus fortemente contagioso: in un mondo non preparato alle nuove pandemie, esiste più rischio in un agente patogeno microbiologico che nei missili a testata nucleare...

Teniamo bene a mente le date e gli eventi. Abbiamo cinque visions formulate prima dell’arrivo della attuale pandemia: 2001 (l’immaginazione di Hawking); 2011 (il film *Contagion*); 2012 (il libro *Spillover*); 2014 (l’immaginazione di Obama); 2015 (l’immaginazione di Gates).

Alle fine del 2019 queste cinque “possibilità” diventano una “realtà”: quella di SARS-CoV-2 e CoViD-19. Inquietante, a dir poco...

Vediamo ora in particolare e in sintesi i punti salienti del discorso di Obama.

Prendendo spunto dal virus H1N1 (influenza cosiddetta “suina”) e dal virus Ebola, Obama afferma che “esiste la necessità di prevenire futuri focolai prima che diventino epidemie”. “Potrebbe arrivare e verosimilmente arriverà un momento in cui si diffonderà una malattia che si trasmetterà per via aerea e che sia mortale. Per consentirci di affrontarla in modo efficace, dobbiamo creare un’infrastruttura globale...”.

Molto chiaramente viene detto che occorre prepararsi (per l’appunto *pre-pararsi*, cioè *pararsi/proteggersi in anticipo*) costruendo una infrastruttura globale (cioè non solo locale negli USA bensì mondiale), una infrastruttura di sanità pubblica di tipo inter-nazionale che permetta di *vedere e isolare* la malattia e *risponderle* (tre fasi! tutte da attuarsi *rapidamente*). Su queste quattro parole in corsivo Obama è chiarissimo.

Inoltre, citando il nuovo possibile ceppo di influenza, pericolosa come l’Influenza Spagnola, Obama precisa che si ha la necessità di prepararsi ad un evento *nell’arco di cinque/dieci anni*. Occorre realizzare un investimento intelligente, che non è solo una “assicurazione”, perché nel tempo si continuerà ad avere problemi come questo, particolarmente in un mondo globalizzato dove ci si può spostare da un capo all’altro in poche ore, con i virus che viaggiano insieme con noi, organismi umani che ne siamo sia contenitori sia vettori...

Epidemia, pandemia, messa in crisi del senso di sicurezza... tutto in relazione alla “Vis Imaginalis”

Nel tardo autunno 2019 dalla “lontana” Cina (si noti la curiosa espressione, ma nell’immaginario collettivo di tanta gente è ancora così, come se non fossimo nel XXI secolo!) comincia a diffondersi nel Mondo un “Alieno Virale”. Dapprima focolaio, poi endemia, poi epidemia, e più avanti pandemia.

All’inizio, stupisce l’Occidente soprattutto un fatto, interpretato con miopia quasi solo politicamente e non anche dal punto di vista sanitario: la punizione nei confronti del vituperato Li Wenliang, medico di 34 anni

operante in uno degli ospedali di Wuhan (epicentro della crisi sanitaria), in seguito riabilitato e celebrato come “eroe” per aver precocemente segnalato anomalie polmonari gravi di natura e cause ignote. Ma questa vicenda è “passata” nei mass media occidentali in modo assai riduttivo, quale semplice informazione quasi come tutte le altre... e non quale avvertimento di rischio! Insomma, è avvenuta una marcata sottovalutazione immaginativa.

È proprio quest’ultima a stupire l’osservatore attento, capace invece di **“immaginare l’inimmaginabile”**.

Dopo le prime titubanze delle autorità cinesi, il resto del Mondo assiste a scene vissute come “inimmaginabili”: persone tirate fuori a forza dall’interno delle loro abitazioni, isolamento fisico, città vuota e spettrale, tutto fermo, tutto immobile nella sfera pubblica, il “blocco”, la quarantena, il lockdown, le strane inquietanti bardature del personale sanitario, un ospedale costruito ad hoc in una settimana e così via.

Tutti segnali e messaggi talmente inconsueti che avrebbero dovuto stimolare l’attenzione, invece vengono ampiamente sottovalutati. Si hanno immagini solo “tele-visive” e giornalistiche, ma menti vuote: ***l’immaginazione anestetizzata***.

Poiché tutti (e in tutto il Mondo) avevano sotto gli occhi la realtà, ci si sarebbe dovuta attendere una elementare attività psicologica. E invece no. Tutti “dis-tratti”. Il trend è stato: *scarsa attenzione, scarsa concentrazione, scarsa azione*.

Il fatto è che ***la realtà oggettiva, per essere colta, ha bisogno di un soggetto attivo***. La sana paura dell’uomo primitivo avrebbe saputo cogliere al volo il minaccioso segnale.

Si sarebbero dovute attivare – da parte di tutti: gente comune ma anche esperti – tre fasi, obiettivamente veloci e in automatico:

- immaginazione,
- visualizzazione,
- visione.

Invece è accaduto l’esatto contrario: ***non immaginare, non visualizzare, non vedere***. La corretta sequenza sarebbe stata chiara, semplice, lineare, ma è partita con ritardo.

Non può non colpire la rara attenzione (soprattutto nel grosso pub-

blico) al focus del problema: “Cosa diavolo è questo strano e imperscrutabile mostro che non si lascia né vedere né toccare?”. Non sarebbe stato difficile. Ma è proprio questo il punto: ben al di là dell’ignoranza di base, ha imperato una scarsissima *Vis Imaginalis*.

Ma il resto del Mondo sbaglia a ritenere quelle scene “lontane” (!... sono poche ore di volo aereo) e non degne di attenzione immaginativa. Non degne di svegliare le “coscienze” (sia la consapevolezza, sia l’etica).

Nell’era della globalizzazione *spazio e tempo* non sono più quelli tradizionali. Ma ben pochi se ne accorgono, *prevalendo una psiche spenta, una immaginazione azzerata*. E da qui la catastrofe.

Finalmente e con evidente ritardo, dopo lo shock e il trauma collettivi, dopo l’incertezza e il disorientamento, sia pur lentamente e dopo tanti morti e tanta fatica nel curare, dopo tanta paura e tanta insicurezza, in quasi tutto il Pianeta riprende vigore l’attenzione (almeno un po’...). Per mettere in moto la psiche umana ci voleva tutto questo?

Troppi sono i fattori distraenti nella Civiltà Occidentale Avanzata. E *troppo limitato è l’utilizzo delle facoltà psichiche*.

Rinasce ora, con gran fatica, almeno un po’, quella “*Vis Imaginalis*” di cui tutti avrebbero un gran bisogno per anticipare le Malattie, per tutelare la Salute, per garantire una giusta qualità della Vita.

Immaginare e visualizzare per cogliere, finalmente, la realtà

Dopo un po’ di tempo, con la tragedia dilagante senza confini (infatti il virus non sa cosa sono e li scavalca facilmente...), sfrugugiando nel recente passato dell’Occidente ecco saltar fuori alcuni “documenti”. Valutando con anche solo un po’ di attenzione, si rileva che sono cinque esempi di psicologia immaginativa (fra l’altro esempi forniti tutti da non-psicologi!).

Al di là delle considerazioni extrascientifiche (a sfondo economico e geo-politico) e al di là di sin troppo facili polemiche, al di là della stessa etica, ciò che, per ora, nelle pagine del nostro saggio interessa è il molteplice messaggio che ruota attorno allo stesso nucleo, come pure e soprattutto l’importanza di possedere/riportare una “*vision*” (che non è solo una espressione tipica dell’ambiente della pubblicità e del marketing).

Che cos’è, in ultima analisi, una “*vision/visione*”? È sicuramente un

elemento mentale-cognitivo con rilevante componente emotiva mediante il quale si “raffigura” qualcosa, si “con-figura” qualcosa, si danno a qualcosa contorni, disegni e colori: per l'appunto si ha una *immagine*, e con essa una rappresentazione (anche anticipatoria) dove il freddo pensiero tende a fondersi con la calda emozione, dove la ragione tende ad incontrare la passione.

Fornendo una distinzione importante per la psicologia immaginativa, si possono qui definire due concetti.

La *visione* è sostanzialmente il contenuto, il quadro-immagine complessivo di un fenomeno o situazione: cioè il prodotto della visualizzazione. La *visualizzazione* è sostanzialmente l'azione, il formare l'immagine mentale: cioè la produzione della visione.

La **Visualizzazione**, a sua volta, è un “fattore/processo di produzione” di una immagine nella versione “*Imago*” (quindi scaturente dall'inconscio), qualcosa che è più forte della semplice percezione/interpretazione, con una carica psichica non banale, con una energia simbolico-evocativa, per cui si parla di Forza e di Potere: **Vis Imaginalis**.

Allo scopo di “avvicinarsi” *con forza e potere* alla realtà (quella esistente o quella possibile), occorre non solo “percepire o interpretare secondo il modello quotidiano”, occorre soprattutto *Visualizzare*, meglio se in stato di rilassamento, con immersione in stati e strati psichici differenti da quelli quotidiani, questi ultimi solitamente basati sulla “massima e vigile attenzione”. Si tratta di intuire e progettare, sia pure in fase iniziale a mo' di brainstorming oppure di calma interiore profonda, con immagini che possono dapprima essere rutilanti e confuse ma poi produttive, oppure con immagini già chiare in quanto “ferme/calme” e quindi già in grado di essere operative.

Pre-visione? Pro-fezia?

Alla luce di queste precisazioni di metodo, analizziamo in particolare la straordinaria dichiarazione di Obama. Profezia formulata “alla cieca”? Non lo sappiamo. Previsione a partire da reali dati su laboratori e investimenti economici? Può essere. Nel nostro contesto – incentrato sulla ricerca scientifica in psicologia – non importa se la formulazione sia artefatta, se sia già costruita. Non facciamo dietrologia, atteniamoci al testo.

In questa sede limitiamoci alla *semantica* e alla *psicologia* del testo.

Da un lato importa che il contenuto sia qualcosa che è stato detto cinque anni prima (dicembre 2014) e che ora (a partire dal dicembre 2019) sia straordinariamente vero. Dall'altro lato, e qui siamo *nel cuore psico-immaginario*, importa che il contenuto sia un vero e proprio “quadro”, un quadro sicuramente descrittivo, forse anche pre-dittivo.

In ogni caso, si tratta di una pre-monizione (un pre-avvertimento), oltretutto del tipo “conoscenza precisa”, il che rimanda a una prospettiva sia di *fatti* sia di *intuizioni*. Ciò che colpisce è l'aspetto psicologico, è *l'impianto immaginativo*, per il quale lo scenario viene “disegnato” con dovizia di dettagli, il che necessariamente implica – al di là della consapevole/inconsapevole volontà dello speaker – la presenza di una “imago” di cui la psiche è comunque capace.

Perché lo *statement* di Obama colpisce così tanto? Per due ragioni. Perché è ricco di contenuti e (forse?) stranamente collegabile a possibili finanziamenti economici (USA?) in qualche modo riconducibili al luogo di origine (e artificiale produzione?) della Pandemia (il “misterioso” laboratorio di Wuhan e la stessa città di Wuhan). Da ciò si possono immaginare tanti possibili indizi, quasi prove, teorie complottiste etc.: un guazzabuglio “politico-economico”.

Ma a noi scriventi, per ora e nel nostro contesto di studio, ciò non interessa; in quanto psicologi ci focalizziamo invece sul secondo motivo: analizzare la componente comunicativa, in particolare nel suo *taglio cognitivo-evocativo*, anche perché il tutto risulta (proprio in quanto si ha un *ex post* confermando un *ex ante*!) inequivocabilmente *inquietante e destabilizzante* per l'equilibrio psichico di chi riceve il messaggio.

L'asserzione colpisce anche perché possiede caratteristiche psicologicamente impattanti in fatto di *produzione immaginaria e immaginifica*, con *una marcata struttura narrativo-prophetica*, oltretutto raccontata dal “Presidente” per eccellenza, dall'Uomo più Potente della Terra. Ma non importa se vera o falsa, essa è emozionalmente credibile, anche perché tocca le corde più profonde della sensibilità umana, quelle della *“sicurezza vitale”*. È una questione di *pragmatica immaginativa*: pur nella abbastanza fredda veste istituzionale in cui si è svolto, questo “discorso” costituisce un vero e proprio “racconto horror”, con tanto di *“Imago Mortis”* in primissimo piano sulla scena.

Inoltre, il tema della “immaginazione profetica” regge ampiamente,

almeno nelle menti e nelle culture delle persone più semplici. Se la vision/imago di Hawking è generica, la vision/imago delle altre quattro “situazioni” è notevolmente specifica, soprattutto quella di Obama (anche perché formulata da un politico e non da scienziati, romanzieri, registi). La prima è accennata (intuizione di sintesi), le altre sono articolate e dettagliate (intuizione + costruzione + analisi). E oggi (dopo un tempo di latenza, tipico di ogni *visione profetica*) tutte – forse per caso, ma non importa: nell’inconscio “tutto è relazionato con tutto” – si sono dimostrate vere (!): è arrivato il ben identificato virus SARS-CoV-2 con relativa malattia CoViD-19 che potrebbero distruggere l’intera umanità.

In ogni caso tutte le “teorie” sono espresse mediante processi linguistici che svelano i sottostanti processi psichici della “*fantasia*”, della “*immaginazione*” e della “*visualizzazione*”.

Quale uso fare della immaginazione? In generale e in una situazione pandemica?

Da quanto descritto e analizzato nelle pagine precedenti emerge che si sono accumulati almeno tre importanti errori (di tipo immaginativo, cognitivo e logico):

- *mancata elaborazione* delle cinque importanti visions;
- *lenta percezione-comprensione* dei fatti esplosi a Wuhan e nella regione dell’Hubei;
- *mancato/tardivo collegamento* fra le precedenti visions e l’attuale problema (oltre tutto riduttivamente considerato quale “epidemia cinese” ma in effetti pandemia mondiale).

Va inoltre sottolineato il fatto che le cinque visions (da noi scelte fra le numerose altre esistenti nella struttura cognitiva e culturale dell’essere umano post-moderno) sono “pubbliche”, per un bel po’ di tempo poste sotto gli occhi di tutti in una civiltà dove informazioni e immagini sembrerebbero dominanti... Parfrasando Gabriel García Márquez, sarebbe proprio il caso di dire “cronaca di una pandemia annunciata... ma ignorata”.

Si sarebbe potuto e dovuto agire per tempo. E invece... le visioni e

le situazioni reali sono state vissute con distacco, come intrattenimento-spettacolo, secondo la debole prassi psicologica per cui le informazioni vengono esperite in modo “*vicario/passivo/sterile/inutile*” e non in modo “*esemplare/attivo/fecondo/utile*”: ci si limita a “guardare” (senza vedere!) e non si passa al “fare”.

Quanto in precedenza descritto e commentato appartiene all’ottica della negatività, in una luce pessimistica e catastrofale, che però non è l’unica versione del potere umano nell’immaginare le cose della vita... E allora abbiamo qualche speranza... Con la psicologia della salute (Matarazzo, 1980; Bertini, 2012), con la psicologia positiva (Seligman e Csikszentmihalyi, 2000; Delle Fave, 2007; Seligman, 2011), e ancor più nel particolare con la versione rassicurante e incoraggiante della ***imagerie mentale*** o ***mental imagery***.

Le visions letterario-cinematografiche della Morte Rossa, di Frankenstein, del Dr. Stranamore, degli Zombies et similia sono verosimili, qualche volta vere. Esprimono le paure, le angosce, il terrore di qualcosa che “sfugge di mano”... Ma, a ben vedere, a ben ragionare, questa è la psiche di tutti, la psiche del comune essere umano, gravida di inquietudine e insicurezza “immaginate”, la quale psiche richiede, esige altrettanta “potenza immaginativa” per fronteggiare, tamponare, prevenire, azzerare il Male.

L’immaginazione buona contro l’immaginazione cattiva... L’Imago Mortis contrastata dall’Imago Vitae.

“Focalizzare” il virus e curare / prendersi cura

Nulla si sa, tutto s’immagina.

Federico Fellini

Al fine di *vedere* bene (e per tempo) occorre saper *visualizzare*. Occorre affinare le doti immaginative della psiche anche per curare (cioè fare terapia) e per prendersi cura (cioè agire in modo responsabile ed efficace).

Sempre e comunque, ma a maggior ragione in caso di virulenza pandemica, sarebbe il caso di disporre di strumenti immaginativi atti a contrastare (beninteso, nei limiti del possibile) la devastante realtà. Gli stru-

menti già esistono, perché fanno parte della *psychological tool box*, però bisogna calarli nella quotidianità: il problema è enorme dal punto di vista organizzativo, ma è scientificamente e tecnicamente fondato.

Cosa sappiamo oggi del virus SARS-CoV-2? Quasi nulla. Cosa sappiamo oggi delle terapie utili per curare la persona affetta da CoViD-19? Molto poco.

E allora? Quando la conoscenza fa difetto, occorre una buona (e misurata) dose di produttiva fantasia, di geniale e creativa immaginazione, un pizzico di felliniana follia... Sempre, beninteso, con la consapevolezza che questa è solo la scintilla iniziale, la quale richiede, in seguito, un lungo e duro lavoro per concretizzare le soluzioni. Ma senza questa scintilla, senza questo iniziale lumicino, si rischia fortemente di non vedere: neppure le cose che, sotto i nostri occhi, sarebbero già evidenti.

Il processo curativo, come pure il processo preventivo, è quindi fondato sull'immaginazione. È l'immaginazione che cura, che porta alla guarigione. È l'immaginazione che, meglio ancora!, porta alla prevenzione (sia in direzione del malessere/benessere dell'organismo individuale sia in direzione dell'organizzazione del Sistema Sanitario).

Il “parco” delle tecniche immaginative

Limitandoci ad una sintetica esposizione e citando alcuni importanti lavori, si va dai processi suggestivi autocoscienti (Coué, 1926) all'ipnosi (Erickson e Rossi, 1982), all'autoipnosi “interna” sotto forma di training autogeno (Schultz, 1932-1966; Luthe e Schultz, 1969-1970; Wallnöfer, 1972; Gerardi, 1990; Peirone e Gerardi, 2016; de Rivera, 2017), al rilassamento (Jacobson, 1938; Durand de Bousingen, 1961; Benson, 1975; Sapir, Reverchon et al., 1979), all'intuizione (Goldstein, 1983), ai nuovi tipi di consapevolezza (Suzuki, 1958; Tart, 1975; Anagarika Govinda, 1976; Pope e Singer, 1979; Searle, 1997), sino allo specifico riguardante immagine, immaginazione, approccio visionario e visualizzazione (Schilder, 1935-1950; Desoille, 1961; Frétygny e Virel, 1968; Lazarus, 1977; Caldironi e Widmann, 1980; Kosslyn, 1980 e 1983; Cornoldi, Logie et al., 1986; Balzarini e Salardi, 1987; Zahourek, 1988; Benedan e Antonietti, 1997; Di Nuovo, 1999; Seligman, 2011; Widmann, 2015), con ulteriore sottolineatura per il particolare “peso analitico” posseduto dalla

“immaginazione attiva” di matrice junghiana (Jung, 1936; Di Lorenzo, 1970; von Franz, 1978; Chodorow, 1997; Adoriso, 2013).

Questi (ed altri) contributi – quale più quale meno – mettono in evidenza la necessità di un addestramento visualizzativo che in definitiva “nasce da dentro”, al fine di creare *sensibilità prima e visions dopo*. Auto-genicità e insight devono condurre a innovazione, ad una ricerca dove la creatività non si limiti alla sfera “artistico-ludica”, ma sappia estrinsecarsi anche in campo scientifico-tecnico (come già accade, ma non è mai abbastanza) e pure nella vita quotidiana (purtroppo con scarsa frequenza). Anche perché si tratta di “saper opporre resistenza al Male”...

Nel “cuore pulsante” della abilità-capacità immaginativa

Fortis imaginatio generat casum.

Michel de Montaigne

La geniale brevissima affermazione di Montaigne evidenzia quanto potente possa essere l’immaginazione nel produrre eventi. Ovviamente, questa qualità psichica non necessariamente funziona nell’immediato, né funziona sempre: però costituisce una potenzialità che, il più delle volte con opportuni passaggi, può raggiungere lo scopo. Con la robusta iniezione di una psicologia pratica, questa qualità è in grado di funzionare. Teoricamente in ogni essere umano.

In particolare, l’immaginazione attiva, pur essendo una facoltà psichica, è una *immaginazione pragmatica*, con caratteristiche non astrattamente teoriche bensì pratiche: è una “azione psichica” creatrice di potenti e opportunamente indirizzati “*sogni ad occhi aperti*”, non sterili fantastiche-rie bensì *operative fantasie*.

Cercando di sintetizzare gli elementi comuni nel parco complessivo delle variegate “psicologie immaginative”, si potrebbe dire quanto segue. Dal punto di vista tecnico, il “caldo motore” dei vari metodi finalizzati alla creazione di adeguate *visions* funziona essenzialmente attraverso la costruzione e l’attivazione delle seguenti skills:

- rilassamento fisico e psichico

- vuoto mentale (cancellazione delle scorie immaginative, e quindi “immaginazione zero”)
- concentrazione e “messa a fuoco”
- immaginazione positiva crescente (sino a “riempimento mentale” o “pienezza immaginativa”)
- *immaginazione “attiva”*, capace di “sentire” e di “fare”
- una quota minoritaria di *immaginazione “fredda”* (“di testa”) composta da pensiero e ragione
- una quota maggioritaria di *immaginazione “calda”* (“di pancia”) composta da:
 - “fantasia” (quella *produttiva*)
 - “configurazione” (di tipo *profondo*)
 - efficace “*insight*”
 - elevata carica simbolica
 - “visualizzazione meditativa” (quella *che centra il bersaglio*)
 - “suggestione auto-ipnotica” (quella *endogena e cosciente, potente e salutare*)
 - “*monoideismo plastico-suggestivo*”
 - “*creatività*” (quella autentica, libera dai quotidiani condizionamenti impliciti e subliminali).

Strategia e limiti

Troppo bello? Troppo agevole? Utopistico? C'è purtroppo da rilevare che esiste lo iato, il *gap*, fra scienza-tecnica da un lato e vita quotidiana dall'altro, con abissi di non-conoscenza e decisioni irrazionali da parte del cosiddetto “popolo”. L'opinione pubblica è, ahinoi, sempre più lontana da una reale fruizione di ciò che il progresso le metterebbe a disposizione...

Questo è un grosso (insormontabile?) problema educativo e socio-politico di una civiltà sempre più avanzata (in senso assoluto) e sempre più arretrata (in senso relativo).

Quanto presentato in precedenza risulta molto difficile per il profano... Molto lungo è il percorso per il profano... Molto ritardo è da colmare per il profano...

Ma la scienza e la tecnica esistono. Gli strumenti esistono... e funzionano, ovviamente sempre con la buona preparazione del tecnico e con

l'indispensabile elevato grado di collaborazione da parte dell'utente. Bisognerebbe colmare, o quanto meno accorciare, il distacco fra ciò che si potrebbe fare e ciò che effettivamente si fa. Il che risalta drammaticamente, anzi tragicamente, quando tutti sono travolti da problemi ben più grandi di loro, come quello di una pandemia.

Parliamoci chiaro. Senza fantasie sbrigiate e “sogni” galoppanti. Nulla di geniale o strampalato può fermare un agente infettante, e neppure le sue conseguenze di ordine economico-sociale. Si può fare qualcosa di efficace nel macroscopico (prevenzione, quindi *ex ante*, con adeguate “visions” più o meno previsionali). Si può fare qualcosa nel microscopico (trattamento *ex post* e intervento *ex ante*, con adeguate visioni/visualizzazioni).

L'implementazione degli strumenti operativi in precedenza illustrati è sempre teoricamente possibile. Sta però all'operatore valutare, di volta in volta, caso per caso, situazione per situazione, quale azione attivare, cercando di sbagliare il meno possibile. In situazioni estreme, quali sono quelle dell'emergenza, è praticamente certo il commettere errori: le cose più importanti sono l'esserne consapevoli, come pure il saper tollerare di averli commessi soprattutto quando si lavora “in vivo”. Quest'ultima operazione non vuol dire cinismo, bensì *fredda capacità di analisi critica*, il che comporta una efficace elaborazione intrapsichica, frutto a sua volta di una forte integrazione fra autentiche *attitudini personali-caratteriali* e rigorosi *percorsi formativi*.

In estrema sintesi, si dovrebbe poter intuire le potenzialità del variegato parco di skills a disposizione, come pure il “modo di funzionamento” delle immagini opportunamente visualizzate, e quindi del loro rapporto con le svariate realtà: sempre tenendo ben presenti sia la doverosa prudenza sia gli evidenti limiti applicativi imposti dall'imprevisto e gigantesco problema della pandemia in corso.

Capacità immaginativa e capacità di resilienza

Ritornando quindi all'attuale “big problem”...

Secondo il *punto di vista macroscopico*, ovvero quello delle “buone pratiche sociali”, si tratta di visualizzare e prevedere il virus e la pandemia (o qualsivoglia altro pericolo) nell'ambito di politiche decisionali attente ai bisogni delle varie comunità. Ad es., il saper inquadrare correttamente quale

vision sia ottimale in ogni specifico contesto situazionale del settore “sanità pubblica”: se il “modello ospedalocentrico” oppure il “modello territoriale”.

Secondo il *punto di vista microscopico*, ovvero quello delle “buone pratiche individuali”, si tratta di visualizzare, costruire e agire le risposte psichiche “ad personam”, per reazioni individuali fatte di resilienza, terapia, riabilitazione. Ad es., l’affrontare delicate questioni di salute sia fisica sia psichica come la gestione dei malati gravi / non gravi e dei familiari contagiabili / contagiati.

Senza “*schemi mentali attivamente immaginativi*” si fa ben poca strada.

La psiche ha bisogno di essere attiva, veramente attiva, cosa che solitamente non si riscontra. La psiche, nella quotidianità, viene sottoutilizzata, cosa che in maggior misura accade per l’immaginazione. Se non c’è “spessore”, se non c’è profondità, se non c’è partecipazione, non si va lontano. Non si vedono né gli scenari pandemici né le proprie personali risorse.

Una immaginazione veramente attiva è quella dotata di una forte carica di “*sentimenti*”, è quella che permette all’essere umano di “vivere”, nel senso più pieno della parola. Resistere, possedere resilienza e sopravvivere, per poter vivere.

La Vita (la vera vita) si basa sia sulla *calma interiore profonda* sia sulla giusta dose di un sano e realistico “*entusiasmo*”. Una poderosa e coraggiosa spinta per una intensa capacità immaginativa: questo serve per mettere a fuoco il mostro che non si mostra, il nemico che non si vede e non si tocca.

Per una psiche che immagina e conosce

In conclusione, qual è il senso degli argomenti che sono stati affrontati in questo saggio? Il senso è quello di aver cercato di mostrare, soprattutto purtroppo in negativo, quanto sia importante la capacità immaginativa, quanti e quali errori si siano commessi in termini di *immaginario collettivo*, sostanzialmente più o meno cosciente, più o meno inconsapevole nel non riuscire a prevedere o comunque a tamponare per tempo il problema di un virus nuovo, di una malattia nuova, di un problema che alla fin fine si è rivelato addirittura globale, mondiale, pandemico.

In un contesto tanto complesso quale può essere l’utilità operativa della psicologia e, in particolare, della psicologia immaginativa? Semplifi-

cando al massimo si può azzardare la seguente sintesi.

In fase di emergenza: bassa efficacia. In fase di cronicità: media efficacia. In fase di prevenzione: alta efficacia.

Nella situazione determinata dal nuovo coronavirus (pesantissima emergenza) la psicologia a volte riesce a dare poco, ma quel poco è già qualcosa. Altre volte (ad es. nel supporto agli operatori sanitari e ai familiari dei malati o deceduti) l'intervento è maggiormente fattibile e i risultati sono soddisfacenti.

Conoscere e agire. Conoscere *per* agire. Questa è l'essenza, il cuore della psicologia, una scienza al servizio dell'essere umano. Diventare consapevoli, attraverso la ricerca e la prassi. *Conoscenza e consapevolezza*, raggiunte (perché no?) anche ricorrendo al potente strumento intrapsichico chiamato "immaginazione attiva".

Ripartiamo, in chiusura, dal titolo di questo saggio. Chi è il mostro che non si vede e non si tocca? Ovviamente: il nuovo coronavirus, talmente nuovo da risultare (almeno per ora) al di là della umana capacità conoscitiva. E cos'è la psiche posta in bilico fra realtà e immaginazione? È quella umana, con tutti i suoi limiti di soggetto che non riesce a cogliere appieno l'oggetto. Però, qualcosa si potrebbe muovere, in una mente e in un'anima che dessero segni di vita.

La capacità immaginativa, normalmente sottovalutata nella vita quotidiana, è ciò che invece permette la *focalizzazione* di vari problemi e la *formulazione* delle eventuali soluzioni. Ovviamente il problema specifico affrontato, cioè il nuovo coronavirus, richiede delle qualità tecniche, pratiche, mediche, biologiche, farmacologiche, manageriali etc. di enorme difficoltà. Però la psicologia può dare il proprio contributo, collaterale se vogliamo, ma in ogni caso importante perché, se agito per tempo, questo contributo può funzionare efficacemente quale strumento di prevenzione anche nei confronti di cose non chiare, di realtà sconosciute, di un virus sconosciuto, di una malattia sconosciuta.

Bibliografia

- Adorasio, A. (2013). L'immaginazione attiva: origini ed evoluzione. *Quaderni di Cultura Jungiana*, 2 (2), 60-72.
- Anagarika Govinda (1976). *Creative meditation and multi-dimensional consciousness*. London: Allen and Unwin. (Trad. It. *Meditazione creativa e coscienza multidimensionale*. Roma: Astrolabio-Ubaldini, 1978).
- Balzarini, G., & Salarci, C. (1987). *Analisi immaginativa*. Roma: Astrolabio-Ubaldini.
- Benedan, S., & Antonietti, A. (1997). *Pensare le immagini*. Trento: Erickson.
- Benson, H. (1975). *The relaxation response*. New York, NY: Morrow.
- Bertini, M. (2012). *Psicologia della salute*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Caldironi, B., & Widmann, C. (1980). *Visualizzazioni guidate in psicoterapia*. Abano Terme: Piovani Editore.
- Chodorow, J. (1997). *C. G. Jung on active imagination*. New York, NY-London: Routledge.
- Cornoldi, C., Logie, R. H., Brandimonte, M. A., Kaufmann, G., & Reisberg, D. (1986). *Stretching the imagination. Representation and transformation in mental imagery*. New York, NY: Oxford University Press.
- Coué, E. (1926). *Die Selbstmeisterung durch bewusste Autosuggestion*. Basel-Stuttgart: Schwabel, 1972. (Trad. It. *Autosuggestione cosciente*. Como: Edizioni di Red./Studio Redazionale, 1987).
- Delle Fave, A. (Ed.) (2007). *La condivisione del benessere. Il contributo della psicologia positiva*. Milano: FrancoAngeli.
- Desoille, R. (1961). *Théorie et pratique du rêve éveillé dirigé*. Genève: Éditions du Mont-Blanc. (Trad. It. *Teoria e pratica del sogno da svegli guidato*. Roma: Astrolabio-Ubaldini, 1974).
- Di Lorenzo, S. (1970). Il metodo della immaginazione attiva nella psicologia di C. G. Jung. *Rivista di Psicologia Analitica*, 2, 305-386.
- Di Nuovo, S. (Ed.) (1999). *Mente e immaginazione. La progettualità*

- creativa in educazione e terapia*. Milano: FrancoAngeli.
- Durand de Bousingen, R. (1961). *La relaxation*. Paris: Presses Universitaires de France. (Trad. It. *Distensione e training autogeno*. Roma: Edizioni Mediterranee, 1977).
- Erickson, M. H., & Rossi, E. L. (1982). *The collected papers of Milton H. Erickson on hypnosis. Vol. I, II, III, IV: Hypnotic investigation of psychodynamic processes*. New York, NY: Irvington Publishers.
- von Franz, M. L. (1978). L'immaginazione attiva. *Rivista di Psicologia Analitica*, 17, 75-87.
- Frétigny, R., & Virel, A. (1968). *L'imagerie mentale. Introduction à l'onirothérapie*. Genève: Éditions du Mont Blanc.
- Gerardi, E. (1990). *Training autogeno e salute. Fra Oriente e Occidente una via verso il benessere*. Con audiocassetta. Cuneo: Edizioni L'Arciere.
- Goldstein, J. (1983). *The experience of insight*. Boston: Shambhala.
- Jacobson, E. (1938). *Progressive relaxation*. Chicago: University of Chicago Press. (Trad. It. *L'arte del rilassamento. Come si affronta la tensione nella vita moderna*. Roma: Casini, 1952).
- Jung, C. G. (1936). *Traumsymbole des Individuationsprozess*. In C. G. Jung, *Werke. Vol. XII*. Olten und Freiburg im Breisgau: Walter Verlag, 1980. (Trad. It. *Simboli onirici del processo d'individuazione*. In C. G. Jung, *Opere. Vol. XII*. Torino: Bollati Boringhieri, 2001).
- Kosslyn, S. M. (1980). *Image and mind*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Kosslyn, S. M. (1983). *Ghosts in the mind's machine: creating and using images in the brain*. New York, NY: Norton. (Trad. It. *Le immagini della mente. Creare e utilizzare immagini nel cervello*. Firenze: Giunti, 1989).
- Lazarus, A. (1977). *In the mind's eye. The power of imagery for personal enrichment*. New York, NY-London: The Guilford Press. (Trad. It. *L'occhio della mente. La forza dell'immaginazione per arricchire la personalità*. Roma: Astrolabio-Ubaldini, 1987).
- Luthe, W., & Schultz, J. H. (1969-1970). *Autogenic therapy*. New York, NY-London: Grune & Stratton. 6 Voll.
- Matarazzo, J. D. (1980). Behavioral health and behavioral medicine:

- frontiers for a new health psychology. *American Psychologist*, 35, 807-817.
- Peirone, L., & Gerardi, E. (2016). *Il Training Autogeno: tecnica e metodo fra psicoterapia e psicologia della salute*. Milano: Edizioni FerrariSinibaldi.
- Pope, H., & Singer, J. (Eds.) (1979). *The stream of consciousness*. New York, NY: Plenum Press.
- Quammen, D. (2012). *Spillover. Animal infections and the next human pandemic*. New York, NY: Norton. (Trad. it. *Spillover. L'evoluzione delle pandemie*. Milano: Adelphi, 2014).
- de Rivera, L. (2017). *Autogenics 3.0: the new way to mindfulness and meditation*. Second edition. Madrid: CreateSpace Independent Publishing Platform.
- Sapir, M., Reverchon, F., Prévost, J.-J., Canet-Palaysi, C., Philibert, R., Cornier, A., Cohen-Léon, S., & Fédida, P. (1979). *La relaxation: son approche psychanalytique*. Paris: Bordas. (Trad. It. *Il rilassamento. Approccio psicoanalitico*. Roma: Astrolabio-Ubaldini, 1980).
- Schilder, P. F. (1935-1950). *The image and appearance of the human body*. New York, NY: International Universities Press. (Trad. It. *Immagine di sé e schema corporeo*. Milano: FrancoAngeli, 1973).
- Schultz, J. H. (1932-1966). *Das Autogene Training. Konzentrative Selbstentspannung*. Stuttgart: Thieme Verlag. (Trad. It. *Il training autogeno. Metodo di autodistensione da concentrazione psichica*. Vol. I: *Esercizi inferiori*, 1968. Vol. II: *Esercizi superiori. Teoria del metodo*, 1971. Milano: Feltrinelli).
- Searle, J. R. (1997). *The mystery of consciousness*, New York, NY: New York Review of Books. (Trad. It. *Il mistero della coscienza*. Milano: Raffaello Cortina Editore, 1998).
- Seligman, M. E. P. (2011). *Flourish: a visionary new understanding of happiness and well-being*. New York, NY: Free Press.
- Seligman, M. E. P., & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology: an introduction. *American Psychologist*, 55, 5-14.
- Suzuki, D. T. (1958). *The Zen doctrine of no-mind*. London: Rider & Co. (Trad. It. *La dottrina Zen del vuoto mentale*. Roma: Astrolabio-Ubaldini, 1968).

- Tart, Ch. T. (1975). *States of consciousness*. New York, NY: Dutton. (Trad. It. *Stati di coscienza*. Roma: Astrolabio-Ubaldini, 1977).
- Wallnöfer, H. (1972). *Seele ohne angst. Hypnose, autogenes training, entspannung*. Hamburg: Hoffmann und Campe Verlag. (Trad. It. *Anima senz'ansia*. Torino: Edizioni Gli Archi, 1989).
- Widmann, C. (2015). *Le terapie immaginative*. Edizione ampliata. Roma: Edizioni Magi.
- Zahourek, R. P. (1988). *Relaxation and imagery: tools for therapeutic communication and intervention*. Philadelphia: Saunders.

Autogenics y Psicoterapia Secuencial Integradora (PSI): una herramienta para superar las crisis emocionales. Aplicación en caso de pandemia

Luis de Rivera

La crisis y su superación

Una crisis es un problema vital cuya superación requiere estrategias y habilidades que no estaban disponibles antes de su presentación. Si lo hubieran estado, no sería una crisis, sino una oportunidad de demostrar que las capacidades necesarias para afrontar nuevas situaciones realmente funcionan.

La crisis global de la pandemia

Cuando una persona sana se infecta con un virus desconocido, puede entrar en una crisis vital. Su organismo no está preparado para este huésped y tiene que crear las defensas apropiadas para vencerle. Cuando un médi-

co recibe a ese enfermo, no entra en crisis profesional, si tiene los medios, conocimientos, y habilidades necesarias para tratar su padecimiento.

El gran problema inicial de la presente pandemia es que ha cogido a los sistemas sanitarios de todo el mundo sin preparación, creando así una crisis global. La respuesta a esta crisis requiere la creación de nuevos métodos y programas que permitan hacerla frente y superarla. Si todo funciona bien, los conocimientos médicos y los sistemas sanitarios de todo el mundo serán mejores que los de antes. Si todo funciona bien.

Pero no solo los sistemas sanitarios han entrado en crisis por la pandemia, sino toda la estructura social. Nuestra cultura no estaba preparada para esta situación y debe crear, a toda prisa, nuevos sistemas de relaciones interpersonales, nuevas pautas de conducta, y, más profundamente, nuevas maneras de entender la vulnerabilidad y la potencialidad del ser humano. El principio de que “la unión hace la fuerza” ha de ser demostrado de nuevo, porque de él depende toda la razón de ser de las estructuras sociales. Si todo funciona bien, la nueva sociedad que emerja será más consciente, más compasiva y más eficaz que la anterior. Si todo funciona bien.

Es evidente que la presente pandemia plantea, entre otras muchas crisis, una de confianza entre el pueblo y sus líderes. Como ovejas asustadas que no saben cuál es el camino ni por dónde viene el lobo, los ciudadanos se entregan a las directrices absolutas de gobernantes, en los que, por otra parte, nunca han tenido mucha confianza. Esta es una gran oportunidad para que los gobiernos demuestren su utilidad, su justicia, su capacidad de proteger y promocionar a sus gobernados, en suma, su razón de ser. Si todo funciona bien, surgirá un nuevo pacto social más equitativo y solidario, fruto de una nueva mentalidad que asegure el gobierno de los más capaces y más devotos servidores del bien público. Si todo funciona bien.

He apuntado sólo las oportunidades. No he querido entrar en los peligros, que son la otra cara de las crisis. Si las cosas no salen bien, podemos acabar con sistemas sanitarios destruidos, anegados en una enfermedad endémica, rodeados por una sociedad desestructurada, anómica, revuelta en luchas entre tiranías dirigidas por líderes sin escrúpulos ni interés por el bien público.

Como mi formación e intereses no incluyen ni la política ni la sociología, y muy escasamente la sanidad pública, dejo las anteriores observaciones apuntadas para que otro más experto las desarrolle. Para poder ser útil, mi contribución ha de centrarse en mi área de experiencia, que

es, fundamentalmente, la capacidad humana para superar y hacerse más fuerte ante el estrés y las crisis.

La pandemia como crisis emocional

Una pandemia es una crisis global de múltiples aspectos, sanitarios, sociales, económicos y psicológicos. A nivel personal, la abrupta ruptura del sentimiento de seguridad que acompaña a la civilización occidental nos pone bruscamente en contacto con la vulnerabilidad e indefensión de nuestra vida y con la fragilidad de sistemas sociales de cuya solidez no albergábamos dudas.

Desde mi punto de vista, una crisis emocional es una vivencia cuya terminación puede dejar a quien la atraviesa psicológicamente mejor o peor que antes. Cuando los modos habituales de responder a nuevas situaciones se ven desbordados, sólo quedan dos soluciones: o dejarse destruir por ellas, o crear nuevas estructuras psicológicas que las hagan justicia. Tenemos una muestra de ello en nuestro propio crecimiento personal, que se ha ido llevando a cabo a través de la superación de las crisis normativas descritas por Erikson (1960). Estos episodios inevitables del desarrollo psicosocial empiezan con el nacimiento, prosiguen con la formación de los primeros vínculos, con la adaptación al entorno familiar y escolar, con la individuación de la propia identidad, con la integración en la sociedad y con la creación de descendientes genéticos y espirituales, para terminar con el retorno al mismo lugar en que estábamos antes de empezar. Junto a estas crisis normativas, consustanciales a la existencia humana, tenemos que afrontar otras más o menos accidentales, que nos ofrecen las dos mismas opciones de respuesta: o atascarnos y renunciar a nuestra potencialidad, o crecernos y convertir esta potencialidad en una nueva realidad. Así lo hemos hecho siempre los humanos; si no, no estaríamos aquí.

La experiencia universal de las crisis normativas nos lleva a la conclusión de que las crisis forman parte de la existencia humana. Algunas, como las del desarrollo, son conocidas y esperables. Otras, en cambio, son sorprendentes accidentes anómalos para los que nadie nos había preparado. Sin embargo, mientras que una crisis concreta puede ser inesperada, podemos tener la seguridad de que nuestra plácida existencia se

verá entrecortada, de vez en cuando, por situaciones críticas. “El hombre sabio está atento a la impermanencia de todas las cosas”, frase atribuida a Confucio, condensa una enseñanza que es bueno tener presente.

La primera gran verdad es que la vida es insegura, incierta, insatisfactoria. Cuando creemos ser capaces de disfrutarla con cómoda serenidad, surgen nuevas circunstancias que alteran nuestra adaptación y nos obligan a hacer un esfuerzo para restaurarla. Este esfuerzo puede ser tan corto y tan fácil que pasa desapercibido para una persona normal, aunque puede desestabilizar a quienes no están bien preparados, es decir, a individuos vulnerables o con sus energías consumidas por conflictos internos. Cuando el esfuerzo es más exigente, incluso personas normales entran en un estado de estrés, lo cual no es siempre desagradable. Estamos contruidos de tal manera que cierto estrés es necesario para nuestro buen funcionamiento, y su ausencia conduce al aburrimiento y a la apatía. Sólo cuando es verdaderamente excesivo, cuando supera nuestro nivel óptimo de reactividad, genera sufrimiento y, a veces, patología. Si además de más o menos intenso, el estrés es duradero e inescapable, conduce al agotamiento y a la depresión (de Rivera y Monterrey, 2008).

La práctica regular de autogenics disminuye la reactividad al estrés, lo cual explica que las personas debidamente entrenadas puedan superar con facilidad experiencias que para otros resultan perjudiciales (Henry y de Rivera, 1991). Por eso hemos propuesto su aplicación, en sus diversos niveles, como instrumento para paliar, superar e incluso fortalecer la respuesta emocional ante la pandemia. Una ampliación reciente de autogenics, la psicoterapia secuencial integradora, forma parte de nuestra estrategia.

La psicoterapia secuencial integradora (PSI)

La psicoterapia secuencial integradora (PSI) fue creada en el año 2000 para responder a las necesidades de personas afectadas por acoso psicológico en el trabajo, un grupo de pacientes mal comprendidos por las escuelas tradicionales (de Rivera, 2002). Sin embargo, según se fue desarrollando, la PSI se reveló eficaz para la superación de todo tipo de crisis, independientemente de su origen (de Rivera, 2010, 2012, 2014, 2015).

PSI es secuencial porque consiste en una serie progresiva de siete pasos o tareas psicológicas, cada uno de los cuales prepara para el siguiente y, a

su vez, resulta imposible si el anterior no está bien consolidado. Es integradora porque muchas de las técnicas que se aplican en cada uno de los pasos ya han sido descritas por otras escuelas. La integración consiste en aplicar estas técnicas en el paso en que convienen, y no en otro.

La PSI no apareció en un vacío teórico, sino que es la consecuencia de muchos años de trabajo con métodos avanzados de psicoterapia autógena, tanto en enfermos de la más variada índole como en personas sanas. La evolución de estas personas permitió descubrir el desarrollo espontáneo de una serie de rasgos que les hacían especialmente resilientes al estrés y capaces, no sólo de salir airosos, sino de mejorar después de atravesar las más difíciles situaciones. Por otra parte, algunas personas especialmente dotadas por la naturaleza, o por una afortunada educación, parecen poseer estos rasgos de manera espontánea, como se desprende del estudio de algunos personajes históricos y de la observación anecdótica de algunas figuras relevantes. Una vez más, se confirma el modo de acción del entrenamiento autógeno, que no es añadir o eliminar algo del sistema psicofisiológico humano, sino potenciar sus innatas capacidades.

La PSI ayuda a personas en situaciones críticas a desarrollar estos rasgos mencionados, aplicando de manera secuencial las técnicas psicoterapéuticas apropiadas. En un primer ensayo, la secuencia terapéutica se iniciaba con el entrenamiento autógeno básico, pero pronto se descubrió que era necesario un paso previo. A este primer paso, sin el cual es inútil todo esfuerzo posterior, lo he llamado “centrarse” y, alternativamente, “tomar posesión de la propia vida” o “ser responsable de la propia vida”. Con el método PSI, la intervención en la crisis deja de ser una acción puntual y ocasional, para convertirse en la construcción de una personalidad resiliente y antifrágil.

Secuencia de la PSI

1. Centrarse
2. Mantener la calma
3. Minimizar el daño
4. Entender la situación
5. Decidir la condición
6. Actuar, no reaccionar
7. Creación de una nueva realidad

Si bien cada paso prepara para el siguiente, rara vez esta preparación es tan perfecta como para no tener que retroceder de vez en cuando al paso anterior. Como regla general, cuando el paso en el que estamos resulta tan difícil que parece imposible, es mejor dejarlo y volver al inmediatamente anterior. Naturalmente, no basta con hacer el recorrido una vez, sino que es preciso repetir todas las secuencias varias veces, hasta que el procedimiento se convierta en la manera natural de responder ante las crisis.

Primer Paso: Centrarse.

Sea cual sea la condición y situación personal, sea cual sea la circunstancia con la que uno se enfrenta, decidir que el núcleo central de la solución está en uno mismo es el primer paso. Por eso esta fase se llama también “Tomar posesión de la propia vida”, que significa aceptarla como propia, reconocerse responsable de todo lo que en ella ocurre. El matiz diferencial entre *responsable* y *culpable* es muy importante. “Responsable” significa “el que responde”, el que tiene a su cargo la situación, el que toma las decisiones y se ocupa de poseer los medios eficaces para llevarlas a cabo. No somos culpables de que un nuevo virus amenace nuestra vida y nuestro entorno, pero si somos responsables de nuestra acción ante la amenaza. Quien se reconoce responsable de su vida no malgasta su tiempo y energía en sentirse culpable ni indefenso, sino que lo aplica a superar las circunstancias adversas. El miedo y la inseguridad son la primera respuesta emocional, respuestas ambas apropiadas, puesto que la primera nos indica que algo malo puede pasar y la segunda que no sabemos qué hacer para evitar este mal. Esta es la preparación necesaria para el segundo paso.

Segundo Paso: Mantener la calma.

Muchas veces he dicho que pedir a alguien que está angustiado que mantenga la calma es una crueldad, a menos que le enseñemos como se hace. No se trata de engañarnos y pretender que el mal no existe, ni tampoco de disimular el estrés y el miedo, que son reacciones automáticas e inevitables, sino de activar otra respuesta de la que la naturaleza nos ha dotado, aunque bien es verdad que la usamos poco: la respuesta de relajación (Benson, 1975). La activación de esta respuesta no es una cuestión de voluntad, sino de técnica. Es necesario un procedimiento para despertarla y desarrollarla y, entre los diversos que existen, autogenics es el

que proporciona el mejor cociente esfuerzo/rentabilidad. El éxito de su práctica no depende de su aplicación esporádica en momentos puntuales de necesidad, sino de un entrenamiento reglado que acaba convirtiendo la respuesta de relajación en un hábito tan natural, automático y simple como la respuesta de estrés. Este entrenamiento es imposible sin el compromiso y dedicación del que lo sigue, es decir, sin tener bien afianzado el primer paso. El comienzo de la técnica es tan sencillo que sólo toma un minuto, eso sí, repetido muchas veces a lo largo del día. Cuando hice una demostración en mi antiguo hospital, mis compañeros me pidieron que la dejara grabada para poder repasarla, y aquí está, disponible al hacer click en el siguiente link: www.youtube.com/watch?v=iwsfZExPzKQ

Obviamente, esta sencilla demo, a la que llamamos “el ejercicio cero”, sólo pretende ser una sensibilización introductoria al método, que es mucho más complejo, pero que ya empieza a dar resultados desde el primer minuto. El grupo completo de métodos que conforman autogenics[®] tiene su base en el entrenamiento autógeno de Schultz y en la terapia autógena de Luthe, que han sido perfeccionados y ampliados a lo largo de los años (de Rivera, 2018, 2020).

Elementos de Autogenics[®]

- Meditación somatosensorial
- Meditación sentimental
- Análisis autógeno
- Reconstrucción autógena

Tercer Paso: Minimizar el daño.

Al ser capaz de inducir y mantener la calma, los procesos mentales se vuelven más eficaces y se percibe con más claridad la naturaleza de los problemas. Al disolverse la ansiedad, es frecuente que las soluciones apropiadas se hagan evidentes con facilidad. El miedo paraliza la iniciativa y la ira oscurece el razonamiento; una mente serena percibe mejor las causas y las consecuencias de cada situación.

Además, autogenics no es una simple técnica de relajación, sino que también aumenta la capacidad de interocepción e introspección, un “ponerse en contacto consigo mismo” que considero su efecto potenciador

y terapéutico más importante. Nada más entrar en el estado autógeno, el meditador es consciente, sin esfuerzo, de su actividad psicofisiológica, de sus sentimientos y de las preocupaciones presentes. Este fenómeno, banal e incluso placentero en algunas situaciones, puede ser desagradable y difícil de soportar en otras, dificultad que se supera con una actitud esencial al método, la “aceptación pasiva”, imposible para quien no está bien entrenado y casi un rasgo de personalidad para quien lo está. Gracias a esta capacidad de experimentar sin reaccionar, el meditador va distinguiendo paulatinamente los padecimientos impuestos por fuerzas externas de aquellos otros que son de su propia creación. Estar cercado por un virus, e incluso padecer sus efectos, son desgracias impuestas; alarmarse, imaginar desenlaces fatales, dejarse llevar por la ansiedad, la irritabilidad y el insomnio son creaciones personales.

Defino como “primer daño” al sufrimiento provocado por una agencia externa que no está bajo el control de quien lo sufre. Si ésta es la situación, ha de ser aceptada, pero en su justa medida, sin exagerarla ni permitir que destruya la integridad personal. Dos errores son posibles en ese momento: Uno es negar el daño, pretender que no existe, que no tiene importancia. El otro es dejarse arrastrar por el sufrimiento, lamentarse, enfadarse consigo mismo y con el mundo, desmoralizarse, interiorizar la experiencia de ataque y sentirse fracasado. Este último error es el “segundo daño”.

Minimizar el daño consiste en mantener las cosas en su punto, sin negarlas ni empeorarlas con reacciones autodestructivas. El primer daño es inevitable, aunque, al centrar toda nuestra inteligencia y energía sobre él, podemos irle encontrando soluciones. El segundo daño es perfectamente evitable, si tenemos bien afianzado el segundo paso. De todas formas, como no se puede minimizar lo que no se tiene, y aceptar el primer daño resulta a veces difícil, autogenics ha desarrollado una técnica nueva para el tercer paso de la PSI, la meditación sentimental, denominada también *sentir el sentimiento*. Consideramos los sentimientos como *opiniones* formadas por la parte no racional de la persona, una actividad, dicho en términos neurobiológicos, propia del sistema límbico. Por esta razón, lo apropiado no es intentar deshacerse de ellos a la fuerza, sino percibirlos en toda su pureza, es decir, con plena aceptación pasiva. Con la práctica de *sentir el sentimiento* las emociones dejan de ser una molestia desagradable, para convertirse en una fuente de información que puede ser cognitivamente procesada (de Rivera, 2018).

Cuarto Paso: Entender la situación.

Una persona centrada, que sabe mantener la calma y que no pierde tiempo ni energía en empeorar las cosas, está en condiciones óptimas para comprender lo que está pasando. Toda situación crítica forma parte de una serie de secuencias interconectadas. Todo lo que pasa es el efecto de una causa, o de una intención, o del puro azar. Saber distinguir unas cosas de otras requiere mucha calma, y es posible que sea necesario repetir varias veces los pasos anteriores para lograr una cierta distancia. Ponerse en un punto de vista externo, ver las cosas desde fuera, como si no tuvieran implicación personal, es relativamente fácil cuando las tres primeras fases están bien afianzadas, pero resulta imposible para quien está anegado por el miedo, el estrés o la ira. Las emociones negativas hacen ver las circunstancias desde dentro, estrechan la atención y desencadenan la respuesta de lucha-huida. Sólo en estado de calma es posible abstraerse del sufrimiento y analizar la situación desde una perspectiva amplia.

La evaluación cognitiva de la situación es necesaria, pero no es suficiente. Es preciso recurrir además a otras dos fuentes de información que, aunque están siempre presentes, reciben generalmente poca atención: la reactividad corporal y los sentimientos. El acceso a los automatismos somáticos se desarrolla en el Segundo Paso, en el cual se inicia también el aprendizaje de la lógica de los sentimientos, que se completa en el Tercer Paso. También tenemos que tener en cuenta el criterio social, formado por las pautas culturales y la opinión pública. De la integración de todas estas fuentes de información surge el quinto criterio, el personal, nuestra comprensión global y decisión final sobre qué es lo que está pasando.

Por poner un ejemplo, ante las nuevas de la pandemia percibo una presión en el pecho, sentimientos de temor y pena, pienso en la fragilidad de la vida y recopilo la información disponible, en toda su incertidumbre y contradicción. Teniendo todo presente, decido quedarme en casa, ponerme mascarilla si salgo, mantenerme todo el tiempo posible en estado autógeno y tomar suplementos de vitamina C y citrato de zinc. Esta es mi situación personal inmediata. Puedo ampliar mi visión y aplicarme a entender la situación en que se encuentran mis allegados inmediatos, o la población en la que vivo, o la economía de mi país... Entender la situación empieza por elegir la amplitud de lo que uno trata de entender, que, generalmente, se corresponde con el problema planteado por la crisis. Mientras integramos nuestra comprensión de todas las dinámicas que

interactúan, es importante mantenerse en la realidad y no confundirnos con deseos y temores, cosa fácil cuando estamos en estado autógeno y sabemos minimizar el daño.

1. **Criterio corporal:** Reactividad somática instintiva, como contractura muscular, presión en el pecho, vacío en el estómago, etc
2. **Criterio sentimental:** Ansiedad, miedo, ira, rechazo, tristeza, y, en general, todas las opiniones del cerebro interno sobre las circunstancias
3. **Criterio racional:** El análisis lógico de la situación
4. **Criterio social:** Pautas culturales, información externa disponible
5. **Criterio personal:** La integración consciente de los criterios anteriores en un modelo coherente de “que es lo que está pasando”.

Quinto Paso: Decidir la condición.

Una condición es algo que tiene que ocurrir para que otras cosas ocurran. Referido al propio comportamiento, es la manera de pensar, sentir y actuar que facilita que nos pasen ciertas cosas y otras no. Nuestra condición personal es, generalmente, inconsciente e involuntaria, y viene determinada por nuestro pasado y nuestra forma habitual de responder ante distintas circunstancias. Cuanto más nos comportamos de cierta manera, más probable es que sigamos haciéndolo igual y que nos sigan pasando las mismas cosas. Por eso, este paso empieza por entender y ser consciente de la propia situación y decidir cómo queremos que sea. En líneas generales, ya desde el principio hemos decidido que queremos ser tranquilos, sensatos y creativos; ese es el estado final a alcanzar. La condición, lo que tenemos que hacer para llegar a ese estado, es aplicar en secuencia todos los pasos del método.

El quinto paso tiene dos partes bien diferenciadas: 1) Saber lo que uno quiere y formar un modelo mental de esa situación final. 2) Decidir la condición, es decir, comprometerse con lo que tenemos que hacer para que esa situación sea realidad.

Puede ocurrir que tengamos un modelo claro de qué es lo que queremos, pero, al considerar el esfuerzo necesario para hacerlo realidad, renunciemos a ello. Eso está bien, porque es anti-fisiológico tener metas que no

queremos alcanzar. Saber lo que uno quiere que ocurra es relativamente fácil; poner los medios necesarios es ya otra cuestión. Decidir la condición es comprometerse con el futuro que hemos creado en nuestra mente.

La condición es la circunstancia, actitud e idea *“esencial para que algo suceda”*; una vez decidida, queda fijada en la mente y ocupando en ella una presencia preeminente. Decidir la condición es comprometerse con un propósito, que defino de la siguiente manera:

PROPOSITO: Habilidad de elegir de manera operativa entre diferentes modelos mentales de estados futuros posibles. Desglosado, el propósito se compone de tres elementos:

- Crear modelos mentales de estados futuros
- Elegir uno entre ellos
- Regular la actividad en base al estado futuro elegido

Sexto Paso: Proactuar, no reaccionar.

Recordemos que, según la psicología tradicional, tanto en el modelo freudiano como en el conductista, nuestras acciones son el resultado de experiencias pasadas. Mi modelo propone renunciar a esta dependencia del pasado y convertirnos en creadores del futuro. Hablando en propiedad, podemos decir que el pasado no existe, porque ya pasó, y el futuro tampoco, porque aún no ha llegado. Solo el presente existe, y el que toma control de su presente está creando su futuro. De ahí la importancia del Quinto Paso, que consiste, fundamentalmente, en formar un propósito para cada situación. El Sexto Paso desarrolla la capacidad de actuar en base a nuestro propósito, capacidad que denomino pro-actuar.

La proacción es una acción deliberada de intencionalidad consciente, guiada por un propósito, cuyo objetivo es ser causa de determinado acontecimiento. A diferencia de la reacción, cuya causa siempre se puede atribuir a un agente externo, la proacción es de nuestra única e indiscutible responsabilidad. Proactuar es obrar con estrategia y conocimiento, teniendo bien presente que es lo que queremos y como vamos a conseguirlo.

Educarse en la proacción empieza por tomar consciencia de nuestras reacciones. La reacción es la respuesta automática e inconsciente a otros estímulos o acontecimientos. Reaccionar es fácil, porque venimos genéticamente programados para ello y hemos adquirido muchas pautas reacti-

vas por condicionamiento, ejemplo y costumbre. La reacción es el efecto de otra causa o intención. Proaccionar es convertirse en causa y dejar de ser efecto. Uno de mis alumnos describe así su práctica del Paso Seis:

“Mi compañera está nerviosa y me grita sin mucha razón para ello. Antes, mi reacción hubiera sido enfadarme y contestarla de mala manera, o quizás apenarme y quedarme inhibido y triste. Ahora, mantengo la calma, acepto el daño que me ha hecho, entiendo que está reaccionando a una situación de tensión y que no está atacándome sino desahogándose. Como he decidido que somos una pareja feliz, sonrío con afecto, le doy la razón, porque un poco tiene, y le hablo del tema que nos preocupa a los dos y cómo vamos a solucionarlo”.

En este ejemplo, la proacción es adecuada, pero podría no serlo. Es oportuno comentar que el Cuarto Paso es siempre una hipótesis, que puede ser necesario modificar si la situación cambia, y que la firmeza del Quinto Paso ha de ser flexible, para adaptarla a estos cambios.

En resumen, una vez que aprendemos a mantener la calma en el paso dos, a controlar las reacciones negativas autodestructivas en el Paso Tres, a evaluar con amplitud la situación sin obcecarse, en el Paso Cuatro, a decidir lo que queremos, en el Paso Cinco y, finalmente, a actuar de manera consciente, coherente y efectiva en el Paso Seis, estamos ya listos para que, de manera natural, se desarrolle el:

Séptimo Paso: Creación de una nueva realidad.

La séptima fase aparece y se desarrolla por sí sola, sin ninguna intervención especial por parte del terapeuta. Cada paso es fácil si el anterior está bien logrado e, inversamente, cuando se encuentra dificultad en alguno de ellos, solo hay que dejarlo y volver a trabajar el anterior. Esta repetición secuencial se va haciendo cada vez más fácil, rápida y automática, hasta que todas las fases se condensan en un rasgo estable de personalidad. El desarrollo de este rasgo es el trabajo del Séptimo Paso.

Las personas en paso siete no sólo son resilientes ante las crisis y el estrés en general, sino que aparece en ellas una nueva cualidad que podemos definir como “la capacidad de crecer y potenciarse ante la adversidad”. Ya no es simplemente que las crisis no les afecten, sino que se han transformado, desde víctimas impotentes, en creadores de una realidad nueva más adecuada a la existencia humana.

Lo primero que llama la atención de estas personas es lo raramente que se asustan o se enfadan, observación que contrasta con su evidente

interés y participación en todo lo que les rodea. No es que no les importe lo que hacen los demás, sino que, hagan éstos lo que hagan, nunca se lo toman de manera personal. Son capaces de ver más allá de las apariencias y de entender las causas del comportamiento ajeno. Saben, por ejemplo, distinguir si alguien es desagradable porque se siente amenazado o angustiado, o porque se siente solo, abandonado y traicionado, o porque cree sus derechos vulnerados, o, el caso menos frecuente, porque realmente quiere hacer daño. Acostumbrado a no reaccionar emocionalmente, la persona afianzada en el Paso Siete actúa de la manera apropiada al estado de su interlocutor. Así, dará serenidad al angustiado, apoyo al abandonado, coga o juicio de realidad al narcisista (según quiera librarse de él o ayudarlo) y firme asertividad disuasoria al malévolo.

Así, de manera natural, una persona afianzada en el Paso Siete detoxifica su entorno, contagia serenidad y transmite, en la medida en que esta transmisión es aceptada, su procedimiento. Aunque amable con todos, el siete nunca espera mucho de nadie ni necesita el amor ni la aprobación ajena. Cuando lo recibe, lo acepta con gratitud y naturalidad; cuando no, respeta el derecho del otro a ser borde y valora todas las críticas que recibe, por si contienen alguna enseñanza. Seguro de sí mismo, no tiene orgullo ni necesidad de admiración, por lo que se muestra siempre auténtico y sin dobleces. Sabe, ya desde el Paso Cuatro, que sus sentimientos son una valiosa fuente de información y no se los toma nunca como un motivo de sufrimiento.

En la naturaleza y en las relaciones humanas existen muchas fuerzas que imponen sus efectos, y una de esas fuerzas es uno mismo. El desarrollo personal consiste en tomar posesión de la propia fuerza y en convertirse, cada vez más, en una causa y no en una consecuencia. Si, como dice el famoso filósofo, “Yo soy yo y mi circunstancia”, todo consiste en ser cada vez más yo y menos circunstancia.

Referencias

- Benson, H. (1975). *The relaxation response*. New York, NY: Morrow.
- Erikson, E. (1960). *Identity and the life cycle*. New York, NY: Norton.
- Henry, M., de Rivera, L., de las Cuevas, C., González, I., Gracia, R., Abreu, J. & Rupérez, E. (1991). *Reducción de la reactividad neurovegetativa ante el estrés en asmáticos crónicos con terapia autógena*. *Psiquis*, (12), 255-261.
- de Rivera, L. (2002). *El maltrato psicológico*. Primera edición. Madrid: Espasa. (Ediciones posteriores 2003, 2005, 2010. 5ª Edición Amazon 2018).
- de Rivera, L. & Monterrey, A. L. (2008). *Psicobiología de la depresión*. En A. Belloch, B. Sandin y F. Ramos (Eds.). *Manual de psicopatología* (Vol. 2, pp. 379-399). Madrid: McGraw Hill.
- de Rivera, L. (2010). *La Psicoterapia Secuencial Integradora*. En L. de Rivera, *Síndromes de estrés* (pp. 249-260). Madrid: Síntesis. <https://www.researchgate.net/publication/318038951>
- de Rivera, L. (2010). *La psicoterapia secuencial integradora*. *Psiquiatria.com – Journal online – Bibliopsiquis*. <https://psiquiatria.com/bibliopsiquis/la-psicoterapia-secuencial-integradora>
- de Rivera, L. (2012). *Crisis emocionales*. Madrid: Espasa.
- de Rivera, L. (2014). *Stati di coscienza e psicoterapia autógena*. *Psyche Nuova*, Anno XXXIII – Nuova serie, 19-32.
- de Rivera, L. (2014). *Psicoterapia Secuencial Integradora: la terapia*. *ASMR – Avances en Salud Mental Relacional*, (14), 3-9.
- de Rivera, L. (2015). *Psicoterapia autógena nivel 1*. Manual oficial. Madrid: Instituto de Psicoterapia e Investigación Psicosomática.
- de Rivera, L. (2018). *Meditación, mindfulness y autogenics*. En: I. Perez-Hidalgo (Ed.), *Hipnosis clínica avanzada. Manual internacional* (pp. 141-161). Madrid: Giunti-EOS.
- de Rivera, L. (2018). *Autogenics 3.0: la nueva vía al mindfulness y la meditación*. Madrid: ICAT.
- de Rivera, L. (2020). *Autogenics 3.0: mindfulness y meditación*. En J. M. Prieto y M. A. Santed (Eds.), *Psicología, meditación y espiritualidad* (pp. 193-214). Madrid: Giunti-EOS.

Autogenics e Psicoterapia Sequenziale Integrativa (PSI): uno strumento per superare le crisi emozionali. Applicazione in caso di pandemia

Luis de Rivera

La crisi e il suo superamento

Una crisi è un problema vitale il cui superamento richiede strategie e abilità che non erano disponibili prima della sua presentazione. Se lo fossero state, non sarebbe stata una crisi, ma un'opportunità per dimostrare che le capacità necessarie per affrontare nuove situazioni funzionano davvero.

La crisi globale della pandemia

Quando una persona sana viene infettata da un virus sconosciuto, può entrare in una crisi di vita. Il suo corpo non è preparato per questo ospite e deve creare le difese appropriate per sconfiggerlo. Quando un

medico riceve questo paziente, non entra in una crisi professionale, se ha i mezzi, le conoscenze e le abilità necessarie per curare il suo paziente.

Il grande problema iniziale con l'attuale pandemia è che ha colto impreparati i sistemi sanitari di tutto il mondo, creando così una crisi globale. La risposta a questa crisi richiede la creazione di nuovi metodi e programmi che consentano di affrontarla e superarla. Se tutto funziona bene, le conoscenze mediche e i sistemi sanitari in tutto il mondo saranno migliori di prima. Se tutto funziona bene.

Ma non solo i sistemi sanitari sono entrati in crisi a causa della pandemia, ma l'intera struttura sociale. La nostra cultura non era preparata per questa situazione e deve creare, in fretta, nuovi sistemi di relazioni interpersonali, nuovi modelli di comportamento e, più profondamente, nuovi modi di comprendere la vulnerabilità e il potenziale dell'essere umano. Il principio secondo cui "l'unione fa la forza" deve essere nuovamente dimostrato, perché da essa dipende l'intera ragion d'essere delle strutture sociali. Se tutto funziona bene, la nuova società che emerge sarà più consapevole, più compassionevole e più efficace della precedente. Se tutto funziona bene.

È evidente che l'attuale pandemia mette in dubbio la fiducia tra il popolo e i suoi leader. Come le pecore spaventate che non sanno da quale parte o da dove provenga il lupo, i cittadini si abbandonano alle direttive assolute dei governanti, nei quali, d'altra parte, non hanno mai avuto molta fiducia. Questa è una grande opportunità per i governi di dimostrare la loro utilità, la loro giustizia, la loro capacità di proteggere e promuovere il loro governati, in breve, la loro ragione di essere. Se tutto funziona bene, emergerà un nuovo patto sociale più equo e solidale, frutto di una nuova mentalità che assicura al governo i servitori più capaci e devoti del bene pubblico. Se tutto funziona bene.

Ho elencato solo le opportunità. Non volevo entrare nei pericoli, che sono l'altra parte della crisi. Se le cose non vanno bene, possiamo finire con sistemi sanitari distrutti, annegati in una malattia endemica, circondati da una società non strutturata, anomica, dilaniata nelle lotte tra tirannie guidate da leader senza scrupoli e nessun interesse per il bene pubblico.

Dato che la mia formazione e i miei interessi non includono la politica o la sociologia, e la salute pubblica solo in modo scarso, lascio che le osservazioni di cui sopra siano evidenziate da altri più esperti nello svilup-

parle. Per essere utile, il mio contributo deve concentrarsi sulla mia area di competenza, che è fondamentalmente la capacità umana di superare e diventare più forte di fronte a stress e crisi.

La pandemia come crisi emotiva

Una pandemia è una crisi globale di molteplici aspetti, sanitari, sociali, economici e psicologici. A livello personale, la brusca rottura del sentimento di sicurezza che accompagna la civiltà occidentale ci mette improvvisamente in contatto con la vulnerabilità e l'indifferenza della nostra vita e con la fragilità dei sistemi sociali di cui non abbiamo dubbi sulla solidità.

Dal mio punto di vista, una crisi emotiva è un'esperienza la cui risoluzione può lasciare qualcuno che la attraversa meglio o peggio psicologicamente di prima. Quando i modi abituali di rispondere a nuove situazioni sono sopraffatti, rimangono solo due soluzioni: o permettere a noi stessi di essere distrutti da loro, o creare nuove strutture psicologiche che rendano loro giustizia. Ne abbiamo un esempio nella nostra crescita personale, che è stata realizzata attraverso il superamento delle crisi normative descritte da Erikson (1960). Questi inevitabili episodi di sviluppo psicosociale iniziano con la nascita, continuano con la formazione dei primi legami, con l'adattamento all'ambiente familiare e scolastico, con l'identificazione della propria identità, con l'integrazione nella società e con la creazione di discendenti genetici e spirituali, per finire con il ritorno nello stesso posto in cui eravamo prima di iniziare. Insieme a queste crisi normative, inerenti all'esistenza umana, dobbiamo affrontare quelle più o meno accidentali, che ci offrono le stesse due opzioni di risposta: o rimanere bloccati e rinunciare alla nostra potenzialità, o crescere e trasformare questa potenzialità in una nuova realtà. È così che noi umani l'abbiamo sempre fatto; altrimenti non saremmo qui.

L'esperienza universale delle crisi normative ci porta alla conclusione che le crisi fanno parte dell'esistenza umana. Alcune, come quelle dello sviluppo, sono note e previste. Altre, invece, sono sorprendenti incidenti anomali per i quali nessuno ci aveva preparato. Tuttavia, mentre una crisi specifica può essere inaspettata, possiamo essere sicuri che la nostra placida esistenza verrà interrotta, di volta in volta, da situazioni critiche. "Il

saggio è attento all'impermanenza di tutte le cose": una frase attribuita a Confucio condensa un insegnamento che è bene tenere a mente.

La prima grande verità è che la vita è insicura, incerta, insoddisfacente. Quando pensiamo di essere in grado di goderci con serenità confortevole, sorgono nuove circostanze che alterano il nostro adattamento e ci obbligano a fare uno sforzo per ripristinarlo. Questo sforzo può essere così breve e così facile da passare inosservato per una persona normale, sebbene possa destabilizzare coloro che non sono ben preparati, cioè individui vulnerabili o con la loro energia consumata dai conflitti interni. Quando lo sforzo è più impegnativo, anche le persone normali entrano in uno stato di stress, che non è sempre spiacevole. Siamo costruiti in modo tale che un certo stress sia necessario per il nostro corretto funzionamento e la sua assenza porti a noia e apatia. Solo quando è veramente eccessivo, quando supera il nostro livello ottimale di reattività, genera sofferenza e, a volte, patologia. Se, oltre ad essere più o meno intenso, lo stress è duraturo e inevitabile, porta ad esaurimento e depressione (de Rivera e Monterrey, 2008).

La pratica regolare di autogenics riduce la reattività allo stress, il che spiega che le persone adeguatamente addestrate possono facilmente superare le esperienze che sono dannose per gli altri (Henry e de Rivera, 1991). Ecco perché abbiamo proposto la sua applicazione, ai suoi vari livelli, come strumento per alleviare e superare la risposta emotiva alla pandemia e persino rafforzare le persone. Una recente espansione di autogenics, la psicoterapia sequenziale integrativa, fa parte della nostra strategia.

Psicoterapia Sequenziale Integrativa (PSI)

La Psicoterapia Sequenziale Integrativa (PSI) è stata creata nel 2000 per rispondere alle esigenze delle persone colpite da molestie psicologiche sul lavoro, un gruppo di pazienti scarsamente compreso nelle scuole tradizionali (de Rivera, 2002). Tuttavia, mentre si sviluppava, la PSI si è dimostrata efficace nel superare tutti i tipi di crisi, indipendentemente dalla sua origine (de Rivera, 2010, 2012, 2014 e 2015).

La PSI è sequenziale perché consiste in una serie progressiva di sette passaggi o compiti psicologici, ognuno dei quali si prepara per il prossimo e, a sua volta, è impossibile se il precedente non è ben consolidato.

È integrativa perché molte delle tecniche applicate in ciascuna delle fasi sono già state descritte da altre scuole. L'integrazione consiste nell'applicare queste tecniche nella fase in cui sono d'accordo e non in un'altra.

La PSI non è apparsa in un vuoto teorico, ma è la conseguenza di molti anni di lavoro con metodi avanzati di psicoterapia autogena, sia nei pazienti di natura più varia che nelle persone sane. L'evoluzione di queste persone ci ha permesso di scoprire lo sviluppo spontaneo di una serie di tratti che li hanno resi particolarmente resistenti allo stress e capaci non solo di avere successo ma di migliorare dopo aver attraversato le situazioni più difficili. D'altra parte, alcune persone particolarmente dotate dalla natura, o da una fortunata educazione, sembrano possedere questi tratti spontaneamente, come si può vedere dallo studio di alcune figure storiche e dall'osservazione aneddotica di alcune figure rilevanti. Ancora una volta, viene confermata la modalità d'azione dell'allenamento autogeno, che non consiste nell'aggiungere o rimuovere qualcosa dal sistema psicofisiologico umano, ma nel migliorare le sue capacità innate.

La PSI aiuta le persone in situazioni critiche a sviluppare questi tratti citati, applicando in sequenza le tecniche psicoterapiche appropriate. In una prima sperimentazione, la sequenza terapeutica è iniziata con un allenamento autogeno di base, ma è stato presto scoperto che era necessario un passaggio preliminare. Questo primo passo, senza il quale tutti gli sforzi successivi sono inutili, l'ho chiamato "Focalizzare" e, in alternativa, "Prendere possesso della propria vita" o "Essere responsabile della propria vita". Con il metodo PSI, l'intervento di crisi smette di essere un'azione puntuale e occasionale, per diventare la costruzione di una personalità resistente e anti-fragile.

Sequenza della PSI

1. Focalizzarsi
2. Mantenere la calma
3. Ridurre al minimo il danno
4. Comprendere la situazione
5. Decidere la condizione
6. Agire, non reagire
7. Creazione di una nuova realtà

Se ogni passaggio si prepara per il successivo, questa preparazione raramente è tanto perfetta da non dover occasionalmente ritornare al passaggio precedente. Come regola generale, quando il passo in cui ci troviamo è così difficile che sembra impossibile, è meglio lasciarlo e tornare a quello immediatamente precedente. Naturalmente, non è sufficiente fare il tour una volta, ma è necessario ripetere tutte le sequenze più volte, fino a quando la procedura non diventa il modo naturale di rispondere alle crisi.

Primo Passo: Focalizzarsi.

Qualunque sia la condizione e la situazione personale, qualunque sia la circostanza che un individuo deve affrontare, il primo passo è decidere che il nucleo della soluzione è in se stesso. Ecco perché questa fase è anche chiamata “Prendere possesso della tua stessa vita”, il che significa accettarla come tua, riconoscendoti responsabile di tutto ciò che accade in essa. La sfumatura che distingue tra responsabile e colpevole è molto importante. “Responsabile” significa “colui che risponde”, colui che è responsabile della situazione, colui che prende le decisioni ed è responsabile nel possedere i mezzi efficaci per realizzarle. Non siamo colpevoli di un nuovo virus che minaccia le nostre vite e il nostro ambiente, ma siamo responsabili della nostra azione di fronte alla minaccia. Chi si riconosce responsabile della propria vita non perde tempo ed energie per sentirsi in colpa o indifeso, ma piuttosto si applica per superare circostanze avverse. La paura e l’insicurezza sono la prima risposta emotiva, entrambe le risposte appropriate, poiché la prima indica che può accadere qualcosa di brutto e la seconda che non sappiamo cosa fare per evitare questo male. Questa è la preparazione necessaria per il secondo passo.

Secondo Passo: Mantenere la calma.

Molte volte ho detto che chiedere a qualcuno che è in angoscia di mantenere la calma è crudele, a meno che non insegniamo loro come farlo. Non si tratta di ingannare noi stessi e di fingere che il male non esista, né di nascondere lo stress e la paura, che sono reazioni automatiche e inevitabili, ma di attivare un’altra risposta che la natura ci ha fornito, sebbene sia vero che non la usiamo molto: la risposta di rilassamento (Benson, 1975). Attivare questa risposta non è una questione di volontà ma di tecnica. È necessaria una procedura per risvegliarla e svilupparla e,

fra le tante esistenti, autogenics è quella che fornisce il miglior rapporto sforzo/reddittività. Il successo della pratica non dipende dalla sua sporadica applicazione in specifici momenti di necessità, ma da un allenamento regolato che finisce per trasformare la risposta di rilassamento in un'abitudine naturale, automatica e semplice come la risposta allo stress. Questa formazione è impossibile senza l'impegno e la dedizione di coloro che la seguono, cioè senza avere il Primo Passo ben definito. L'inizio della tecnica è così semplice che ci vuole solo un minuto, ripetuto molte volte durante il giorno. Quando ho fatto una dimostrazione nel mio vecchio ospedale, i miei colleghi mi hanno chiesto di lasciarlo registrato in modo da poterlo rivedere, ed eccolo, disponibile facendo clic sul seguente link: [youtube.com/watch?v=iwsfZExPzKQ](https://www.youtube.com/watch?v=iwsfZExPzKQ)

Ovviamente, questa semplice demo, che chiamiamo “esercizio zero”, intende solo essere una sensibilizzazione introduttiva al metodo, che è molto più complesso, ma sta già iniziando a dare risultati dal primo minuto. L'insieme completo dei metodi che compongono Autogenics® si basa sull'allenamento autogeno di Schultz e sulla terapia autogena di Luthe, che sono stati perfezionati e ampliati nel corso degli anni (de Rivera, 2018 e 2020).

Elementi di Autogenics®

- Meditazione somatosensoriale
- Meditazione sentimentale
- Analisi autogena
- Ricostruzione autogena

Terzo Passo: Ridurre al minimo il danno.

Potendo indurre e mantenere la calma, i processi mentali diventano più efficaci e la natura dei problemi viene percepita più chiaramente. Quando l'ansia si dissolve, le soluzioni appropriate sono spesso prontamente evidenti. La paura paralizza l'iniziativa e la rabbia oscura il ragionamento. Una mente calma percepisce meglio le cause e le conseguenze di ogni situazione.

Inoltre, autogenics non è una semplice tecnica di rilassamento, ma aumenta anche la capacità dell'interocezione e dell'introspezione, un

“contatto con se stesso” che considero il suo più importante effetto terapeutico e potenziatore. Non appena entra nello stato autogeno, il meditante è facilmente consapevole della sua attività psicofisiologica, dei suoi sentimenti e delle preoccupazioni attuali. Questo fenomeno, banale e persino piacevole in alcune situazioni, può essere spiacevole e difficile da sopportare in altre, una difficoltà che viene superata con un atteggiamento essenziale nei confronti del metodo, la “accettazione passiva”, impossibile per coloro che non sono ben addestrati e quasi un tratto di personalità per chiunque lo sia. Grazie a questa capacità di sperimentare senza reagire, il meditante distingue gradualmente i disturbi imposti dalle forze esterne da quelli della sua stessa creazione. Essere circondati da un virus e persino subirne gli effetti sono disgrazie subite; essere allarmati, immaginare esiti fatali, essere portati via da ansia, irritabilità e insonnia sono creazioni personali.

Definisco il “primo danno” la sofferenza causata da un agente esterno che non è sotto il controllo della persona che la subisce. Se questa è la situazione, deve essere accettata, ma nella sua misura adeguata, senza esagerare o permetterle di distruggere l’integrità personale. In quel momento sono possibili due errori: uno è negare il danno, fingere che non esista, che non abbia importanza. L’altro è lasciarsi trasportare dalla sofferenza, dal rimpianto, arrabbiarsi con se stessi e con il mondo, demoralizzarsi, interiorizzare l’esperienza dell’attacco e sentirsi come un fallimento. Quest’ultimo errore è il “secondo danno”.

Minimizzare o ridurre al minimo i danni significa mantenere le cose a posto, senza negare o peggiorare le cose con reazioni autodistruttive. Il primo danno è inevitabile, sebbene, concentrando tutta la nostra intelligenza ed energia su di esso, possiamo trovarne soluzioni. Il secondo danno è perfettamente evitabile, se abbiamo stabilito il secondo passo. Tuttavia, poiché non è possibile minimizzare ciò che non si ha e accettare il primo danno è talvolta difficile, autogenics ha sviluppato una nuova tecnica per il terzo passo della PSI, la meditazione sentimentale, chiamata anche *sentire il sentimento*. Consideriamo i sentimenti come opinioni formate dalla parte non razionale della persona, un’attività, detta in termini neurobiologici, tipica del sistema limbico. Per questo motivo, la cosa appropriata non è cercare di liberarsene a forza, ma di percepirla in tutta la loro purezza, cioè con piena accettazione passiva. Con la pratica di sentire il sentimento, le emozioni smettono di essere un fastidio spiacevole, per

diventare una fonte di informazioni che possono essere elaborate cognitivamente (de Rivera, 2018).

Quarto Passo. Comprendere la situazione.

Una persona focalizzata, che sa stare calma e che non perde tempo o energia a peggiorare le cose, è in condizioni ottimali per capire cosa sta succedendo. Ogni situazione critica fa parte di una serie di sequenze interconnesse. Tutto ciò che accade è l'effetto di una causa, o di un'intenzione, o pura casualità. Saper distinguere tra le cose richiede molta calma e potrebbe essere necessario ripetere più volte i passaggi precedenti per raggiungere una certa distanza. Mettersi in un punto di vista esterno, vedere le cose dall'esterno, come se non avessero alcun coinvolgimento personale, è relativamente facile quando i primi tre passi sono ben stabiliti, ma è impossibile per coloro che sono sopraffatti dalla paura, dallo stress o dalla rabbia. Le emozioni negative rivelano circostanze dall'interno, un'attenzione ristretta e scatenano la risposta di lotta-fuga. Solo in uno stato di calma è possibile ritirarsi dalla sofferenza e analizzare la situazione da una prospettiva ampia.

La valutazione cognitiva della situazione è necessaria, ma non sufficiente. Devono essere utilizzate anche altre due fonti di informazione che, sebbene sempre presenti, ricevono generalmente poca attenzione: reattività corporea e sentimenti. L'accesso agli automatismi somatici è sviluppato nel Secondo Passo, in cui inizia anche l'apprendimento della logica dei sentimenti, che è completata nel Terzo Passo. Dobbiamo anche tenere conto dei criteri sociali, costituiti da linee guida culturali e opinione pubblica. Dall'integrazione di tutte queste fonti di informazione emerge il quinto criterio, il personale, la nostra comprensione globale e decisione finale su ciò che sta accadendo.

Per fare un esempio, di fronte alla notizia della pandemia percepisco una pressione nel mio petto, sentimenti di paura e dolore, penso alla fragilità della vita e raccolgo le informazioni disponibili, in tutta la sua incertezza e contraddizione. Con tutto in mente, decido di rimanere a casa, indossare una mascherina se esco, rimanere in stato autogeno il più a lungo possibile e assumere integratori di vitamina C e citrato di zinco. Questa è la mia situazione personale immediata. Posso ampliare la mia visione e applicarmi per comprendere la situazione in cui si trovano i miei parenti stretti, o la popolazione in cui vivo, o l'economia del mio paese.

Comprendere la situazione inizia scegliendo l'ampiezza di ciò che si cerca di capire, che, in generale, corrisponde al problema posto dalla crisi. Pur integrando la nostra comprensione di tutte le dinamiche che interagiscono, è importante rimanere nella realtà e non confonderci con desideri e paure, il che è facile quando siamo in uno stato autogeno e sappiamo come ridurre al minimo il danno.

1. **Criterio corporeo:** reattività somatica istintiva, come contrattura muscolare, pressione al torace, vuoto nello stomaco, etc.
2. **Criterio sentimentale:** ansia, paura, rabbia, rifiuto, tristezza e, in generale, tutte le opinioni del cervello interno sulle circostanze
3. **Criterio razionale:** analisi logica della situazione
4. **Criterio sociale:** linee guida culturali, informazioni esterne disponibili
5. **Criterio personale:** l'integrazione consapevole dei criteri precedenti in un modello coerente di "ciò che sta accadendo"

Quinto Passo. Decidere la condizione.

Una condizione è qualcosa che deve accadere perché accadano altre cose. Riferendosi al proprio comportamento, è il modo di pensare, sentire e agire che rende facile che certe cose accadano e altre no. La nostra condizione personale è generalmente inconscia e involontaria, ed è determinata dal nostro passato e dal nostro modo abituale di rispondere a circostanze diverse. Più ci comportiamo in un certo modo, più è probabile che continuiamo a fare lo stesso e le stesse cose continuano a succedere a noi. Pertanto, questo passo inizia con la comprensione e la consapevolezza della propria situazione e la decisione su come vogliamo che sia. In generale, abbiamo già deciso fin dall'inizio che vogliamo essere calmi, sensibili e creativi; quello è lo stato finale da raggiungere. La condizione, ciò che dobbiamo fare per raggiungere quello stato, è applicare in sequenza tutti i passaggi del metodo.

Il quinto passo ha due parti distinte: 1) Conoscere ciò che si desidera e formare un modello mentale di quella situazione finale. 2) Decidere la condizione, vale a dire, impegnarsi in ciò che dobbiamo fare per rendere quella situazione una realtà.

Può succedere che abbiamo un modello chiaro di ciò che vogliamo, ma quando consideriamo lo sforzo necessario per realizzarlo, vi rinuncia-

mo. Va bene, perché è anti-fisiologico avere obiettivi che non vogliamo raggiungere. Sapere cosa vuoi che succeda è relativamente facile; inserire i mezzi necessari è un'altra questione. Decidere la condizione è impegnarsi nel futuro che abbiamo creato nelle nostra mente.

La condizione è la circostanza, l'atteggiamento e l'idea "essenziali affinché accada qualcosa"; una volta decisa, rimane fissa nella mente e occupa in essa una presenza preminente. Decidere la condizione è impegnarsi a uno scopo, che definisco come segue:

SCOPO: Capacità di scegliere operativamente tra diversi modelli mentali di possibili stati futuri. Ripartito, lo scopo è composto da tre elementi:

1. Creare modelli mentali di stati futuri
2. Scegliere uno tra questi
3. Regolare l'attività in base allo stato futuro scelto

Sesto Passo: Proagire, non reagire.

Ricordiamo che, secondo la psicologia tradizionale, sia nei modelli freudiani che comportamentali, le nostre azioni sono il risultato di esperienze passate. Il mio modello propone di rinunciare a questa dipendenza dal passato e diventare creatori del futuro. A rigor di termini, possiamo dire che il passato non esiste, perché è già passato, e il futuro non esiste, perché non è ancora arrivato. Esiste solo il presente e colui che prende il controllo del suo presente sta creando il suo futuro. Da qui l'importanza del quinto passo, che consiste fondamentalmente nel formare uno scopo per ogni situazione. Il sesto passo sviluppa la capacità di agire in base al nostro scopo, che io chiamo pro-agire.

La proazione è un'azione deliberata di intenzionalità cosciente, guidata da uno scopo, il cui obiettivo è essere la causa di un determinato evento. A differenza della reazione, la cui causa può sempre essere attribuita a un agente esterno, la proazione è la nostra unica e indiscutibile responsabilità. Proagire è agire con strategia e conoscenza, tenendo presente ciò che vogliamo e come lo raggiungeremo.

Educare se stesso alla proazione inizia prendendo coscienza delle nostre reazioni. La reazione è la risposta automatica e inconscia ad altri stimoli o eventi. Reagire è facile, perché veniamo programmati geneticamente per questo e abbiamo acquisito molte linee guida reattive per

condizionamento, esempio e costume. La reazione è l'effetto di un'altra causa o intenzione. Proagire è diventare una causa e cessare di essere un effetto. Uno dei miei studenti descrive la sua pratica nel passo sei in questo modo:

“La mia compagna è nervosa e mi sgrida senza motivo. Prima, la mia reazione sarebbe stata quella di arrabbiarmi e rispondere in modo negativo, o forse essere triste e rimanere inibito. Ora resto calmo, accetto il danno che mi ha fatto, capisco che sta reagendo a una situazione di tensione e che non mi sta attaccando ma piuttosto sfogandosi. Dato che ho deciso che siamo una coppia felice, sorrido con affetto, sono d'accordo con lei, perché ha un po' di ragione, e le parlo dell'argomento che ci preoccupa entrambi e di come risolverlo”.

In questo esempio, la proazione è adeguata, ma potrebbe non esserlo. È opportuno commentare che il Quarto Passo è sempre un'ipotesi, che potrebbe essere necessario modificare se la situazione cambia e che la fermezza del Quinto Passo deve essere flessibile, per adattarlo a questi cambiamenti.

In breve, una volta che impariamo a mantenere la calma nel secondo passo, a controllare le reazioni negative autodistruttive nel terzo, a valutare in modo completo la situazione senza essere disturbati, nel quarto passo, a decidere cosa vogliamo, nel quinto passo e, infine, per agire consapevolmente, coerentemente ed efficacemente nel passo sei, siamo pronti per lo sviluppo naturale di:

Settimo Passo: Creazione di una nuova realtà.

La settima fase appare e si sviluppa da sola, senza alcun intervento speciale da parte del terapeuta. Ogni passaggio è semplice se il precedente è ben realizzato e, al contrario, quando si incontrano difficoltà in uno di essi, è sufficiente lasciarlo e tornare a lavorare su quello precedente. Questa ripetizione sequenziale diventa più facile, più veloce e più automatica, fino a quando tutte le fasi si condensano in un tratto di personalità stabile. Lo sviluppo di questo tratto è opera del Settimo Passo.

Le persone al settimo passo non sono solo resilienti di fronte a crisi e stress in generale, ma in esse appare una nuova qualità che possiamo definire come “la capacità di crescere e rafforzarsi di fronte alle avversità”. Non è più semplicemente che le crisi non le riguardano, ma sono diventate, da vittime impotenti, i creatori di una nuova realtà più adeguata all'esistenza umana.

La prima cosa che attira l'attenzione di queste persone è quanto raramente si spaventino o si arrabbino, un'osservazione che contrasta con il loro evidente interesse e partecipazione a tutto ciò che li circonda. Non è che a loro non importa ciò che fanno gli altri, ma che, qualunque cosa facciano, non lo prendono mai sul personale. Sono in grado di vedere oltre le apparenze e comprendere le cause del comportamento di altre persone. Sanno, per esempio, distinguere se qualcuno è spiacevole perché si sentono minacciati o angosciati o perché si sentono soli, abbandonati e traditi, o perché credono che i loro diritti siano violati o, meno frequentemente, perché vogliono davvero fare del male. Abituata a non reagire emotivamente, la persona radicata nel passo sette agisce in modo adeguato allo stato del proprio interlocutore. Quindi, darà serenità all'angoscia, supporto per l'abbandono, la adulazione o il giudizio della realtà al narcisista (a seconda che voglia sbarazzarsi di lui o aiutarlo), e dissuasive assertività nei confronti del malvagio.

Quindi, naturalmente, una persona radicata nel passo sette disintossica il suo ambiente, diffonde serenità e trasmette, quando questa trasmissione viene accettata, la sua procedura. Sebbene gentile con tutti, "sette" non si aspetta mai molto da nessuno né ha bisogno dell'amore o dell'approvazione degli altri. Quando lo riceve, lo accetta con gratitudine e naturalezza; in caso contrario, rispetta il diritto dell'altro di essere spiacevole e valorizza tutte le critiche che riceve, nel caso contengano insegnamenti. Sicuro di sé, non ha orgoglio o bisogno di ammirazione, quindi è sempre autentico e senza pieghe. Sa già, dal quarto passo, che i suoi sentimenti sono una preziosa fonte di informazioni e non vengono mai presi come motivo di sofferenza.

Nella natura e nelle relazioni umane ci sono molte forze che impongono i loro effetti e una di quelle forze è essere se stessi. Lo sviluppo personale consiste nel prendere possesso della propria forza e diventare sempre più una causa e non una conseguenza. Se, come dice il famoso filosofo, "Io sono io e la mia circostanza", tutto consiste nell'essere ogni volta più me stesso e meno circostanza.

Resilienza anti-pandemia CoViD-19 e trattamento psicoterapeutico con il training autogeno

Elena Gerardi e Luciano Peirone

*Nella caduta ci sono già
i germogli della risalita,
fragili ma verdi.
Vanno coltivati con premura.*

Carl Gustav Jung

La resilienza e la sua funzione anti-pandemia

Nel corso della propria esistenza l'essere vivente si trova in numerose occasioni e circostanze a "dover fare i conti" con problemi che ne mettono in discussione il proprio equilibrio. "Confrontarsi con", "aver a che fare con", "far fronte a": queste ed altre espressioni esprimono, già nel linguaggio quotidiano, la conflittuale dialettica fra "stimolo" e "risposta", qui intesi nella loro accezione problematica, sostanzialmente negativa e disadattativa.

La resilienza (Glantz e Johnson, 1999; Cyrulnik e Malaguti, 2005; Southwick, Litz et al., 2011; Cyrulnik e Jorland, 2012) consiste nell'ef-

ficace adattamento alle esperienze di vita che comportano difficoltà e sfide. Dettagliando la resilienza si incontrano vari suoi aspetti: resistenza, elasticità e flessibilità, capacità di riprendere la forma perduta, lotta e combattimento, forza d'animo e coraggio (Pury e Lopez, 2010), volontà e determinazione, recupero e rilancio, e infine il *ri-adattamento*.

Anche in caso di pandemia, con tutte le sue varie sfaccettature (esposizione ai virus, contagio, malattia, degenza ordinaria, terapia sub-intensiva, terapia intensiva, evitamento del contagio, quarantena, isolamento, lockdown, crisi sanitaria ed economica, rischio di effetti psicopatologici, etc.), la resilienza assume un ruolo di primissimo piano.

L'organismo umano (soma + psiche), per quanto eventualmente provato da negative esperienze di vita e in particolare sottoposto all'azione degli *stimoli distressanti* determinati da un forte impatto pandemico del tipo CoViD-19, contiene pur sempre in se stesso potenzialità di *risposta*, declinabili in primis secondo la risorsa denominata "*resilienza*". Questa risulta essere anche *creativa* in quanto capace di ricerca e innovazione: l'aspetto *dinamico* costituisce infatti un elemento costitutivo della resilienza.

Queste potenzialità, pur essendo interne (endogene, autogene), spesso risultano non percepite dall'individuo: ciò accade perché si ignora la loro esistenza oppure perché non si sa come fare per recuperarle al bisogno. In effetti esistono stati e strati psichici con differenti gradi di consapevolezza e di impatto modificativo (Merrell-Wolff, 1973; Tart, 1975). Il risveglio (*awakening*) e la consapevolezza (*awareness*) stimolati e gestiti dall'operatore – in primis lo psicoterapeuta e lo psicologo della salute-benessere – consentono all'utente di esplicitare tali potenzialità, facendole uscire dalle due aree del Non-Conosciuto, aree dalle quali si avrebbero: 1) carente o insufficiente informazione sul Mondo Esterno (la Realtà); 2) carente o insufficiente informazione sul Mondo Interno (l'insieme intrapsichico formato da Conscio, Preconscio e Inconscio).

Cadere e risalire: uno dei principi della resilienza...

Cerchiamo di non dimenticare il prezioso suggerimento di Jung.

Resilienza immaginativa/visualizzativa e capacità autogena

Fra le varie tecniche applicabili, si distinguono quelle che interpretano *la resilienza quale prodotto della immaginazione attiva e creativa su basi*

di rilassamento, approfondimento interpretativo e riflessione profonda. Più nello specifico, citando l'esempio fornito dal *TA (Training Autogeno)* (Schultz, 1932-1966; Luthe e Schultz, 1969a, 1969b e 1969c; Luthe, 1970a, 1970b e 1973; Wallnöfer, 1972, 1979 e 1998; de Rivera, 2017; Gerardi, 1990; Peirone e Gerardi, 2016), esso costituisce uno strumento (sia clinico sia non-clinico) per implementare e “plasmare” *una costruzione particolarmente “morbida” e spontanea*, che si innesta proprio su *risorse intrinseche* all'organismo vivente in funzione adattativa/riadattativa.

Sfruttando le *energie psichiche interne comunque presenti* nell'individuo, si può operare una loro “canalizzazione” sotto forma di *immaginazione visualizzativa*.

Le abilità su come “resistere” ai colpi inferti dal caos virale-sanitario necessitano di una ricerca e di una attivazione adeguate, e quindi di operatori opportunamente addestrati. Questo complesso lavoro non è sempre facile, soprattutto nei periodi di emergenza, ma non è impossibile, tenendo conto che il recupero della persona in vario modo “ferita” inizia pur sempre da quel “*basic state of wellbeing*” facente parte della “normale” dotazione psico-fisica di ogni organismo.

Ciascun individuo, proprio in quanto “individuo”, reagisce a modo suo all'impatto psicopatogeno. Il “*vulnus*” è quindi specifico, di volta in volta unico (al di là di alcuni standard di fondo): da qui l'importanza di sfruttare la ricchezza immaginativa per stimolare la reazione “personalizzata”. In fondo, se si sa ben attivare e dosare l'immaginazione attiva, questa può apportare soggetti benefici; ovviamente sempre tenendo conto della concreta e specifica situazione oggettiva nella quale la persona si trova “immersa” o addirittura “precipitata”.

Forza d'animo, sicurezza, coping, empowerment, positività, autostima, fiducia in se stessi e negli altri, capacità relazionale, solidarietà, etc.: ecco le principali direttrici in grado di esaltare la *resilience skill* di chi deve/dovrebbe (anche velocemente) cercare di non farsi travolgere dallo *tsunami pandemico*, imparando a difendersi in primis da ansie, fobie, ipocondria, panico, tendenze depressive, spinte dissociative etc., ovviamente ristrutturando tanto il campo cognitivo-comportamentale quanto la sfera emozionale, composta in ultima analisi da sentimenti, affetti e relazioni.

Ottimale sarebbe la costruzione di una *resilienza preventiva*, capace di visualizzare tanto gli “*scenari*” *negativi* ben prima del loro irrompere quanto gli “*scenari*” *positivi* da predisporre e goderne adeguatamente.

Casi clinici di immaginazione attiva, creativa e autogena

Passando dal generale al particolare, dal “sociale” al “personale”, dalla pandemia all’individuo, allo scopo di specificare ulteriormente la dialettica fra realtà (dell’evento pericoloso) e immaginazione/visualizzazione (quale vettore di resilienza), vengono qui di seguito illustrati due esempi di soggetti sottoposti a trattamento psicoterapeutico: il che implica la *resilienza ex post*.

I pazienti presentano diagnosi differenti ma entrambi i trattamenti si situano nell’ottica immaginativa, sottolineando pertanto l’importanza dell’aspetto visualizzativo profondo. Entrambi i casi clinici vertono sui vissuti onirici/oniroidi relativi al nuovo coronavirus e alle paure che ne derivano. La “*realtà esterna*” e la “*realtà interna*” appaiono contemporaneamente nella loro separazione e nella loro confluenza. La presenza oggettiva del virus e la soggettiva paura/ansia/angoscia si mescolano fra loro, fondendo concrete situazioni di pericolo e fantasmatiche rappresentazioni oniriche (il sogno propriamente detto) oppure oniroidi (il sogno in stato di veglia descritto da Desoille nel 1961 e le altre manifestazioni basate su immagini e visualizzazioni).

Sindrome fobico-ossessiva

Luca, 35 anni, già prima dell’avvento della pandemia è in psicoterapia ad orientamento analitico per disturbi da fobie e ossessioni (in particolare, la forte ansia del toccare ed essere toccato), per cui è già ampiamente predisposto a produrre i timori connessi al nemico che non si vede e non si tocca. L’arrivo di SARS-CoV-2 riattiva e accresce le angosce profonde che il paziente cerca di controllare soprattutto mediante l’analisi dei sogni che porta in seduta, sogni che, attraverso contenuti rassicuranti, stavano dimostrando l’esito positivo del trattamento terapeutico.

Improvvisamente, proprio nel periodo di massima diffusione del contagio, pur senza che il paziente manifesti oggettivi problemi da CoViD-19, un sogno irrompe come un’esplosione nell’inconscio di Luca, che racconta: “È un pomeriggio di festa, mi trovo con amici in una strada affollata e piena di gente che canta e ride felice. A poco a poco tutti si fanno silenziosi, si guardano con sospetto e vanno via; anche i miei amici se ne vanno e io rimango solo. Mi avvio verso casa. Improvvisamente mi trovo avvolto in un

banco di nebbia e vengo assalito da un improvviso terrore perché qualcosa di indefinito mi aggredisce... qualcosa come mille punture di spilli sta per travolgermi e io non posso difendermi perché, non avendo una forma precisa, non vedo nulla. Mi sveglio madido di sudore e faccio fatica a respirare”.

Dalla eziopatogenesi della malattia, dalle associazioni libere e dall'interpretazione del sogno si riesce a chiarire il riferimento onirico al nuovo coronavirus, giustamente immaginato senza forma che non si può vedere o toccare. Traspone anche il chiaro riferimento alla difficoltà respiratoria che Luca associa alla sua reale paura di essere contagiato e di ammalarsi.

Dalla *immaginazione patogena* alla *immaginazione salutare*. Come fare?

Senza dilungarci sui vari dettagli del percorso terapeutico, nel nostro contesto di scrittura interessa mettere a fuoco il contenuto manifesto di ciò che il paziente immagina e visualizza. A questa specifica immagine onirica gravida di un vissuto centrato sulla paura irrazionale, lo psicoterapeuta contrappone, quale prodotto di immaginazione attiva e creativa, nonché autogena, una *contro-visualizzazione terapeutica* cosciente (ma generata dal profondo della psiche) basata sul diradarsi della nebbia, sul “vederci chiaro” e sul recupero della capacità respiratoria, “plasmando” nel paziente la capacità di gestione delle immagini ansiogene. In particolare, il contenuto della suggestiva visualizzazione richiama, finalmente in modo rassicurativo, la reale forma (sfera coronata) del nemico invisibile, allo scopo di padroneggiarne la vivida immagine fornita dai mass media, immagine vissuta in precedenza dal paziente con eccessiva paura.

Sindrome ansiosa

Angelica, 43 anni, fruisce di un supporto psicologico per una sofferenza psicosessuologica, con paure non particolarmente accentuate e un po' di preoccupazione relativa alla propria fertilità cronologicamente intesa: “Non ho più molto tempo; il mio orologio biologico sta per fermarsi. E ora con questo virus...”. In trattamento mediante TA (Training Autogeno) sin da prima dell'avvento del virus, dopo l'arrivo di quest'ultimo ma in condizione di persona esente da CoViD-19, ecco apparire alcune sue riflessioni consce in stato autogeno-oniroide di rilassamento profondo (con onde cerebrali di tipo alfa): un richiamo iconico esplicito al virus, immaginato come dotato di forma (oltre tutto assai personalizzata) e quindi con “fare minaccioso”.

L'immagine spontanea negativa verte in particolare sulla sfera "coronata" del virus, equiparata alla sfera dell'ovulo femminile, fonte di ansia sulla effettiva fertilità e sulla possibile conseguente problematica gravidanza (pericolo per se stessa e per il feto).

L'intervento clinico appartiene all'area autogeno-immaginativa. Anche qui, come nel caso precedente, non ci si dilunga sul trattamento e neppure sulle "formule autogene" di tipo "cognitivo-verbale": interessa invece la "forma visualizzativa", sia quella problematica sia quella curativa.

L'immagine negativa viene gestita in modo attivo e creativo mediante la seguente contro-visualizzazione terapeutica. Qual è il contenuto della visualizzazione indotta dal terapeuta? Una imago che, partendo dalla realistica raffigurazione fornita dal microscopio a scansione elettronica (SEM, Scanning Electron Microscope) e spettacolarmente riportata dai mass media, consente alla paziente di ri-elaborare le "appuntite sfere nemiche" quali "lisce sfere amiche" in quanto equiparate ai propri ovuli sani e fecondabili: un simil "Corona-Virus" privo di spine, cioè una sfera *vivacemente e vitalmente* (sic!) colorata, pronta ad accogliere dolcemente qualcuno dall'ambito nugolo di spermatozoi, a suggerire l'amoroso incontro tra il Femminile e il Maschile.

Il Nulla e la Morte: vissuti specifici del nuovo coronavirus e della relativa malattia

Usciamo ora dai concreti casi clinici, per analizzare un paio di questioni più astratte: teoriche e di metodo applicativo.

Va da sé che ogni epidemia/pandemia comporta vivaci situazioni esperienziali: in particolare, ciò accade con l'attuale fenomeno, decisamente di tipo nuovo e, soprattutto, di tipo "molto forte", emotivamente parlando. Ciò comporta modifiche nei protocolli psicoterapeutici, che, per adattarsi al contesto diagnostico-clinico in continua evoluzione, devono fare ricorso all'inventiva dell'operatore, il quale giorno per giorno è chiamato a rivestire i panni pure del "ricercatore".

Visualizzare ed esperire il Nulla

Di fatto, il nuovo coronavirus (SARS-CoV-2) è, dal punto di vista della

percezione, un “Nulla”: per l’occhio umano non esiste.

Il problema è facilmente inquadrabile, ma difficilmente risolvibile: come visualizzare (soggettivamente) ciò che non si può vedere (oggettivamente). Partendo da una mancanza percettiva come si può dare forma ad una imago interna sulla quale esercitare l’indispensabile azione del “plasmare” (e quindi modificare)?

Ad esempio, per un soggetto che soffre di tachicardia e che deve rallentare il battito, è chiaro che non può vedere il proprio cuore, però ne ha già visti altri (disegnati, fotografati, filmati o, talvolta, dal vero), per cui sa come è fatto un cuore (che sta fermo o che pulsa). Nel caso di un virus a priori invisibile, occorre pertanto una superiore capacità immaginativa per poter incidere sulla sua plasmabilità: l’“*ideismo*” necessita, in questo caso, di una ben più potente *carica suggestiva*. Così come, sul piano linguistico delle *formule*, occorre saper “inventare” pensieri, verbalizzazioni interne, sonorità immaginate ed eventuali rime di tipo nuovo, il tutto praticamente senza precedenti: qui la creatività del terapeuta e dello stesso paziente vengono particolarmente sollecitate e si può riscontrare *la reale capacità di innovare* (fattore questo sempre decisivo nel portare al cambiamento terapeutico).

Facciamo un esempio. Come gestire un problema o una sofferenza direttamente scatenati dall’arrivo del virus? Come gestire il vissuto conscio di ansia “galoppante” relativa al virus invisibile? Che fare quando l’oggetto ansigeno è invisibile, per cui richiama l’archetipo del Nulla/Vuoto?

Bisogna per forza lavorare sul fattore scatenante e quindi lavorare sulla “nullità/vacuità” del virus, entrambe comportanti una negatività esistenziale.

All’interno di un sostanzioso percorso di terapia autogena, già ben strutturato con gli esercizi del livello somatico, si può lavorare come segue. L’auto-distensione fisica (muscolo-scheletrica) conduce “naturalmente” allo “*schermo mentale / mental screen*” che viene progressivamente ripulito, apparendo infine un “nulla” non più ansigeno: ad es., si suggerisce la bianca lavagna “sporcata” da varie scorie, fra le quali la miriade di piccole e pericolose sfere coronate virali che vengono dapprima evocate e messe a fuoco, e in seguito progressivamente cancellate, ripristinando alla fine il candore/purezza originali del mental screen, e quindi insegnando al paziente a riconciliarsi con il “vuoto” positivamente inteso.

Il senso di ciò che clinicamente accade è una visualizzazione tale per

cui il paziente concepisce “Il *mio* Nulla quale sfera vuota e leggera, galleggianti nell’aria”. La “*passiva vacuità*” si accompagna a formule del tipo “Lascia accadere... ciò che accade”, dove appunto non c’è nulla di specifico, dove il vuoto agisce quale protagonista.

Ben si comprende allora il fatto che le parole vacuità/vuoto non siano casuali, come pure le parole nulla/nullità. Il corpo, profondamente rilassato in situazione alfagenica, induce calma e quiete mediante il decisivo ricorso alla vacuità mentale, riuscendo a dare un senso al misterioso virus.

Pensare il vuoto, pensare il nulla, pensare l’assenza: tutt’altro che facile questa paradossale operazione psichica dove la coscienza deve cercare di “non essere consapevole”. Percepire il non percepibile virus... Difficile, ma in una certa misura fattibile anche in situazioni da “non esperti”.

La *vacuità* costituisce, insieme con la calma interiore profonda, uno dei *centri motore* dell’addestramento autogeno (Schultz, 1932-1966; Luthe e Schultz, 1969a, 1969b e 1969c; Luthe, 1970a, 1970b e 1973; Wallnöfer, 1972, 1979 e 1998; de Rivera, 2017). L’esperienza del vuoto è tipica non solo del TA ma anche della meditazione, ad ampio raggio intesa. La tipica fase “vuoto mentale” del TA è infatti condivisa da varie tecniche dell’“antico Oriente”. Training autogeno, yoga, meditazione, Zen *no-mind* (Suzuki, 1958), *emptiness* (Hopkins, 1983), *voidness* (Rabten, 1983), *mindfulness* (de Rivera, 2017): sono concetti che, tutti, convergono sullo svuotare (per poi successivamente riempire) la psiche.

La soluzione dell’ansioso virus evocatore di “nulla e vuoto” paradossalmente passa proprio attraverso il “vuoto” che costituisce uno dei passaggi-chiave delle suddette tecniche. Viene prodotta l’“induzione” soft (di tipo autogeno: emersione spontanea) di adeguate *visualizzazioni* e *formule*, incentrate sullo svuotare la mente: quest’ultima viene depurata dalle scorie quotidiane, ci si immerge nella sensazione di un nulla che, pur simile al nulla nel quale si nasconde il virus, in realtà assume una valenza positiva e salutare.

Pensato o anche solo implicitamente vissuto, è come esprimere questa potente sensazione: “La mia mente, da cui lascio uscire ogni pensiero ed emozione, ‘sprofonda’ in una piacevole *vacuità mentale*”.

Si lavora sulla eliminazione delle scorie (tra cui il virus). Il “*nettoyage mental* / pulizia mentale” permette il sorgere della positività terapeutica.

In definitiva, si determina (non facilmente!) il vissuto del Nulla, il vissuto del Vuoto. Il Nulla va figurato. Il Vuoto va riempito.

Visualizzare ed esperire la Morte

Il Nulla è meno visualizzabile rispetto alla Morte. Basti pensare alla presenza fisica dei cadaveri, in particolare nei riti funebri, ai corpi mummificati, alle raffigurazioni pittoriche o scultoree degli scheletri e, in particolare, alla medievale Danza Macabra. Tutte realtà materiali ben visibili e quindi ben visualizzabili.

Di fatto, la nuova malattia (CoViD-19) connessa al virus è, dal punto di vista della percezione, più facile rispetto al virus: per l'occhio umano la malattia esiste, sotto forma di persone decedute o di pazienti effettivamente visti nella loro devastazione fisica e nei macchinari che cercano di aiutarli. Però, a differenza del virus, l'angoscia (e quindi il freno emotivo) è nettamente più forte: una sfera coronata "disegnata" dice molto poco rispetto ad un volto umano che soffre, ad un corpo che sta per soccombere all'aggressione di tanti e misteriosi attacchi (al respiro, ai polmoni, ai bronchi, ai vasi sanguigni, al fegato, etc.).

Per analogia con quanto detto sul Nulla, anche la Morte può venire trattata con la psicoterapia autogeno-immaginativa. Tenendo ben presenti sia la morte materiale (fisica e psichica) e la morte immateriale (psichica), sia la Morte simbolico-archetipica comportante il Nulla Eterno, si può lavorare tramite adeguate visualizzazioni e formule.

Va tuttavia precisato che la malattia CoViD-19, quale espressione ben visibile e tangibile dell'invisibile e intangibile virus, favorisce iconicamente l'Imago Mortis, ma, diversamente dal virus, sfavorisce l'accettazione emotiva dell'evento: evento composto dalla morte e dal morire nonché dalle cinque fasi dell'elaborazione del lutto (Kübler-Ross, 1969), vale a dire negazione/rifiuto, rabbia, contrattazione/patteggiamento, depressione, accettazione; fasi che nella attuale pandemia purtroppo si presentano frequentemente e andrebbero opportunamente trattate anche dal punto di vista clinico.

Vivere l'esperienza del morire, con e senza accompagnamento (Cristini, 2007): l'ultimo, enorme problema dell'esistere...

La morte è il nero, l'oscurità, l'assenza. La vita è il colore, la luce, la presenza. Contrapposizione ben rappresentata dal famoso dipinto di Gustav Klimt *Morte e Vita*. Dunque proprio questo dipinto può essere lo spunto per la personale creazione di un'immagine mentale che, partendo da una oscura ombra mortifera, si va via via trasformando in una lumino-

sità che pervade il campo visivo fino a divenire un cerchio di luce animato dalle persone più care: sia quelle in vita che quelle scomparse.

La presenza delle positività esistenziali – a partire da una conoscenza (sia pure sommaria, considerata la tragica situazione di emergenza) della reale storia di vita del deceduto – consente un minimo di aiuto che lo psicoterapeuta può dare al sopravvissuto. Si fa notare che, nel nostro contesto autogeno-immaginario, la dimensione narrativa fa da stimolo per l'attivazione di profondi inconsci vissuti dove le varie icone materiali (ricordi fotografici e filmici) possono fare da supporto alle icone immateriali del Mondo Interno in certi momenti pervaso dai fantasmi di Morte.

Ovviamente, l'unicità costituita dalla reale persona che è venuta a mancare e dai familiari/amici che stanno soffrendo per la dipartita obbliga la creazione di immagini e formule verbali altamente personalizzate.

In definitiva la morte (reale) costituisce sempre un fatto storicamente specifico; tuttavia ogni concreta sua manifestazione evoca l'inconscio fantasma archetipico, per cui colui che aiuta la vittima sopravvissuta deve tenere conto anche degli aspetti psicoanalitici del concreto evento materiale, e quindi anche della Morte in quanto simbolo con relative visualizzazioni. Il *reale* e l'*immaginario* devono sempre essere presenti contemporaneamente all'interno del contesto clinico.

Psicoterapia autogena e autoipnotica: problematici ambiti applicativi

Immagini e simboli, visualizzazioni e carica emozionale, fantasia e investimento affettivo, suggestione e ideoplasia, autoipnosi e formule positive-propositive, autogenicità e approccio olistico psiche-soma: questi sono i temi-guida del metodo e della tecnica del training autogeno, con particolare rilievo dato alla componente terapeutica (Schultz, 1932-1966; Luthe e Schultz, 1969b e 1969c; Caldironi e Widmann, 1980; Peresson, 1984-1987; Widmann, 2015; Peirone e Gerardi, 2016; de Rivera, 2017).

Peraltro, è legittimo domandarsi quanto tutto ciò possa conciliarsi con il poter contrastare efficacemente gli aspetti psichici di CoViD-19.

Resistenza, resilienza, psicologia: sicuramente giuste parole, giusti pensieri, giuste emozioni, giusti comportamenti! Ma non è facile, soprattutto dopo il reale impatto del virus sul corpo e sulla psiche.

Non dimentichiamo cosa abbiamo di fronte.

La piccolezza, la microscopicità del virus: tendenzialmente percepita come infinita. Il silenzioso pericolo, che non manda alcun segnale sulla propria presenza. La malattia non sempre curabile. La sempre possibile minaccia del perdere la vita. Pandemia: l'angoscia del tutto (*"pan"*) che incombe sul popolo (*"dêmos"*). Pandemia e panico: concetti assoluti, fonti di negatività teoricamente infinita e quindi comportanti la difficoltà clinica nel padroneggiare fantasmi inconsci che tendono all'Assoluto. Timor pandemico e timor panico. Potenzialmente: paura infinita (fobia illimitata), ansia infinita, angoscia infinita, terrore.

È evidente che la tecnica autogeno-visualizzativa, pur in possesso di un solido impianto teorico e metodologico che la rende autonoma rispetto agli altri "grandi modelli" della psicoterapia, nella pratica quotidiana viene utilizzata molto spesso quale strumento integrativo di un più ampio e profondo modello: nel nostro caso, l'abbinamento ottimale risulta quello con la psicoterapia ad orientamento psicoanalitico. Da ciò deriva che, in generale ma ancor più per il particolarissimo problema CoViD-19, essa viene/verrebbe efficacemente applicata soprattutto quale *"psicoterapia di sostegno/supporto"*, finalizzata:

- ad affrontare, se in tempi brevi/brevissimi, situazioni di shock e trauma allo stato "puro", le quali implicano un approccio per lo più in termini di psicologia dell'emergenza/urgenza e quindi di tipo "focale" incentrato sui vistosi sintomi;
- oppure, ad affrontare, se in tempi più lunghi e con minore invasività, situazioni di maggiore portata, coinvolgendo in tal modo la personalità ed eventuali comorbidità (altri disagi/malattie).

Pertanto essa può:

- assumere la veste di "psicoterapia breve/brevissima e d'urgenza" impiegata da sola, con una alleanza terapeutica tutta da inventare;
- oppure assumere la veste di "psicoterapia collaterale-complementare situata nel più ampio contesto di psicoterapia dinamica-intensiva-profonda con media/lunga durata" e con una alleanza terapeutica assai più strutturata.

Va da sé, a questo punto, che – oltre alla *capacità esecutiva di base* (em-
patia sonora ed iconica) ed alla *capacità creativa* (“far fuoco con legna che
si ha al momento”, letteralmente inventando in situazioni caratterizzate
anche da estrema tensione/angoscia) – il terapeuta deve possedere quella
sensibilità che gli permette di cogliere l’effettiva ricettività-collaboratività
da parte del paziente.

Introspezione, insight ed empatia: da attivare “al volo” in momenti an-
che drammatici se non addirittura tragici. Una personalità “forte” e dina-
mica, al tempo stesso, quella dell’operatore: il che presuppone una *efficace*
formazione ed una *comprovata esperienza*.

La tecnica, in sé, sarebbe anche relativamente semplice; ma i contesti
applicativi, in emergenza, rendono tutto difficile e distressante.

Autogena resilienza: contro il virus, contro la malattia

Vediamo ora di sintetizzare.

La resilienza va costruita; in realtà va attivata e ri-attivata; essa è già pre-
sente, quale potenzialità dell’organismo sano. Va perfezionata. Va applicata.

Vale il *rilassamento psico-fisico* (Jacobson, 1938; Durand de Bousingen,
1961) come pure il liberarsi dalle scorie mentali mediante l’esperienza della
vacuità, in primis quella Zen (Suzuki, 1958). Vale la *Konzentrierte Selbsten-*
tspannung / autodistensiva e passiva concentrazione (Schultz, 1932-1966),
ma vale anche la *passiva accettazione con neutralizzazione* (Luthe, 1970b e
1973), e vale pure la *attiva induzione etero-ipnotica* (Erickson e Rossi, 1982)
che va ad agganciarsi alla *passiva emersione auto-ipnotica* di ciò che già esi-
ste. I due “metodi” (passivo ed attivo) alla fin fine convergono: non a caso
l’*immaginazione attiva* (Jung, 1936; Chodorow, 1997) “spinge”, sia pure
dolcemente, in una certa direzione prefissata, pur sempre nel rispetto del
processo di individuazione (e quindi del carattere endogeno). La *spontanei-*
tà converge con la *finalità*. Il tutto risulta compatibile sia con il terzo livello
di sviluppo del TA, denominato *Autogenics 3.0* (de Rivera, 2017) – nella
sequenza: Schultz, Luthe e de Rivera – e caratterizzato dall’auto-sviluppo
meditativo, sia con i quattro livelli/cicli (somatico, cognitivo-emotivo, ana-
litico, meditativo) per tanti anni sperimentati con il metodo trasversale
(Gerardi, 1990; Peirone e Gerardi, 2016).

In fondo, l’approccio eclettico-integrato consente numerosi punti di

contatto – meglio: di “innesto reciproco” – fra prospettive e tecniche che hanno più punti in comune che differenze.

La resilienza è silente e potenziale. È sostanzialmente autogena. Può venire risvegliata e resa operativa “al bisogno”, dunque ex post. Ma ottimale sarebbe la sua presenza ex ante, quindi l’essere già stata attivata e perfezionata in precedenza, in previsione del “bisogno”.

Repetita iuvant.

Un organismo opportunamente addestrato sarebbe già resiliente tout court, ad ampio raggio, indipendentemente dalla specifica focalizzazione su uno specifico problema. Virus e malattia, per tornare al tema di attualità, sarebbero meglio gestibili – nei loro effetti psichici potenzialmente patogeni – proprio da un soggetto pre-parato. Si tratta del fin troppo parlato ma raramente agito “*metodo preventivo*”. Persin banale questo approccio, ormai, dal punto di vista scientifico... ma la sua messa in opera risulta più un’eccezione che una regola, e ciò non solo in psicologia ma anche in tante altre sfaccettature della vita.

Considerando la sostanziale spontaneità, innocuità e relativa facilità delle tecniche suggestivo-autogene, proviamo ad immaginare quanti e quali comportamenti “irresponsabili” (legati a SARS-CoV-2 e CoViD-19) sarebbero in effetti abbastanza facilmente gestibili (con prevenzione presoché totale) se solo si disponesse di personalità equilibrate ed armoniche, plasmate da un motore ipnotico “pulito ed ecologico”, mediante il quale le “cose” venissero finalmente colte “per quel che sono”, senza l’immane zavorra costituita da una soggettività umana distorta da immotivate paure, da bassi livelli di autostima, da difficoltà relazionali e comunicative, da coazione a ripetere gli errori, da sfiducia in se stessi e nella vita, etc. etc.

Cambiare dentro per cambiare fuori

*Poiché tutto è un riflesso della nostra mente
tutto può essere cambiato dalla nostra mente.*

Buddha

L’aforisma dell’Illuminato va inteso così: spesso la realtà è frutto di una illusione, per cui – annullando l’illusione (attraverso una nuova *immaginazione/visualizzazione*, un nuovo pensiero, una nuova interpretazione)

– la realtà stessa può (a volte) venire modificata. Detto in un altro senso: se non posso cambiare la oggettiva realtà, cerco almeno (cosa che è alla portata della mia psiche!) di modificare me stesso, cioè il mio soggettivo modo di *vedere/interpretare/immaginare/visualizzare*: pertanto, un qualche cambiamento (e relativo adattamento) risulta sempre possibile.

Anche il virus “che non si vede e non si tocca” potrebbe venire modificato: soggettivamente e indirettamente con la psicologia che agisce sulle sue vittime, come pure oggettivamente e direttamente mediante una efficace ricerca scientifica (al momento ancora insufficiente nelle cure e nel vaccino).

Intervenendo sulla psiche umana e ristrutturando il “*campo cognitivo*” e il “*campo immaginativo*”, nonché il “*campo volizionale*” (*la volontà*), si può tentare di cambiare il soggetto (noi stessi, in modo neppur tanto difficile) e tentare di cambiare l’oggetto (“lui”, al tempo presente con azione assai difficile, ma come minimo facendogli “terra bruciata” intorno, “non dandogli da mangiare”, mediante il lavaggio delle mani, il distanziamento fisico tra le persone, la mascherina, la disinfezione, la quarantena, l’isolamento, il lockdown).

In ogni caso, sempre di “*potente ristrutturazione immaginante/visualizzante della psiche*” si tratta...

Visualizzare la malattia globale, visualizzare la salute globale: con il potere dell’Inconscio

La ricchezza dell’Anima è fatta di immagini.

Carl Gustav Jung

Ormai il Mondo è uno solo (e la diffusione del nuovo coronavirus ne è una delle dimostrazioni più lampanti, come pure il famoso battito d’ali di una farfalla che produce un tornado a migliaia di chilometri di distanza). I vari sottosistemi sono interconnessi. E l’inconscio è, più o meno, lo stesso dappertutto.

“*One health concept*”: ormai risulta evidente.

Andando al di là del personale, al di là del “particolare”, ognuno dovrebbe vivere la propria individualità non disgiunta dal senso comunita-

rio, dalla dimensione sociale e globale. Pur nella loro misteriosità (anzi, forse proprio per questa), SARS-CoV-2 e CoViD-19 costituiscono la prova della necessità di integrare il livello microscopico con il livello macroscopico.

All'essere umano non resta che imparare (o re-imparare, recuperando una sapienza antica) a curarsi meglio.

Guardandosi dentro. Guardandosi intorno.

Cercando di visualizzare e vedere meglio, allo scopo di cambiare le cose che non vanno bene.

Cercando di sviluppare la propria più profonda creatività, attraverso l'intimo gioco simbolico (che attinge al mondo onirico e oniroide, che attinge al mondo inconscio), attraverso una nuova sensibilità che lo renda "partecipe e partecipante", "protagonista", ma soprattutto "responsabile", capace cioè di fornire risposte adeguate ai problemi: e "adeguatezza" si traduce in capacità di soluzione, ovvero in *verità, efficienza, efficacia, utilità*.

Bibliografia

- Caldironi, B., & Widmann, C. (1980). *Visualizzazioni guidate in psicoterapia*. Abano Terme: Piovan Editore.
- Chodorow, J. (1997). *C. G. Jung on active imagination*. New York, NY-London: Routledge.
- Cristini, C. (Ed.) (2007). *Vivere il morire. L'assistenza nelle fasi terminali*. Roma: Aracne.
- Cyrulnik, B., & Jorland, G. (Eds.) (2012). *Résilience. Connaissances de base*. Paris: Éditions Odile Jacob.
- Cyrulnik, B., & Malaguti, E. (Eds.) (2005). *Costruire la resilienza. La riorganizzazione positiva della vita e la creazione di legami significativi*. Trento: Erickson.
- Desoille, R. (1961). *Théorie et pratique du rêve éveillé dirigé*. Genève: Éditions du Mont-Blanc. (Trad. It. *Teoria e pratica del sogno da svegli guidato*. Roma: Astrolabio-Ubaldini, 1974).
- Durand de Bousingen, R. (1961). *La relaxation*. Paris: Presses Universitaires de France. (Trad. It. *Distensione e training autogeno*. Roma: Edizioni Mediterranee, 1977).
- Erickson, M. H., & Rossi, E. L. (1982). *The collected papers of Milton H. Erickson on hypnosis. Vol. I, II, III, IV: Hypnotic investigation of psychodynamic processes*. New York, NY: Irvington Publishers.
- Gerardi, E. (1990). *Training autogeno e salute. Fra Oriente e Occidente una via verso il benessere*. Con audiocassetta. Cuneo: Edizioni L'Arciere.
- Glantz, M. D., & Johnson, J. L. (Eds.) (1999). *Resilience and development: positive life adaptations*. New York, NY: Kluwer Academic / Plenum Press.
- Hopkins, J. (1983). *Meditation on emptiness*. London: Wisdom Publications.
- Jacobson, E. (1938). *Progressive relaxation*. Chicago: University of Chicago Press. (Trad. It. *L'arte del rilassamento. Come si affronta la tensione nella vita moderna*. Roma: Casini, 1952).
- Jung, C. G. (1936). *Traumsymbole des Individuationsprozess*. In C. G. Jung, *Werke. Vol. XII*. Olten und Freiburg im Breisgau: Walter Verlag,

1980. (Trad. It. *Simboli onirici del processo d'individuazione*. In C. G. Jung, *Opere. Vol. XII*. Torino: Bollati Boringhieri, 2001).
- Kübler-Ross, E. (1969). *On death and dying*. New York: Macmillan. (Trad. It. *La morte e il morire*. Assisi: Cittadella Editrice, 2015).
- Luthe, W. (1970a). *Autogenic therapy. Vol. IV: Research and theory*. New York, NY-London: Grune & Stratton.
- Luthe, W. (1970b). *Autogenic therapy. Vol. V: Dynamics of autogenic neutralization*. New York, NY-London: Grune & Stratton.
- Luthe, W. (1973). *Autogenic therapy. Vol. VI: Treatment with autogenic neutralization*. New York, NY-London: Grune & Stratton.
- Luthe, W., & Schultz, J. H. (1969a). *Autogenic therapy. Vol. I: Autogenic methods*. New York, NY-London: Grune & Stratton.
- Luthe, W., & Schultz, J. H. (1969b). *Autogenic therapy. Vol. II: Medical applications*. New York, NY-London: Grune & Stratton.
- Luthe, W., & Schultz, J. H. (1969c). *Autogenic therapy. Vol. III: Applications in psychotherapy*. New York, NY-London: Grune & Stratton.
- Merrell-Wolff, F. (1973). *Philosophy of consciousness without an object*. New York, NY: Julian Press.
- Peirone, L., & Gerardi, E. (2016). *Il Training Autogeno: tecnica e metodo fra psicoterapia e psicologia della salute*. Milano: Edizioni FerrariSinibaldi.
- Peresson, L. (1984-1987). *Trattato di psicoterapia autogena*. Padova: Edizioni CISSPAT. 5 Volumi.
- Pury, C. L. S., & Lopez, S. J. (Eds.) (2010). *The psychology of courage: modern research on an ancient virtue*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Rabten, G. (1983). *Echoes of voidness*. London: Wisdom Publications. (Trad. It. *Le tre vie per la realizzazione della vacuità*. Roma: Astrolabio-Ubaldini, 1985).
- de Rivera, L. (2017). *Autogenics 3.0: the new way to mindfulness and meditation*. Second edition. Madrid: CreateSpace Independent Publishing Platform.
- Schultz, J. H. (1932-1966). *Das Autogene Training. Konzentrative Selbstentspannung*. Stuttgart: Thieme Verlag. (Trad. It. *Il training autogeno. Metodo di autodistensione da concentrazione psichica*. Vol. I:

- Esercizi inferiori*, 1968. Vol. II: *Esercizi superiori. Teoria del metodo*, 1971. Milano: Feltrinelli).
- Southwick, S. M., Litz, B. T., Charney, D., & Friedman, M. J. (Eds.) (2011). *Resilience and mental health. Challenges across the lifespan*. Cambridge: Cambridge University Press. (Trad. It. *Resilienza e salute mentale. Le sfide nel corso della vita*. Roma: Giovanni Fioriti Editore, 2016).
- Suzuki, D. T. (1958). *The Zen doctrine of no-mind*. London: Rider & Co. (Trad. It. *La dottrina Zen del vuoto mentale*. Roma: Astrolabio-Ubaldini, 1968).
- Tart, Ch. T. (1975). *States of consciousness*. New York, NY: Dutton. (Trad. It. *Stati di coscienza*. Roma: Astrolabio-Ubaldini, 1977).
- Wallnöfer, H. (1972). *Seele ohne angst. Hypnose, autogenes training, entspannung*. Hamburg: Hoffmann und Campe Verlag. (Trad. It. *Anima senz'ansia*. Torino: Edizioni Gli Archi, 1989).
- Wallnöfer, H. (1979). *Autogenes Training*. Wien: Mannheim-Böhringer.
- Wallnöfer, H. (1998). *Gesund mit Autogenem Training und Autogener Psychotherapie*. Wien: Verlag Edition Praesens. (Trad. It. *Sani con il Training Autogeno e la psicoterapia autogena. Verso l'armonia*. Roma: Armando, 2008).
- Widmann, C. (2015). *Le terapie immaginative*. Edizione ampliata. Roma: Edizioni Magi.

La centralità dell'intervento psicologico precoce e preventivo del trauma in emergenza Covid-19: interventi di stabilizzazione sensomotoria

Emma Giordano

La vita ci mette spesso di fronte a nuove sfide, ma l'attuale pandemia è stata, ed è ancora sotto certi aspetti, una situazione completamente nuova. Il suo impatto ci ha sorpreso e sconvolto in maniera profonda, perché non avevamo ancoraggi o suggerimenti da prendere in prestito da un recente passato.

Il suo essere un nemico non percepibile, senza corporeità, aggressivo, incombente e con un'intensità così variabile a seconda delle vittime, dei luoghi e dei contesti, continua a slatentizzare il timore di ciò che non è controllabile.

L'ansia per il presente e per gli scenari futuri, la rabbia per una quotidianità stravolta e per una prossimità negata, sviluppano una percezione

di instabilità in diverse aree della nostra esistenza, mettendo così a dura prova la nostra percezione di sicurezza.

L'impotenza e l'incertezza rimbombano nelle nostre menti, dentro i nostri cuori, nelle nostre case, tra i nostri affetti e le nostre cose. Questo può sconvolgerci e disregolarci emotivamente, aumentando il nostro disagio e rendendo complicato accedere a quella fonte di approvvigionamento e sostegno che sono le nostre risorse.

A vario titolo, psicologi e psicoterapeuti, a seconda del momento e della tipologia di vittime, che siano state direttamente implicate, facenti parte del gruppo dei soccorritori o della comunità dove gli eventi critici si sono verificati, hanno dovuto scegliere quegli strumenti che meglio di altri assicuravano un intervento veloce ed efficace.

Prima di soffermarci su alcuni degli strumenti valutati maggiormente idonei in questi complessi frangenti, reputo necessaria una veloce e semplificata digressione sul funzionamento del nostro Sistema Nervoso.

Il nostro cervello essendo intrinsecamente interconnesso con il nostro organismo attraverso il sistema nervoso periferico ed i segnali dai processi fisiologici del corpo, fa sì che gli input provenienti dal sistema nervoso, presenti su tutto il corpo (che a loro volta sono influenzati dal sistema endocrino ed immunitario) influiscano direttamente sul funzionamento delle cellule nervose.

Con il continuo svilupparsi, soprattutto nell'ultimo decennio, delle neuroscienze e delle ricerche sul funzionamento delle diverse componenti del cervello, sappiamo che i collegamenti tra le parti differenziate del Sistema Nervoso costituiscono un'importante modalità di integrazione. Quest'ultima a livello cerebrale dà origine ad un sistema nervoso equilibrato e coordinato.

Prendendo spunto dalla teoria **del cervello tripartito** (MacLean, 1973) possiamo affermare che la **neocorteccia** rende possibile la percezione del mondo esterno e del pensiero; **le regioni limbiche** sono invece deputate alla regolazione delle emozioni, delle motivazioni, delle relazioni di attaccamento, inoltre presiedono alle varie forme di memoria e alle valutazioni del significato; **il tronco encefalico** controlla invece l'arousal a livello cerebrale, corporeo e le reazioni di attacco-fuga-freezing di fronte ad una minaccia.

In estrema sintesi possiamo quindi affermare che **la corteccia prefrontale** poiché coordina i diversi sistemi sociali, somatici, tronco-encefalici, limbi-

ci e corticali, è un'area altamente integrativa (Siegel, 2012). **L'integrazione** ci permette di vivere in armonia con il nostro corpo e con l'ambiente.

Quando a causa di una disregolazione, dovuta ad eventi percepiti come imprevedibili e sopraffacenti, questa integrazione viene a mancare, possiamo trovarci di fronte ad un disequilibrio emotivo con la diretta conseguenza di una riduzione della flessibilità nelle risposte adattive e di una repentina diminuzione delle capacità di coping.

Le diverse emergenze e i differenti eventi correlati alla pandemia, hanno messo molti individui di fronte a questo tipo di disagio e pertanto è stato necessario organizzare e promuovere la **“stabilizzazione”**, soprattutto per quei soggetti che, più di altri, erano in difficoltà ed in preda alle proprie emozioni; permettendo così un preventivo intervento di contenimento allo svilupparsi o al consolidarsi dei sintomi. Molti terapeuti che lavorano sul trauma, utilizzano tali interventi e tecniche di regolazione, sia nella prima fase del loro intervento, sia in buona sostanza lungo tutto il percorso della terapia. Ma questi strumenti risultano preziosi anche in occasione di emergenze, dove il focus è quello di stabilizzare i soggetti coinvolti ed aiutarli, tramite la psicoeducazione e le diverse tecniche di regolazione, a far fronte in maniera più resiliente al disagio.

Tutto questo mi ha dato lo spunto per decidere di soffermarmi sulla descrizione di alcuni interventi tecnici ad orientamento sensomotorio che sono frequentemente utilizzati nei casi di emergenza e quindi anche per Covid-19.

La stabilizzazione è uno di questi ed ha come finalità prevalente l'insegnare strategie ed interventi atti ad aiutare i pazienti nella gestione della disregolazione emotiva.

In questi casi, è necessario un intervento mirato che abbia come obiettivo la prevenzione precoce al rischio del consolidarsi, a seguito di una emergenza, di sintomi post traumatici, disturbi dell'adattamento e stress traumatico secondario.

Si tratta quindi di poter utilizzare dei “freni” al fine di bloccare l'emozione se diventa troppo spiacevole o destabilizzante (Curran, 2010) e regolare il proprio arousal (grado di attivazione dei diversi circuiti cerebrali, fondamentale per il processo di autoregolazione) così da ristabilire in tempi brevi un senso di sicurezza e di padronanza per non sentirsi in balia delle proprie emozioni.

La pandemia ha infatti la peculiarità di slatentizzare un continuo al-

larme sul Sistema Nervoso Autonomo (SNA) producendo un'attivazione costante che se non viene disattivata può sviluppare sintomi ben più radicati e profondi. Spesso le vittime ci riferiscono di percepirsi fuori controllo (troppo agitati, attivati) o stanchi e senza forze (apatici, scarichi).

In virtù di questo, spiegare il funzionamento del sistema di regolazione di allerta e difesa diviene il primo passo verso una veloce rimodulazione dell'arousal.

A tal proposito due modelli neuroscientifici spiegano in maniera chiara ed efficace come il nostro corpo e la nostra mente si comportino in presenza di stress. Il primo è il concetto di “Finestra di Tolleranza”, sviluppato da Daniel Siegel (2012) ed il secondo di “Teoria Polivagale” di Porges (2001): entrambi offrono strumenti chiari ed esaustivi per comprendere la regolazione delle emozioni.

In sintesi sappiamo che di fronte a stimoli vissuti come pericolosi e stressanti, reagiamo per difenderci attraverso un'organizzazione gerarchica di risposte che possono essere di tre tipi:

Risposte di mobilitazione

Tipiche di quando avvertiamo un pericolo fisico o psicologico, sono forse le risposte più frequenti nelle situazioni di emergenza, poiché si tratta dell'attivazione del Sistema Simpatico che ci predispone alla difesa. Tendenzialmente queste risposte si esauriscono dopo poco, permettendo al sistema di ritrovare la sua omeostasi; ma altre volte, se l'allarme si protrae nel tempo o amplifica la sua intensità, si può sconfinare nell'iperarousal, il quale può perdurare anche in assenza di una reale minaccia. In questi momenti di disregolazione abbiamo un aumento del flusso sanguigno ed un aumento della pressione arteriosa e molte strutture e sistemi fisiologici, come anche la muscolatura, si predispongono all'attacco-fuga. Quando siamo in iperarousal constatiamo la presenza di alcuni segnali tipici, come l'aumento dello stato d'allerta ed emozioni quali rabbia, ansia e panico. Sono spesso presenti vissuti di sfiducia all'idea di poter migliorare la propria condizione. A volte questi ultimi possono sfociare in tendenze aggressive auto ed etero-dirette che possono anche indurre un aumento di conflittualità con i partner o i conviventi.

Risposte di immobilizzazione

Quando la prima linea di difesa non regge e percepiamo la minaccia come sopraffacente possiamo arrivare a sentirci impotenti di fronte alla

situazione o addirittura in pericolo di vita. È questo il momento in cui il sistema parasimpatico, con il suo ramo dorsovagale, fa in modo che l'arousal scenda al di sotto della finestra di tolleranza e quindi diventi ipoarousal. Il sistema “si spegne” e siamo in presenza di un rallentamento generale che include anche la riduzione del flusso sanguigno e della pressione. Il collassamento ed il congelamento possono venire sperimentati nel corpo e nella mente creando la percezione di essere scarichi ed apatici; vi è infatti una riduzione della motilità che, in alcune situazioni percepite come di estremo pericolo, arriva fino all'immobilizzazione ed allo spegnimento (morte apparente).

Risposte che promuovono l'Ingaggio Sociale

La risposta più evoluta del nostro SNA è la risposta d'ingaggio sociale che si manifesta quando siamo in uno stato di sicurezza e di connessione con gli altri e con il contesto. Determina la nostra capacità di esprimere emozioni con il volto, la prosodia ed il respiro atti a rassicurare noi stessi e a farci percepire dagli altri come non minacciosi. Il parasimpatico, con il suo ramo ventrovagale mielinizzato, permette all'individuo che sta sperimentando situazioni percepite come pericolose, di calmare il cuore e promuovere comportamenti di vicinanza e prossimità. Questa risposta che ha, come le altre fin qui citate, la finalità di difesa adattiva davanti alle sfide ambientali, è stata messa a dura prova dalla pandemia e dalla paura del contagio. Le mascherine che coprono il volto, le misure di isolamento e distanziamento sociale relative a Covid-19 hanno ridotto l'efficacia di questo tipo di risposta.

Nelle emergenze è consigliabile rendere le informazioni più semplici e fruibili possibile, pertanto può risultare utile spiegare il funzionamento del nostro sistema emotivo attraverso delle metafore che veicolino con maggiore chiarezza il messaggio che vogliamo far arrivare. A questo proposito la metafora del “Termostato Emotivo” rende bene l'idea e spiega la capacità che ha l'organismo di autoregolarsi in modo che le emozioni non siano né troppo veementi né inesistenti. Quando siamo di fronte ad una situazione altamente impattante e disregolante il nostro termostato perde la sua capacità di regolazione automatica e diventa necessario regolare “il calore” manualmente.

In questo modo, la psicoeducazione facilita una maggiore compliance da parte del paziente nell'esplorare e sperimentare strumenti atti a calma-

re il proprio corpo. La modificazione quasi immediata dei parametri fisici che inducono senso di sicurezza e mastery, faranno il resto.

“Quando una persona ha risorse insufficienti, la sua capacità di funzionare pienamente e con successo nelle situazioni difficili della vita è compromessa” (Puliatti, 2020).

Essere consapevoli di questi **Indicatori Emotivi e Somatici** permette di approntare e sviluppare una serie di strumenti utili a ristabilire e regolare il nostro Sistema Nervoso Autonomo.

Gli indicatori somatici, che riscontriamo più frequentemente quando il soggetto è molto attivato, sono quelli legati all'iperarousal come la tachicardia, la sudorazione profusa, i tremori, l'affanno, l'irrequietezza, l'eloquio fluente, lo sguardo mobile, le pupille dilatate e la tensione muscolare. Quando invece il soggetto è poco attivato, cioè in ipoarousal, saranno maggiormente evidenti quegli indicatori come la sudorazione fredda, le sensazioni di stordimento, il tono della voce basso e rallentato, la scarsa capacità attentiva e la diminuzione della frequenza cardiaca, così come riassunto nella Tabella sottostante.

RAMO SIMPATICO	RAMO PARASIMPATICO
Respirazione accelerata	Respirazione più lenta e profonda
Polso veloce	Polso lento
Aumento della pressione sanguigna	Diminuzione pressione sanguigna
Pupille dilatate	Pupille ristrette
Colorito pallido	Colorito rosato/arrossato
Aumento della sudorazione	Pelle asciutta al tatto
Peristalsi diminuita	Peristalsi aumentata

(Curran, 2010 e 2013)

Oltre agli stimoli cognitivi che orientano ad una maggiore razionalizzazione, sarà anche necessario introdurre delle **Tecniche di Respirazione** così da ristabilire l'omeostasi. Partendo dal differenziare la respirazione toracica da quella diaframmatica si andranno via via ad utilizzare delle tecniche più specifiche e valutate individualmente.

Alcuni pazienti otterranno, grazie al lavoro sulla respirazione, effetti

calmanti e regolatori dell'arousal, mentre altri avranno un aumento dell'ipervigilanza e dell'ansia in quanto il rilassamento verrà associato all'idea di essere maggiormente vulnerabili. Questi ultimi necessiteranno di istruzioni che sottolineino che il rilassamento non è incompatibile con l'essere in allerta per poter così "calmare il proprio corpo anche se la mente rimane allertata" (Puliatti, 2014).

In alcuni casi, quando il paziente è in ipoattivazione non è indicato allungare troppo l'inspirazione, in quanto il sistema simpatico e parasimpatico sono in bilanciamento e lo stimolo ansiogeno dell'allungamento dell'inspirazione potrebbe scatenare un peggioramento, riflesso dell'ipoattivazione. Le tecniche di respiro più utili, pertanto in questi casi risultano essere il respiro in 3 o 4 tempi o anche inserire nella respirazione una pausa al fondo dell'inspirazione e al fondo dell'espirazione (Ostacoli, 2015).

Oltre alla psicoeducazione ed alle pratiche sulla respirazione anche le risorse di **Grounding** e le **Risorse di Orientamento Sensoriale** hanno un ruolo importante nel cercare di contenere la disregolazione. Quest'ultime hanno infatti come finalità prevalente quella di riportare il paziente nel "qui ed ora" attraverso il radicamento corporeo e una maggiore consapevolezza di sé.

Le tecniche di grounding (radicamento), il cui nome si rifà ad un termine elettrico "messa a terra", rappresentano la nostra necessità di avere delle fondamenta che ci tengano ancorati al terreno, che ci diano sicurezza e sostegno per riuscire a muoverci nel mondo ed interagire con gli altri (Ogden e Fisher, 2016).

Quando, in caso di stress elevato, questa risorsa somatica essenziale viene a vacillare, non permette di mantenere un'attenzione focalizzata sul corpo. Il recuperare questa abilità permette allora di ripristinare l'esperienza interna della propria base e del proprio sostegno e quindi risulta essenziale per far fronte al disagio.

Come abbiamo detto anche l'Orientamento Sensoriale rappresenta un'altra grande categoria di azioni utili a radicare il corpo nel presente, poiché consente di portare l'attenzione dalle sollecitazioni interne, spesso sopraffacenti, all'esterno permettendo così di recuperare il senso dell'orientamento che si perde di fronte ad un trauma. "Sono qui, non sono altrove" (Puliatti, 2020).

Qui di seguito vengono riportati alcuni esercizi per aumentare la consapevolezza corporea e la focalizzazione sul presente.

RISORSE SOMATICHE PER LA REGOLAZIONE DEL SISTEMA NERVOSO AUTONOMO	
Iperattivazione (poca tolleranza all'ipor arousal)	Ipoattivazione (poca tolleranza all'iperarousal)
Orientarsi nello spazio	Orientarsi nello spazio
Contenimento (toccarsi, sentire lo schienale come contenimento, cuscino sopra le gambe, mano che poggia sulla parte attivata)	Contenimento (pressione e contatto)
Respirazione (espirazione lunga)	Respirazione (inspirazione lunga)
Sentire di poter cedere alla gravità e sentire le parti del corpo che vanno verso il basso	Aumentare la tensione nei vari distretti corporei
Rilassare i glutei e la zona perineale	Pressione delle mani sulle gambe o sui braccioli
Sentire i piedi poggiati sul pavimento	Sentire i piedi sul pavimento, spingere sul pavimento
Sentire il sostegno della colonna vertebrale	Muoversi sulla sedia

(Puliatti, 2020)

L'esercizio seguente prevede che vengano poste una serie di domande atte a sollecitare un'attenzione focalizzata al proprio corpo ed al contesto, permettendo così di spostare l'attenzione del soggetto dall'evento traumatico al momento presente ben più sicuro e protetto.

Consapevolezza corporea di base	Focalizzazione sul presente	Appoggiarsi sui piedi e gambe	Consapevolezza corporea di base
Di cosa sei consapevole nel corpo in questo momento?	Adesso guarda la stanza	Abbassa leggermente le ginocchia	Di cosa sei consapevole nel corpo in questo momento?
Senti delle parti tese o rilassate?	Conta gli interruttori della luce	Carica il peso sui piedi, prima sul piede destro, adesso sul sinistro	Senti delle parti tese o rilassate?
Ci sono parti del tuo corpo che senti calde o fredde ?	Nota il colore delle tende, degli armadi, dei tappeti...	Senti la tensione nelle cosce	Ci sono delle parti del tuo corpo che senti calde o fredde?
Il respiro è profondo o superficiale?	Senti i rumori all'esterno della stanza	Resisti finché inizia a diventare stancante	Come ti sembra il respiro, profondo o superficiale?
Senti il battito del cuore lento o veloce?	Riesci a guardarmi? Di che colore ho la camicia, le scarpe, la sciarpa...?	Rilascia la tensione	Senti il battito del cuore lento o veloce?
	Si effettua per riportare la persona nel “qui ed ora”	Ritorna ad una posizione comoda	Si ripetono le domande proposte all'inizio

(Solomon, 2002)

Le risorse somatiche, così come anche gli interventi di auto-tranquillizzazione, gestione dei trigger e modulazione dell'arousal, fanno parte del processo di stabilizzazione. Una serie di interventi preziosi ed irrinunciabili quando ci troviamo a dover affrontare nostro malgrado, dal punto di vista sia umano che professionale, gli esiti di situazioni improvvise, inaspettate e connotate da alto impatto emotivo.

Questi **interventi somatici** lavorano per ripristinare l'equilibrio tra risorse e disregolazione derivante dall'esperienza traumatica, aumentando la capacità integrativa nei confronti delle tendenze automatiche verso l'iperattivazione o l'ipoattivazione (Ogden, Minton e Pain, 2006; Gianantonio, 2013).

Altre tecniche, che mi limiterò solo a citare, fanno parte del voluminoso bagaglio di strumenti a disposizione dello psicoterapeuta sensorimotorio. Tra queste vi sono i lavori sui confini somatici e non, sulla centratura, sulla postura e sul ripristinare le risorse, mezzi preziosi per aumentare e concretizzare lo stadio della stabilizzazione. Sono tecniche che non descriverò, in questo specifico, ma che certamente valgono un approfondimento.

Nel chiudere questa breve disamina credo sia necessario precisare che le tecniche evidenziate in questo scritto non sono che una piccola parte degli strumenti psicologici atti a facilitare nel minor tempo possibile la regolazione del paziente per ristabilire un senso di sicurezza e stabilità in presenza di eventi traumatici.

Una frase che più di altre riassume l'obiettivo prezioso che questo tipo d'intervento spera di raggiungere: *“Quando siamo riusciti, a seguito di traumi o di emergenze particolari a ristabilire queste abilità nelle vittime... abbiamo aumentato le nostre e le loro capacità di autoprotezione”* (Ogden, Minton e Pain, 2006).

Bibliografia

- Curran, L. (2010). *Trauma competency. A clinician's guide*. Eau Claire (WI): PESI Publishing & Media.
- Curran, L. (2013). *101 trauma-informed interventions*. Eau Claire (WI): PESI Publishing & Media.
- Fisher, J. (2018). *Guarire la frammentazione del sé. Come integrare le parti di sé dissociate dal trauma psicologico*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- MacLean, P. (1973). *A triune concept of the brain and behaviour*. Toronto: Buffalo. (Trad. It. *Evoluzione del cervello e comportamento umano. Studi sul cervello trino*. Torino: Einaudi, 1984.
- Odgen, P. & Fisher, J. (2016). *Psicoterapia Sensomotoria. Interventi per il trauma e l'attaccamento*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Ogden, P., Minton, K., & Pain, C. (2006). *Trauma and the body: a sensorimotor approach to psychotherapy*. New York: Norton.
- Ostacoli, L. (2015). *Psicoterapia & Psicologia*. Report dal 16esimo Congresso Europeo EMDR, Milano, 10-12 luglio 2015.
- Porges, S. W. (2001). The polyvagal theory: phylogenetic substrates of a social nervous system. *International Journal of Psychophysiology*, 32, (4), 301-318.
- Porges, S. W. (2013). *La teoria polivagale. Fondamenti neurofisiologici delle emozioni, dell'attaccamento, della comunicazione e dell'autoregolazione*. Roma: Fioriti.
- Puliatti, M. (2017). *La psicotraumatologia nella pratica clinica. Interventi di stabilizzazione per adulti, bambini, adolescenti*. Milano: Mimesis.
- Puliatti, M. (Ed.) (2020). *Nuovi scenari in psicologia dell'emergenza: interventi sensomotori integrati per la stabilizzazione*. Milano: Mimesis. (In press).
- Solomon, R. (2004). *Intervento sulla crisi e negoziazione con individui ad alta potenzialità suicidaria*. Seminario Centro Ricerca Studi in Psicotraumatologia, Milano.
- Siegel, D. J. (2009). *Mindfulness e cervello*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Siegel, D. J. (2012). *The developing mind: how relationships and the brain interact and shape who we are*. 2nd edn. New York (NY): The Guilford Press.

Un continuum trasformativo “aggressività creatività benessere” nell’incontro-scontro con “l’ospite invasore”: Arte- Scienza come tentativo di rigenerazione

Daniela Gariglio

Premessa

Invitata a dare un apporto a questo tentativo di riflessione interdisciplinare sull’attuale pandemia attraverso un libro sicuramente promettente fin dal titolo, me ne inserisco volentieri, per condividere qualcosa dall’elaborazione che si è spontaneamente messa in moto, come sorta di naturale riflessione controtransferale, mentre registro e vivo questo evento comune di pandemia. Fedele al mio modo di pensare, anche clinico, fermo subito l’attenzione sulla prima cosa che mi sono augurata e cioè che questa situazione, pur drammaticamente traumatica perché ferisce corpo psiche e realtà, possa infine portare alla creazione di nuove possibilità di

conoscenza e trasformazione: intrapsichica, interpersonale e, auspicabilmente, anche scientifica e socio-politica, per un futuro *nuovo tentativo di benessere psicobiologico* capace di ribaltare il *trauma* in *opportunità*.

Un'occasione di crescita personale e collettiva.

Una chiamata alla trasformazione in tutti i suoi risvolti, attraverso dei tentativi di rinnovamento che, in questa quarantena forzata, potrebbero favorire una rigenerazione: nel nostro interno, variando certo gioco abitudinario di immagini con le quali interloquiamo spesso proiettandone inconsapevolmente la distruttività, dentro casa con gli oggetti quotidiani e i nostri conviventi abituali e nelle situazioni esterne, dall'ambiente a portata di mano e, via via allargandoci, alla vita di società, alla politica, all'economia e a quant'altro. Questo il *desiderio* messo in riga dal *principio di realtà* che, secondo natura, ne renderà difficoltoso il *tentativo* di attualizzazione, come movimento reale che si nutre di *energia adattativa*.

Al momento, facciamoci bastare una significativa possibilità: la rappresentazione di quel naturale *continuum trasformativo* del mio titolo che, oscillando tra *aggressività-creatività-benessere*, può incontrare risorse resilienti latenti, ormai accertate scientificamente (Cyrulnik, 2009 e oltre¹). “Elaborarle e ricombinarle” (Gariglio, Lysek, 2007, pp. 48-52 <https://www.psicanalisi.it/libri/3605/>) in un compendio di reciproco arricchimento di vita e morte in “sinergia pulsionale con la creatività”, con una “concezione non gerarchica dell'apparato pulsionale” (*ibid.* cfr., cap. 4° “La sinergia”, pp. 123-150). A dire che, attraversati morte separazione lutto e la nota angoscia del vuoto per le perdite, a partire dalla caduta di alcune imbriglianti illusioni, personali e collettive, potrebbe prefigurarsene una diminuzione di conflittualità e un aumento di sinergia. Si sta forse profilando l'alba di un futuro *vitalmente luciferino*² in “una visione

1 L'Help Center dell'APA (Associazione degli Psicologi Americani) definisce la resilienza come “il processo di adattamento – di un singolo individuo ma anche di una comunità. Significa reagire salutarmente alle esperienze difficili. Per tutti, cfr., Paolo Castelletti (Direttore presso Psicologi per i Popoli nel Mondo): “La metafora della resilienza. Dalla Psicologia clinica alla psicologia dell'assistenza umanitaria e della cooperazione”. Essendo il trauma trasmissibile per tre generazioni, la sua elaborazione dovrebbe riguardare anche i figli dei sopravvissuti. Qui e là, ho trasmesso qualche documentazione genealogica di risonanze ancora persecutorie, riemerse in analisi, come difficoltà attuale al benessere.

2 Richiamo volentieri il “sé luciferino” (vampiresco, invidioso distruttore di benessere) dello psicoanalista Davide Lopez (Lopez, Zorzi, 2003). Nel mio “vitalmente luciferino”, ammetto invece l'eco di un legame con la parte distruttiva della “pulsione di

alla Picasso, citando lo psicoanalista Antonino Ferro (2015) dove alla disgiunzione si sostituisce la coordinazione”? Anche se mi viene naturale tale rappresentazione dopo ogni catastrofe, in piena espansione del Corona-19 mi sembra più opportuno usare il condizionale “si sostituirebbe”, per congruità con certe *perplexità umano-umanistiche* che fungono da *resistenza* all’elaborazione di nuove consapevolezze, ai progressi scientifici e alle risposte creativo-artistiche. Tutto come da copione: una lotta tra bene e male, tra disagio e benessere, tra mortalità e risorse vitali che tentano di riprendersi un protagonismo. In mezzo, la resistenza che frena, ostacolando tale tentativo di adattamento, incontrato fin dall’inizio. Si comprende allora la resistenza alla comprensione del rischio mortale con i dinieghi, la lentezza di proposte e i ritardi nella messa in atto di soluzioni operative per sottovalutazione del rischio contagio, le improvvisazioni, la risposta di cieca obbedienza cittadina nell’affidarsi in toto ai governanti oppure certa ribellione, per dei sentiti di confusione nell’emanazione di leggi e privazione di libertà per il protrarsi della quarantena e l’immobilità lavorativa. Intanto, nel farsi dell’adattamento all’“incontro-scontro” con il Covid-19, il livello di energia e l’intensità pulsionale, spesi per boicottare l’impulso verso nuovi tentativi³, si sono espressi in tre giaculatorie ottimistico-pessimistiche, usate come mantra: “dopo cambierà tutto e saremo di nuovo liberi / dopo non sarà cambiato nulla perché la distruttività umana è protagonista / dopo, qualcosa sarà sicuramente cambiato”. Fermo restante la fluttuazione, dopo questo marzo 2020 e il suo terremoto psicobiologico e planetario, sarà difficile esserci “come se” non fosse successo nulla, salvo a cadere nella psicopatologia con le note difese di diniego e scissione. Da parte mia, entrando appena nella fase due, ne scrivo: il nostro dopo, individuale e collettivo, si sarà trasformato a seconda del grado di libertà delle nostre risorse interiori, personali e collettive, se avremo saputo sotterrare l’illusione del totale esaurimento

morte-di vita” (nel modello micropsicoanalitico), come residuo conflittuale-traumatico non più protagonista, quindi inoffensivo. “Con Lopez avevo condiviso in un piccolo carteggio, un riferirsi a una ‘nuova psicoanalisi, più lieve, più gioiosa, più sana’ tendente al raggiungimento della ‘propria ricchezza vitale’” (Gariglio, 2011, p. 43).

- 3 Occupandomi di creatività, per esemplificare l’interessante nozione micropsicoanalitica di *tentativo* (Fanti, 1984 pp. 53-55), avevo ideato e diretto una collana di creatività postanalitica *I Nuovi Tentativi* (1999-2002, Tirrenia Stampatori). Rimando al link dei libri in *Psicoanalisi e Scienza* (2013-14): <https://www.psicoanalisi.it/libri/3771/>; <https://www.psicoanalisi.it/libri/4558/>; <https://www.psicoanalisi.it/libri/4590/>; <https://www.psicoanalisi.it/libri/4922/>

pandemico connessovi (come immagine di nuova felicità). Potrebbe, allora sì, generarsi una nuova capacità di adattamento alla convivenza con “l’ospite-invasore”, ormai certa e lunga. Potremmo quindi concentrarci sulle problematiche più generali dei prossimi anni del nostro pianeta (l’innominata fase tre). Non sarà tuttavia facile per chi, fiero di essersi già avventurato nello spazio, dovrà colloquiare con un alieno invasore, forte della sua invisibilità: un incontro-scontro che però, alla fine, potrebbe riformulare anche il dialogo affettivo umano-socio-politico con l’ecosistema, spesso trattato con distruttiva irresponsabilità.

Trauma-resilienza-benessere

Possiamo rifletterne a partire dal trauma, diversamente destabilizzante a seconda delle strutture di personalità di cui quelle distruttive con “stasi creativa” (Gariglio, Lysek, 2009), difficilmente modificabile in quanto la *distensione* avviene nello stare male (o nel farne), sono le più refrattarie alla trasformazione: “Dopo più di un secolo di dibattiti sul trauma psichico, o meglio, sulle conseguenze psichiche di un trauma, la riflessione è ancora importante e si focalizza nel diverso peso assegnato agli eventi scatenanti, concreti, e le loro ricadute sulla psiche dei soggetti. Alcuni di essi vengono colpiti al punto da sviluppare una vera e propria psicopatologia, altri, pur subendo avvenimenti sconvolgenti, ne escono in uno stato di relativo equilibrio...” (Tartari⁴, 2016, <https://www.psicoanalisi.it/osservatorio/trauma-1-le-teorie-freudiane/6946/>).

Intanto, nell’attesa che si generalizzi un comune intervento per il Covid-19, del vaccino, dell’ufficializzazione scientifica dell’uso del plasma o di altro, comincio a parlare di un movimento vitale/creativo, energetico/pulsionale, osservato, studiato e verificato in tanti anni di esercizio psicoterapeutico, riflessione psicoanalitico-didattica⁵ e attività di scrittura clinico/divulgativa che ha spesso disquisito, in vari stili, su *trauma-resilienza-benessere*. Entrando in questa disamina, sono serenamente con-

4 Un accurato lavoro della dott.ssa Manuela Tartari la cui recente perdita è stata ricordata dall’Ordine Psicologi Piemonte e commemorata dal nostro Istituto (6 aprile 2020). Mi fa piacere lasciarne anche qui il mio personale ricordo, https://www.micropsicoanalisi.it/author/daniela_gariglio/

5 Cfr., Gariglio 2014, <https://www.psicoanalisi.it/osservatorio/5930/>.

sapevole della mia abitudine, ormai naturale nel lavoro e nella vita, di non fermarmi al trauma o al conflitto in ogni sua forma. Così come ho dimestichezza con l'interesse ad osservare cosa possa essersi messo/rimosso in moto nel processo di adattamento, "originatosi dall'elaborazione dei lutti" verso la ripresa di un benessere o almeno del recupero della sana tendenza ad intradarvisi come quella legittima aspirazione propria di un'umanità sincrona con una natura amica, degna di essere rispettata. A dire che mi ha sempre fatto piacere diffondere e condividere, non solo tra i colleghi, questa spinta naturale di approccio al trauma avvalendomi di un ascolto partecipazione e attenzione (anche relazionale-sociale) a ciò che può discendere dal riattraversamento delle esperienze negative che, in un campo psicoanalitico con approccio plastico all'inconscio (condizione cioè atta a trasformarsi, oltre il rimosso intrappolante), vediamo chiaramente riattualizzarsi nelle dinamiche transferali-controtransferali. Ciò che ne permette infine l'elaborazione la quale porta, spesso definitivamente, alla spontanea capacità di cambiare abitudini divenute obsolete e che, a non farlo, obbliga alla sudditanza al trauma, come persone disadattate che confluiranno nel contesto psicopatologico. Insomma, posso tranquillamente dire di aver dedicato all'esperienza di adattamento e plasticità, ormai diventate nozioni teoriche, l'intera mia vita, scrivendone di tanto in tanto in modi creativi diversi e di aver congruamente tentato di trasmettere, anche nella professione, l'importanza della capacità di adattarsi, previa elaborazione del lutto per la perdita-separazione da oggetti reali o da parti di sé. Ed ecco, nella punta dell'*iceberg*, ricomparire come scrigno di tesori, quei materiali resilienti che, in una modellizzazione *ad hoc* su di una *Creatività soddisfacente* e distensiva, in grado di dare gioia (come ci ricorda Luis Sepulveda, parlandoci della *felicità*), da parte mia insegnando analizzando o semplicemente vivendo, presento collegata con "tracce di benessere onto-filogenetiche" (Gariglio, Lysek, 2007).

Spillover-quarantena-adattamento

Veniamo dunque al fatto contemporaneo comune che, complessivamente, può racchiudere le variabili di cui sopra: il proprio corpo relegato, da solo o con pochi altri, in uno spazio obbligato, mentre fuori imper-

versa una pandemia mortale, chiamata Covid-19⁶. Catapultata anch'io nel trauma Coronavirus (trauma come morte, malattia, generale impatto psichico di smarrimento e molto altro), non potendo essere indifferente alle conseguenze disadattive, mi sono da subito resa attenta lettrice del fenomeno in me e nei suoi commenti collettivi cui mi sento parte. A noi dunque!

Ormai tutti sappiamo che, ancora una volta, “un patogeno di pipistrello ha fatto “il salto da un animale – qui un ospite intermedio (forse un pangolino) – ad un essere umano”, radicandosi “nel nuovo organismo come agente infettante” causando “malattia o morte” come ci ha narrato anche David Quammen, scrittore e divulgatore scientifico, nel suo *Spillover. L'evoluzione delle Pandemie* (2012, p. 37), dicendoci in una recente intervista che ciò sarà sempre più presente, anche per il nostro assalto sconsiderato agli ecosistemi e all'ambiente che comunque, attualmente, sta permettendo a certi animali selvatici di passeggiare nelle nostre strade mentre noi li guardiamo da dietro le finestre: loro liberi, noi in gabbia a guardarci, come sempre, dal “pericoloso straniero” che destabilizza.

Personalmente, questa lettura mi ha risintonizzata con la classica presentazione dell'inconscio (Cfr., anche Zangrilli, “4 Pillole di psicoa-

- 6 “L'OMS ha identificato il nome della malattia in CoViD-19 (abbreviazione per *CoronaVirus Disease-2019*) mentre la Commissione Internazionale per la Tassonomia dei Virus ha assegnato al virus che causa questa malattia il nome definitivo SARS-CoV-2 (Sindrome Respiratoria Acuta Grave – Coronavirus 2). Si tratta, infatti, di un virus simile a quello della SARS, ma più contagioso e meno letale” (Il World Wide Fund for Nature (WWF), 17 marzo 2020).
- 7 Quammen, autore di diversi libri di carattere scientifico, presenta così la “zoonosi” di cui esistono, afferma, “molti esempi come L'AIDS, Ebola, peste bubbonica e varie versioni dell'influenza”. In un'intervista (Il Fatto quotidiano, 4 aprile, 2020) lo scrittore ha detto: “Gli scienziati mi dicevano che la prossima pandemia sarebbe stata causata da un virus trasmesso da un animale, un probabile pipistrello, un coronavirus che si evolve e adatta rapidamente; e che il salto di specie – lo spillover – sarebbe avvenuto in un ambiente in cui umani e animali selvatici sono prossimi. Prevedibile. (...) Ne siamo responsabili tutti(...) Più distruggiamo gli ecosistemi, più smuoviamo i virus dai loro ospiti naturali , offrendoci a nostra volta come ospiti alternativi(...) L'inquinamento dell'aria può essere stata una variabile. (...) Possiamo mettere sotto controllo questa epidemia, anche grazie a vaccini e terapie (...).L'isolamento non basta (...). Ci attendono molti spillover di virus pericolosi che si trasformeranno, se non migliorerà la nostra preparazione nell'affrontarli, in pandemie...”. Ci sono anche esperti ottimistici come l'immunologo Francesco Le Foche per cui il Covid-19 si spegnerà da solo a maggio. Speriamo almeno in accrescimento di conoscenza e consapevolezza.

nalisi”. 1. “Cos’è la psicoanalisi”, 2017: “(...) come una macchia d’olio le informazioni hanno lasciato delle tracce per contaminazione...”, <https://www.psicoanalisi.it/category/videopillole/>), richiamandone qui l’aspetto di “serbatoio dei segreti della promiscuità tra specie, nel gioco di questo ininterrotto ‘inesprimibile genealogico’ (Peluffo, 1991⁸), sottaciuto incontro-scontro che crea un ibrido, con morti e/o sopravvivenze e della memoria di tutte queste fatiche e tentativi di adattamento che ci accomunano alla natura.” (Gariglio, 2020, nota 8 [Arte tra trauma-resilienza e benessere | Parte seconda](#)).

Ora, restando sulle conseguenze del trauma, quando si riflette sull’elaborazione dell’impatto devastante dato dalle situazioni traumatiche (perenne oggetto di studio), vi si palesa subito e chiaramente una “risonanza psicosomatica” (Lysek, 2020 <https://www.psicoanalisi.it/osservatorio/205943/>) di memorie anche filogenetiche, bandite, rimosse, negate, spostate, proiettate e quant’altro, nelle più comuni difese (nell’insegnamento freudiano), utilizzate dall’essere umano che cerca di adattarsi. Una sorta di *ombra*, potrebbe anche dirne Jung (1946), un fumoso male da integrarsi col bene, un trasudamento nel corpo e nella psiche che, se non affrontato, dissocia l’uomo, facendone un pupazzo senz’anima. D’altronde, l’impatto devastante dato dal trauma si trasmette come angosciosa risonanza psicobiologica sicuramente fino a tre generazioni secondo recenti assodati scientifici che, al contempo, hanno per nostra fortuna mostrato anche la validità trasformativa dell’apporto psicoterapeutico, dando dignità a ciò che ogni collega ha da sempre appurato nel suo lavoro clinico. Sono cicatrici psicobiologiche che non si sono rimarginate, ferite che continuano a spurgare e infettare pensiero/sogno e comportamento per più generazioni. Sono percorsi interrottisi traumaticamente che si trasmettono genealogicamente, portandosi appresso immagini di

8 In questa nozione di Nicola Peluffo, un trauma, disancorato da esperienze persesi nella lontananza del tempo, diventa *inesprimibile* perché non esperito direttamente nella generazione attuale che, tuttavia, se pur inconsapevolmente, ne soffre. Nell’empatia della relazione psicoterapeutica, attraverso la ricerca genealogica, tale sofferenza dolorosa può essere riscoperta e accolta. Divenendo narrabile può essere rappresentabile e indirizzare la distensione verso un nuovo benessere. L’ho narrato (*La solitudine*, Atti 2017 (a cura di) Luigi Baldari, pp. 119-133) nella scoperta archeologica di una tripla esperienza traumatica di schiavi naufragati e abbandonati ma capaci di reinventarsi (micropsicoanalisi.it/solitudine-elaborazione-dellinesprimibile-genealogico-e-creativita-una-conferma-in-max-guerout-e-gli-schiavi-sopravvissuti-a-tromelin/ // http://youtu.be/w6r3M_bjd94).

“nostalgia e impossibilità”, fino a che qualcuno, tra gli attuali, non riprenda l’abitudine del tentativo a interrompersi, per ridargli una possibilità di concludersi, creando nuova vita (di mezzo, un lavoro immenso). Teoricamente, si può parlare sia di eredità psicobiologica con tentativi esauriti naturalmente e altri che, incessantemente e inconsciamente, tentano di farlo per esaurirne l’energia pulsionale, sia di oggetto di identificazione che risuonerà in strutture con sovranità di immagini simili. Per me, in un parere affabile, fermarsi ad una pulsione di morte prioritaria (come da ultimo Freud), farlo personalmente o come disciplina, modello teorico e quant’altro, fa parte di questa identificazione.

Sto parlando del Coronavirus, come occasione del *continuum trasformativo* di cui ho tanto scritto, attraverso quei passaggi naturali (tappe scontate), riscontrabili in chi riesce caratterialmente o ne diventa capace in un lavoro personale, a vivere il trauma o il conflitto anche come sano trampolino di lancio verso nuove conoscenze ed esperienze, avvalendosi di materiali resilienti latenti personali (pescati da noi stessi e dalla nostra genealogia) o tratti dall’arte, dalla cultura in generale in un percorso rigenerativo che attraversa vita-morte-malattia nei loro stretti collegamenti. Abbiamo già avuto testimonianze di nuovi legami di vita, sfrondata da sfrenatezze individualistiche, sorti spontanei anche on-line: virtualità generose come presumibili possibilità di mantenimento di un’immagine di socialità che penso ritroveremo dal vivo nella prossima fase, presumibilmente ancor più difficile.

Intanto, nella mia riflessione, le due nozioni che riguardano il dramma come occasione anche di crescita, sono state *adattamento*⁹ e *plasticità* delle *istanze* (superegoiche e idealistiche) che, quando si svincolano dalla severità dei giudizi castranti auto o etero diretti o ammorbidiscono la tendenza perfezionistica, consentono benessere, generando del nuovo, a beneficio del singolo, della relazione e *dell’ambiente* in senso lato. E, nella rappresentazione della presenza in noi di quest’ “ospite invasore”, sentito come ibrido, ho fin da subito riconosciuto quella realtà di cui ho più vol-

9 Anche la dott.ssa Bruna Marzi (2020), rimanda a “flessibilità e adattamento” in “Il supporto psicologico in quarantena da Coronavirus”, <https://www.psicanalisi.it/osservatorio/205994/> e, in un’intervista sul Covid-19 (Gazzetta del Sud 17 aprile), il filosofo Giuseppe Giordano, ordinario di Storia della Filosofia e Dipartimento di Civiltà antiche e moderne Ateneo messinese, parla di “comunità di destino” in una “consapevolezza” diffondibile e il Gruppo www.salutearte.it diffonde “arte come promozione della salute al tempo del Covid-19”.

te parlato in termini finali di sinergia trasformabile, che ha oltrepassato il conflitto. Qui, un incontro trasformativo con le nostre capacità di nuovi adattamenti e quelli dei mutamenti in corso dello stesso virus nell'uomo. Un incontro che può esprimersi con morte o guarigione, lasciando però tra le rovine anche nuove risorse per una rigenerazione. Nel titolo che ho dato al mio lavoro, ho indirizzato tale essenza vitale alla Scienza (tra cui la Psicologia et annessi) e all'Arte, essendo approdata, dopo molti anni di studio, riflessione e lavori in tal senso, a pormi nel dibattito psicoanalitico contemporaneo, con un tentativo di mostrare che "ragione e sentimento, esprimibili nella cultura scientifica e in quella umanistica, possono integrarsi creativamente". Ma questo è solo qualcosa della mia storia...

Un sociale traumatico in contatto con traumi e conflitti onto-filogenetici

A proposito invece dell'antichità di specie (oggi ben spiegabile dalla genetica, illustre branca della biologia), anche la nostra pandemia ne riattualizza paure e incontri pericolosi (quegli "ospiti invasori" di vecchia data). Mentre sto scrivendo, ad esempio, mi imbatto in questa presentazione-commento di Maurizio Sentieri (23 aprile, 2020) al libro di Luigi Luca Cavalli Sforza¹⁰ *L'evoluzione della cultura: proposte concrete per studi futuri*, tirato in ballo mentre parla del problema atavico (che risuona in noi dall'esperienza di "nomadi paleolitici") della paura per "l'invisibilità dell'estraneo" (microscopici "animali velenosi", ad es). Oggi, l'invisibile è questo virus tra noi, forse addirittura nell'aria inquinata, trasmissibile nella troppa vicinanza che ci sta togliendo il piacere dell'abbraccio, senza il quale corpo e anima languono. Un invisibile arcaico, che può darsi abbia già distrutto silente, chissà quante fette di popolazioni; per l'archeologo Emmanuel Anati (Fondatore del Centro Camuno di Studi Preistorici) "forse persino il Neanderthal"¹¹: "(...) Innumerevoli altre specie sono scomparse tra cui anche l'uomo di Neanderthal: probabilmente fu vittima di un virus. Può l'*Homo sapiens* fare la stessa fine? Nulla è fuori dubbio, ci scrive il Prof. Anati, come difendersi da simili imprevisti?". Domande inquietanti.

10 Il 25 gennaio 2020 Luigi Luca Cavalli-Sforza avrebbe compiuto novantotto anni: l'Accademia delle Scienze di Torino e l'Accademia Nazionale dei Lincei ne hanno celebrato "l'eredità scientifica e culturale", in una giornata di studio.

11 Da una Lettera-riflessione, "Il nemico invisibile", inviata (4 aprile, 2020) al nostro Istituto (IIM), nello spirito di una amichevole abitudine e ricca interlocuzione scientifica.

È pur vero, il non sapere ancora, scientificamente, come sopravviveremo a questo virus “intelligente che così bene si occulta nell’umano” e che già si sta adattando alle nostre misure e contromisure, ci rende co-partecipanti di vissuti di disagio e insicurezza, sempre più sfocianti in depressione, insonnia, nervosismi, senza distinzione tra pazienti e curanti (ivi compreso il personale infermieristico in prima linea). Intanto, terapeuti d’ogni Scuola saranno chiamati a tentare di farsi *tramiti* di percorsi trasformativi atti a ripassare dentro al male o quanto meno a non negarne l’energetica forza attrattiva, per uscire qualche volta *a riveder le stelle*, fuori dal *buco nero* (oggi si sa che qualcosa di vivo e luminoso può anche uscirne...). Un baratro d’inferno che, intanto, è già diventato dominio psichiatrico-psicoterapeutico in espansione. Per quanto mi riguarda, in questi bisogni e movimenti di cura e sostegno, mi son ritrovata a pensare a questa antica traccia di traumi antichi con le sue rimosse memorie ataviche, vibranti d’angoscia e memorizzate nella condizione di “ospiti invasori” in noi, come ad una possibilità anche di spinta a sperimentare altre forme di adattamento con nuove creazioni. Un sano esercizio di tentativi come sfida. Nessuno sa se ce la faremo ma è sicuramente proprio dell’uomo tentare di rimettere in moto la vita, dopo aver accettata la morte. Intanto, fin qui, ciascuno di noi, avrà già reincontrato il trauma pubblico riflettendoselo nel proprio interno, sia per esserne stato toccato di persona, attraverso la morte di qualche caro, o la propria resa al Corona, sia per averne seguita l’evoluzione nei quotidiani, nelle letture ad hoc e nel contatto informatico. E ciascuno avrà di che rifletterne come antiche risonanze.

Un ascolto controtransferale spontaneo come base per l’incontro terapeutico

In riferimento alla mia presenza come psicoanalista scrittrice in un libro collettaneo, metodologicamente parlando, sto dunque prendendo qualcosa da questa mia esperienza di “ascolto controtransferale” in cui le variabili collettive si adagiano su variabili interne individuali. Come succede sempre. E recito: “ogni trauma viene sentito come una risonanza intrapsichico-interpersonale tra trauma psichico e traumi derivanti dalla situazione ambientale. Ovviamente, le singole strutture di personalità rimangono protagoniste a facilitare, rigettare o frenare il lavoro di accomodamento di tale risonanza,

a seconda del livello di *fluidità psichica* (accordo tra le istanze) e plasticità di assimilazione psicobiologica” (Gariglio 2020). Così, automaticamente, il discorso si è reindirizzato in un induttore associativo naturale che, attraverso una iniziale scrittura spontanea di auto-riflessione sulla “situazione” (Peluffo, 1987, 2001 <https://www.psicoanalisi.it/psicoanalisi/3395/>),¹²⁾ pandemica, può ora indicarmi come presenza sinergica, **persona tra persone**, in un campo esperienziale comune di curanti, pazienti e cittadini di ogni età e condizione. Dunque sto ponendo al centro del mio intervento, come l’attuale esperienza traumatica **ci accomuni** e non solo inconsciamente come succede, ad esempio, nella stanza d’analisi con le sue “relazioni intersichiche” (Bolognini, 2008 pp. 72-83).

In quell’occasione – vale la pena soffermarsi giusto un attimo – la situazione analitica registra un andirivieni delle dinamiche transferali-controtransferali analista-analizzato attraverso il reciproco palesarsi ed “incontrarsi”, come ne ha scientificamente indicato il Prof. Nicola Peluffo (2006 [psicoanalisi.it/psicoanalisi/2660/](https://www.psicoanalisi.it/psicoanalisi/2660/)) di “comuni desideri inconsci”, a proposito dei quali, didatticamente, ha puntualizzato: “capita sovente che l’analista abbia un pensiero, una riflessione, un’idea, e che l’analizzato dopo pochi istanti esteriorizzi un pensiero, una riflessione, un’idea identica o quasi” (Continua in nota¹³⁾). Nel tempo, vi ho molto riflettuto e scritto (ad es. in Gariglio 2002, *Convegno Arte e Follia e Creatività e Clinica*, 2007, pp. 79-103. Atti (a cura di) Luigi Baldari, 2013), osservando puntigliosamente come “dall’elaborazione dei lutti” possano rinascere “aspetti vitali e creativi, insoliti nell’attuale della persona” e si-

12 La nozione di “situazione” è di Nicola Peluffo, maestro di tanti come Psicoanalista (SIM, IIM) e Docente di Psicologia Sociale e Psicologia Dinamica (Facoltà di Psicologia Università di Torino). Ne cito: “Quando medito sul significato di una situazione (...) associativamente penso alla topologia. (...) una definizione di situazione, non statica bensì dinamica (...) in cui si agglomerano insieme di tentativi che tendono ad acquisire una struttura stabile (...) Per quanto riguarda il reincontro filogenetico (...), la situazione probabilmente si ricostituisce oniricamente e dà luogo a quelle correnti di pensiero che preludono p.e. alle scoperte archeologiche più o meno “misteriose” e agli incontri fondamentali della vita...”.

13 Peluffo (2006): “Non è certo telepatia e mi infastidisce chiamarla empatia anche se, nel senso di identificazione temporanea (Fenichel), non siamo lontani dal descrivere la situazione che intendo. Un modo secondo me pienamente psicoanalitico, di descrivere il fenomeno è la formulazione: contemporaneità del desiderio.”. Ho richiamato questa nozione (2013) in: “Incontri analitici e nascita di nuovi tentativi” ([psicoanalisi.it/osservatorio/3169/](https://www.psicoanalisi.it/osservatorio/3169/)).

stemando poi la nozione di cui sopra nel mio interesse personale-psi-coanalitico-clinico in merito alla “sinergia transferale-controtransferale tra l’alleggerimento delle difese nevrotiche e l’emergere di creatività con guadagno di libertà, rispetto all’automatismo di certi schemi di ripetizione nevrotica che immobilizza...”. “Come analista, trovo scritto in quegli Atti (*ibidem*, psicoanalisi.it/libri/3734/ p.79) ritrovati per caso mettendo ordine grazie alla quarantena, mi sono convinta che ciò possa scaturire dal rapportarsi all’analizzato, controtransferalmente, nella sua interezza di persona la cui esperienza è fatta di memorie traumatiche e conflittuali rimosse e di altro più vitale, spesso oscurato ma che potrebbe ancora tornare a respirare autonomamente ed emergere dalle profondità dello psichismo...”. A dire che quei “desideri comuni” che si reincontrano nel campo analitico, appartengono a memorie di morte e vita che possono interagire creativamente per superare vissuti di solitudine.

Ora, rivenendo all’attuale situazione pandemica, qui si tratta di una condivisione conscia di uno stesso fatto contemporaneo che poi, nell’elaborazione individuale, potrà poggiarsi su tracce di eventi più o meno rimossi onto e filogenetici, personali e di famiglia. Tutte informazioni, richiamabili dalla forzata clausura, che riguardano sicuramente “risonanze psicosomatiche” (Lysek, cit.) di vita o informazioni mortifere; ad esempio, cito Freud (1922) da rileggersi con sempre nuova attenzione, quelle “esperienze dell’Io che sembra vadano perdute per gli eredi”, quando invece si sono “trasformate (...) in esperienze dell’Es, le cui impressioni (p. 500) vengono consolidate attraverso la trasmissione ereditaria (...), facendole resuscitare” (p. 501). Sono memorie arcaiche, “sedimenti psichici che ogni nuova generazione” deve “solamente ridestare, non acquisire” (Freud 1938, p. 449), ciò che potrà aggiungere, anche in questa riattualizzazione pandemica, problema a problema o piacere a piacere. Dunque questo trauma andrà a ri-posarsi su memorie ataviche e rimosse di altre pandemie, qualcuna ancora recuperabile in qualche ricerca genealogica (Schützenberger 1993 e investigazione psicoanalitica di cui la micropsicoanalisi fa un uso regolare. Cfr. anche Gariglio 1990)¹⁴.

14 Ne cito qualcosa dalla dott.ssa Elena Shishkina, psicologa russa (Cfr., micropsicoanalisi.it/istinto-di-tentativo/): “Si tratta di un’eredità filogenetica trasmessa su base psichica.(...)Si tratta di un filo invisibile di collegamento tra le generazioni. (...) di ripetizioni filogenetiche di traumi e tentativi di ricerca di risoluzione (...) Possiamo osservare queste ripetizioni, facendo lo studio dell’albero genealogico, che costituisce il genogramma della famiglia. Spesso, questi sono scenari ripetitivi (...) la dinamica

Facciamone subito qualche esempio, cominciando dalle risonanze traumatiche ripresentabili come rivissuti comuni che, a saperlo, possono portare un po' di conforto. Iniziamo con l'obbligo alla quarantena (in spazi più o meno angusti), che potrebbe riverberare qualcosa della personale esperienza di gravidanza, sapendo come legge generale che "certe esperienze intra-uterine possono condizionare in modo diretto la vita adulta" (Lysek, 2019 psicoanalisi.it/psicoanalisi/204251/¹⁵), favorendo la costruzione inconscia di esperienze simili o sentirne come tali alcune casuali, come l'attuale pandemia et annessi. Oppure una risonanza di immagini (meglio chiamarle informazioni) del *terreno psicobiologico* con incistate tracce di cattive memorie generazionali (guerra, prigionia) e, in riferimento al virus infettante, la slatentizzazione di letture e ricordi circolanti di bisnonni morti, ad esempio di Spagnola¹⁶. A queste ripetizioni diaboliche di virus che hanno infettato l'essere umano con la peste nera

positiva dei tentativi dipende dal grado di elaborazione dei traumi personali. (...) Elaborato il trauma, una persona è in grado di trovare soluzioni alternative in qualsiasi situazione...".

- 15 La micropsicoanalisi ha affrontato l'imprinting di gravidanza, elaborandolo nel campo analitico. Ne ho scritto qualcosa anch'io in una "Finestra clinica" (Gariglio 2010 psicoanalisi.it/osservatorio/4080/): "(...) ho raggruppato diverse analisi accomunate da una traccia iniziata, 'pesantemente' conflittuale/traumatica: lutti della gestante, con varie risposte (vomito, depressione...), incidenti e violenze, subite dalla gestante stessa o da qualche familiare, con risposte di svenimenti, rischio d'aborto... Queste gravidanze hanno avuto in comune anche una difficoltà di nascita (...) Com'è noto, ciò che ha fatto molto male si fissa e tende malignamente a "riprodursi" (Freud, 1912, ed.it. p. 531) in riattualizzazioni di vita e, finalmente, di seduta dove possono risolversi. È stata a sufficienza dimostrata la possibilità di disattivazione di rivissuti quali il disagio, la persecuzione, l'invasione, l'incapacità, l'invisibilità, la mancata comprensione, l'ansia/paura/fobia di completare un percorso iniziato e quant'altro...". E lo psicoanalista Daniel Lysek, (2019, psicoanalisi.it/psicoanalisi/204238/), comprovandone i dati anche come medico esperto di psicosomatica (*Le parole del corpo*, 2016), approfondisce: "(...) Ora, c'è una disciplina scientifica in piena espansione: l'*epigenetica* (cioè la disciplina che studia i meccanismi che influenzano l'espressione dei geni, senza modificare la struttura ereditaria del DNA). Essa dimostra che un'ansia importante o una depressione della madre durante la gravidanza stressa il feto creando in lui una predisposizione a futuri disturbi psichiatrici."
- 16 Richiamo la morte rapidissima (1920) di Sophie, 27 anni, incinta del terzo figlio e quinta figlia di Freud, affranto per non essersene congedato (poco dopo, perderà anche Heinz, secondo figlio di Sophie e nipote prediletto, morto di tubercolosi a 4 anni). Oppure a Egon Schiele e sua moglie Edith, morti anch'essi di spagnola, nell'ottobre del 1918. Edith, muore incinta di sei mesi e lui, tre giorni dopo a 28 anni, dopo aver dipinto *La famiglia* (1918) con il figlio già nato.

vaiolo colera, tifo, Ebola... impossessandosi dell'umana linfa vitale, possiamo oggi aggiungere anche il Covid-19 e riconoscerne le stesse angosce di morte con negazione e sottovalutazione iniziale del rischio mortale, paura del contagio e di un futuro vago, cruenta diffidenza interpersonale (ad es. quello stesso "dagli all'untore" della peste del 1630 di manzoniana memoria e de *La peste* di Albert Camus, 1947, si ritrova oggi nelle tesi dei complottisti, ogni tanto smentiti. Cfr. Maria Cristina Onorati, giovane scienziata, 2020 [psicoanalisi.it/scienze biologiche/206055/](https://psicoanalisi.it/scienze_biologiche/206055/)). Tuttavia, attraverso la reimmersione contemporanea nelle analogie descritte da Tucidide (peste di Atene, 430 a.C. con il sospetto complotto ordito da Sparta), da Boccaccio (con la peste nera di Firenze nel 1348, cornice del *Decameron*), Manzoni e Camus, tra i più ricordati, potremmo anche trarre qualche spunto per affrontare il presente, scongelando da quel passato adattamenti pulsionalmente ricchi, da reinserire nella nostra fredda globalizzazione che, quando si imbatte nella mortalità che vorrebbe rimuovere, si confonde, facendosi travolgere da profonda regressione.

Insomma, ribadisco quanto già portato al convegno *Arte e follia* (2002, in Atti 2013, p. 85) richiamandomi a Salomon Resnik, maestro di psicoanalisi e persona di grande anima che, in *Glaciazioni* (2001, p. 12), indica l'inevitabilità del "contatto coi propri nuclei regressivi", da parte dell'operatore che "contatta le parti congelate" di certe categorie di pazienti¹⁷. Beh, individuando in questa quarantena delle similitudini con situazioni molto arcaiche (esperienze ontogenetiche e filogenetiche) penso possa essersi creata regressione a nuclei congelati comuni: "La pandemia provocata dal virus covid-19, ne scrive anche il dottor Rino Zangrilli (*Coronavirus e regressione psichica*, 2020) Direttore di *Psicoanalisi e Scienza* (una pregevole proposta di "ponte tra la scienza di Freud e le moderne neuroscienze"), sta avendo enormi ripercussioni non solo nello stato di salute di migliaia di individui ma nell'assetto psichico dell'intero genere umano." In un suo esempio: "la necessaria quarantena a cui saremo costretti ed a cui non siamo assolutamente abituati, avendo goduto

17 Nella fattispecie, psicotici di cui avevo anch'io socializzato, nell'ambito della prima formazione psicoanalitica in psicodramma analitico SEPT (Cfr., "Fondazione Statuto della Società Italiana di Psicodramma analitico" 1977, p.13), condividendone un lavoro ambulatoriale di un rispecchiamento della "paura della follia come momento fecondo di incontro" che aveva portato ad un riconoscersi in profondità. Forse, probabile inconsapevole preludio del mio futuro incontro con la micropsicoanalisi (in *Giornata di studio SEPT*. Cfr., Gariglio, nota 9, 2013, pp. 86-87).

della più grande, forse inconcepibile libertà di spostamento di ogni epoca, ci rimette nella situazione claustrofobica del feto...”.

Altri nuclei regressivi sono alle porte, nel passaggio dalla crisi sanitaria a quella economica che si profila altrettanto e forse più inquietante, perché tocca la globalità planetaria di qualcosa che andrebbe fatto rinascere ma che, al momento, rimanda alla complessità di un caos ingovernabile come una Babele. Intanto abbiamo seppellito tanti morti, persone che non sono state accompagnate (e ne girano lettere struggenti) in questo passaggio mortale, provocando nei familiari e personale sanitario (aventi ben diritto ad una congrua assistenza psicologica), quegli stessi vissuti ancestrali di fronte alle guerre i cui effetti catastrofici sono stati paragonati da taluni a questa pandemia. Ad ogni buon conto, tutto sta riecheggiando nella psiche collettiva. E qui, pensando soprattutto ai nostri anziani decimati e morti in solitudine, sento il bisogno di riserbare, da laica, un rispettoso moto di preghiera come immagine di funerale collettivo in un rito che accomuna. Quegli anziani “depositari di saggezza nascosta” come lascito ereditario ma dei cui “vissuti si sa ben poco” e “che andrebbero invece ascoltati con amore” (Zonta, 2019, p. 9)¹⁸, sono anch’essi anime impaurite nell’avvicinamento alla propria fine, anime che andrebbero accompagnate da chi, come sto giusto scrivendo, abbia ritrovato in se stesso le proprie radici di morte. Anche a questo sto pensando, immersa nella quarantena! E sentendomi un po’ sollevata nel rispecchiamento in altri di qualcosa comune, ho deciso che valeva la pena parlarne da *tecnico*, partendo però da *persona* sincronizzata su uno stesso fatto traumatico.

Un’analisi continuativa: dagli aspetti conflittuali-traumatici a quelli di benessere

Restando nei “rivissuti comuni”, tipici delle pandemie e che abbiamo in noi come risonanze filogenetiche, occupiamoci ora, dopo l’accenno agli aspetti traumatici, anche della risonanza (a saperla/volerla/poterla individuare e mi riferisco alla resistenza di cui ho detto sopra!) di buoni ricordi rimasti latenti. Quelli che con il collega, il dottor Daniel Lysek, abbiamo

18 Già docente di Psicologia dell’Età evolutiva Università di Torino e docente di Psicologia Dinamica Scuola triennale di Specializzazione in Psicologia Università di Torino. Psicoanalista didatta e membro Commissione per la pratica SIM.

chiamato *tracce di benessere* (2001 pp. 51-54, 2006, 2009) in una modellistica pubblicata nella Collana di psicoanalisi e psichiatria dinamica sulla *Creatività* e i suoi movimenti trasformativi in analisi (2007) e di cui abbiamo dato testimonianza di presenza, già paleolitica, in due convegni di Arte rupestre (2009, 2011. In *PeS*: psicoanalisi.it/etnopsicoanalisi/6173, psicoanalisi.it/osservatorio/3436). Il nostro lavoro comune ha evidenziato la slatentizzazione di tali tracce quando il rimosso non fagocita più, smettendo di porsi come quel doloroso fastidioso petulante fardello dell'umanità, costretto a riesprimersi per essere ricordato e dare alla coazione a ripetere, però, una funzione anche salvifica. Sono queste tracce vitali (da cui, secondo me, trae la resilienza) che aiutano quando riappaiono dalla latenza cui la rimozione del trauma le ha confinate. E il lutto per la perdita, la separazione, la *diminutio* infine è, allora, solo un trampolino di lancio verso un vuoto che, da angosciante, tenta di trasformarsi in rigenerante¹⁹. Ne parlo sempre nella trasmissione didattica di *Creatività tra trauma resilienza e benessere*²⁰, riferendomi all' "unione tra la pulsione di morte-di vita e quella creativa" (2007 cit. cap. 4, cit.). Così, se si va a rovistare nelle memorie, anche nelle gravidanze più terribili ci sono stati momenti di benessere prima della nascita e, dopo carestia e guerra, la vita ha ripreso, allo stesso modo di come la natura si rigenera naturalmente dopo incendi e disboscamenti. Così come, nella quarantena, si è subito realizzata una scolastica "classe virtuale" (spero da non proseguirsi ad oltranza, però!) e spettacoli teatrali, mostre, conferenze, cortili come nuovi teatri umani con artisti e persone comuni che, indipendentemente dal ruolo professionale, han suonato e cantato dalle finestre o negli ospedali (salutearte.it) o letto libri e fiabe a quei bambini (che ora meriterebbero una speciale attenzione psicobiologica) ma che intanto hanno sventolato

19 Rimando sempre a qualche pioniere che ne ha disquisito come occasione rigenerante: Sandor Ferenczi in carteggio con Freud (1932 p. 30 // Lettera 780 F, 1° gennaio 1919, p. 347), Masud Khan in "Come un campo lasciato a maggese" 1983, tr.it. 1990 cap. 10. pp. 198-204. Cfr., anche Gazzillo Silvestri 2008 p.179), Silvio Fanti (1984 pp. 33-37) e Hillman, sul letto di morte (2011). Ne ho dipinto anch'io un esempio *L'approdo al vuoto come risorsa creativa* (giugno 2019), spiegato nell'intervento a *Facendo altro* (facendoaltro.it), Convegno *Creatività, arte del vivere* (<http://www.facendoaltro.it/eventi-iniziative/convegno-creativita-arte-del-vivere/>).

20 Dal 2016, nel Modulo (responsabile Dr.ssa Bruna Marzi) "Micropsicoanalisi: teoria e tecnica, presso il Corso di Specializzazione in psicoanalisi, psicoterapia psicoanalitica e consulenza psicoanalitica, Università di Psicoanalisi di Mosca (micropsicoanalisi.it/continua-la-collaborazione-delliim-con-luniversita-di-psicoanalisi-di-mosca).

dai balconi striscioni di parole e sigle di buon auspicio. Poesie sono state declamate al vento, giovani generosi indicati come “Costruttori di collettività”, torte cucinate per anziani soli del condominio e lanciati “semi che forse potranno fiorire”... Espressioni vitali e creative della quarantena come resilienza di un umanesimo in cui genitori e figli si sono appagati a fare cose nuove insieme e per più tempo, “rendendo felici i bambini” come ho raccolto da una nipotina.

Ma, lo ribadisco, per chi non sia caratterialmente predisposto ad utilizzare risorse resilienti, perché di struttura, lo ridico, “distruittiva con stasi creativa difficilmente modificabile” (persone che non chiedono aiuto), nell’attuale esperienza di quarantena avrà avuto un’accentuazione di conflittualità con espressioni di rabbia, lesive psicobiologicamente o che potranno aver scatenato una deriva di reazioni abnormi che avranno reso ancor più intollerabile convivenze familiari già insane²¹. In effetti, è già stato rilevato (e sta proseguendo) un aumento di omicidi e femmicidi²² (anche davanti ai figli) nella coppia costretta a tale protratta convivenza forzata.

Per chi invece ci chiederà aiuto, potremo condividere ciò che, dentro di noi, avremo intanto sicuramente individuato: angoscia di morte, ansia per la salute, preoccupazione del contagio, sofferenza per l’isolamento dai propri affetti (ah quei nonni privati dell’abbraccio ai nipoti!) e dal lavoro. E più ci saremo ascoltati, avvalendoci delle nostre risorse resilienti compensatorie, più potremo, ora, accogliere con sufficiente neutralità la gamma dei disturbi post traumatici da stress che si sono già evidenziati, i pensieri negativi, le depressioni per solitudine e incertezza sul futuro con desiderio di morte, senza dimenticare l’aggravarsi del protagonismo di disturbi ossessivi e psichiatrici in senso lato. Potremo cioè incontrare quel dilagare di fantasmi persecutori e punitivi, di immagini distruttive in una pulsione di morte (Freud, Vol. 9, 1920), per fortuna, sempre controversa protagonista che però continuerà a dispensare “spavento paura angoscia” (Da “*Riletture*

21 Gariglio, 2015, “Distruittività, benessere e relative trasformazioni: dallo psichismo alle interazioni di famiglia”, Atti in corso, *Le nuove famiglie*, a cura di Luigi Baldari, Alpes (psicoanalisi.it/congressi/6633). Ne avevo dato un esempio specifico, parlando della coppia Mahler-Alma al convegno (IIM, 2017) *Follie d’amore. Psicopatologia della vita amorosa*” (hmicropsicoanalisi.it/follie-damore-psicopatologia-della-vita-amorosa-2).

22 Il Movimento *Se Non Ora Quando* (Web site: senonoraquando-torino.it; snoqco-ord.it/) con presenze di alto spessore umano, ha continuato a segnalarlo con forza. Di certo, le donne, in questa pandemia non hanno acquistato/riacquistato visibilità. Ci sarà da occuparsene insieme.

in comune di Freud”, Romolo Rossi 2007: Lezione 23 “Al di là del principio di piacere”, “Rileggendo Freud” Pol.it Psychiatry on line Italia, psichia-tryonline.it/nodel3771), per chissà quanto tempo ancora.

E mi auguro che un lavoro personale di questo tipo che, da analista, ho chiamato controtrasferale (nella mia logica abitudine all’analisi continuativa in una diversa traduzione di “interminabile”, Freud 1937), entri a pieno titolo nella sinergia collettiva che tenterà di alleggerire la già annunciata *pandemia economica*, non abbastanza prevista ma altrettanto diabolica e già avvertita da qualcuno come eco della Grande Depressione del ’29. Il disorientamento per la *nuova povertà*, già in atto, si sommerà alla paura del ritorno pandemico e relativa disperazione, con ulteriore probabile crescita della distruttività. In questa ipotizzabile recrudescenza psicopatologica, con coppie scoppiate e figli già in panico, ci sarà ancora più bisogno delle competenze specialistiche, presenti già in questo libro. A partire da incontri interiori che portano a nuove rievocazioni di storie personali e familiari, l’attuale immane paura potrebbe allora “elaborarsi e ricombinarsi”, in un processo atto a creare tentativi di risposta socio-politico-economica, anche appoggiandosi su risorse umane e scientifiche, rinforzate da ausili umanistici, creativo-artistico-culturali e altro. Vale la pena richiamarlo: la nostra genealogia poggia sulla dotazione energetico-creativo-pulsionale del “terreno psicobiologico” familiare dove sono registrate, come tracce, le informazioni conflittuali-traumatiche genealogiche (guerra carestia epidemie, crolli finanziari con miseria fame e inedia di vita...) e individuali (gravidanza, nascita e avanti) e “tracce di benessere da elaborarsi e ricombinarsi” con le prime a più alta vibrazione. “In fondo, i miei genitori, viene detto in un’analisi avanzata, nonostante la guerra con topi, fame pidocchi e “marocchinate” (1944: 50 ore di libertà con stupri *ad libitum*), poi ce l’hanno fatta a studiare e a farsi una professione”. Per me, un buon esempio, di questo compendio di vita e morte in “sinergia pulsionale con la creatività”. Di qui, il mio *input* a parlarne, forte della dimestichezza con qualcosa che ho attuato in me stessa durante la quarantena, tentandone poi una generalizzazione per questo libro, per sottolineare infine come la confidenza del *tramite* con il bene e il male indagato nei ricordi personali, di famiglia e della specie, non possa che indurre maggiore sintonizzazione con le persone che gli si rivolgono. Ne avevo giusto anche accennato, rispondendo ad una domanda fattami dal dottor Alessandro Lombardo (2017) al tempo Presidente

Ordine Psicologi Piemonte, in una sua serie di Interviste. Per far prima, riprendo la nota 11 dell'ultima mia pubblicazione (2020 [psicoanalisi.it/osservatorio/205829](https://www.psicoanalisi.it/osservatorio/205829)) in cui avevo scritto: “Riflettendo sul ‘tramite psicoterapeuta-psicoanalista’, sulla tipologia di persone che venivano a farsi aiutare da me”, secondo la domanda fattami come psicoanalista dal Collega, avevo anzitutto invitato a verificare l'avvicendamento di *immagini*, conflittuali-traumatiche e di benessere, nella “realtà psicobiologica dell'analista”, in quanto “preludio dinamico all'incontro col paziente.” Se questo è, scrivevo, nella stanza di seduta si riattualizzano entrambi gli aspetti: quelli fedeli alla stasi di un congelamento, propulsore dell'operare diabolico (con quei *sensi di colpa*, anche, nelle dinamiche transferali-controtransferali) e quelli che riattualizzano qualche risonanza vivifica di un benessere ritrovato. Tutto ciò, nella continua fluttuazione di tensione-distensione, se empaticamente accolto e sentito dall'analista, darà vita a un percorso di trasformazione dove brilleranno dei momenti di pausa rasserenante per un arricchimento personale e dell'intera situazione...”. Un ascolto confortante, in questo senso già benefico che, uscendo dalla logica perversa del “conflitto”, potrebbe servire all'attuale tentativo di affrontare insieme (governanti, terapeuti, scienziati, artisti...) tali nuove esperienze traumatiche.

Chiusura come nuova apertura in un *continuum* trasformativo

Avviandomi infine a chiudere questo scritto, mi chiedo cosa avremo scoperto, individualmente e collettivamente, quando usciti dalla pandemia, ci gireremo a guardare indietro. Si sarà stati, al contempo, fiduciosi dei “padri” (governanti e scienziati) che hanno indicato la quarantena come unica possibilità di salvezza mentre, più o meno silenziosamente, li si contestava? Fissati, mi verrebbe da dire, all'ambivalenza di Edipo-castrazione che frena la spinta a scendere ulteriormente *in noi*, per consentire a qualche *virus* (che uso qui come metafora del conflitto e trauma) di fermarci in una eterna riattualizzazione dello *scontro* che permette di spostarsi *dentro casa*, *confondendo il mettere in ordine col mettere ordine* e poi, ogni tanto uscire sfidando divise e droni, per dare sfogo a disadattamenti già presenti e acuiti dall'incontro destabilizzante con Covid-19?

Oppure, mentre mantenevamo, ligi, la salutare abitudine di passeggiare comunque, ci muovevamo anche *dentro di noi*? Tenendo d'occhio se, nell'abituale *reincontro-scontro* con echi di vecchie immagini traumatiche già disattivate, nel caso di questo nuovo "ospite-invasore" (in effetti già meno virulento) stessimo anche riuscendo a mantenere l'abitudine a recuperare, qui e là dalla latenza, qualche ulteriore traccia vitale da ri-rendere protagonista, almeno per un po'? (Lo dico solo per coerenza, visto che mi sono occupata in clinica psicoterapeutica e teoria analitica del *mantenimento del benessere slatentizzato*). Per quanto mi riguarda, non so se il virus sia effettivamente diventato meno virulento; sicuramente mi fa meno paura e lo privilegio piuttosto come stimolatore di resilienza verso *tentativi sinergici* impiegabili, intanto, nella quotidianità di un presente capace di scegliere *per il singolo e per l'altro*, ciò che è fondamentale, tralasciandone l'inutile.

Riepilogando, ho scelto di condividere ciò che io stessa ho fatto: ascoltarmi dall'interno di una situazione drammatica comune che mi ha dato momenti sconfortanti ma anche fornito qualche risposta di rigenerazione. Ciò mi ha consentito subito di individuarne altre simili, esternamente. E come sempre accade, questo mi sta ora permettendo di ascoltare con maggior neutralità e partecipazione chi mi rivolge la sua richiesta d'aiuto. Così che, durante l'ascolto e l'accoglienza dell'altrui alterità, mentre ri-emerge *la contemporaneità di qualche desiderio*, nel campo di lavoro si rafforza l'empatia, permettendo la circolazione della comune radice umana, accettandone (al di là di idealizzazioni/identificazioni a maestri e governanti) quell'essenza individuale che dà a ciascuno l'impronta del suo "proprio originale"²³ che, legittimandone il fare creativo, porta a vivere in modo diverso rapporti intrapsichici, *interpsichici* (Bolognini) e infine interpersonali.

Ciò detto, ora potrei semplificare questo lavoro, dicendone semplicemente: "Ogni *incontro-scontro* può mettere in moto tentativi di *ridefinizione sinergica*."

23 Ne ho scritto spesso. Cfr., Gariglio 2009 (pp. 18-28), 2011 (psicoanalisi.it/osservatorio/3961), 2017(psicoanalisi.it/libri/7415).

Bibliografia

- Baldari, L. (Ed.) (2013). *Creatività e clinica* (Atti IIM n. 39). Roma: Alpes. *Psicoanalisi e Scienza (PeS)*. Rivista multimediale fondata e diretta da Quirino Zangrilli ([psicoanalisi.it/libri/3734/](https://www.psicoanalisi.it/libri/3734/)).
- Baldari, L. (Ed.) (2017). *La solitudine* (Atti IIM n. 41). Roma: Alpes. *Psicoanalisi e Scienza (PeS)*. (<https://www.psicoanalisi.it/libri/la-solitudine-2/7359/>).
- Bolognini, S. (2008). *Passaggi segreti. Teoria e tecnica della relazione interpsichica*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Castelletti, P. (2006). La metafora della resilienza. Dalla psicologia clinica alla psicologia dell'assistenza umanitaria e della cooperazione (yumpu.com/it/document/read/14976285/castelletti-p-la-metafora-della-resilienza-psicologi-nel-mondo).
- Cavalli Sforza, L. L. (2016). *L'evoluzione della cultura: proposte concrete per studi futuri*. Torino: Codice.
- Cyrulnik, B. (2009). *Autobiografia di uno spaventapasseri. Strategie per superare l'esperienza traumatica*, Milano: Salani.
- Fanti, S. (1984). *Dizionario di psicoanalisi e di micropsicoanalisi*. Roma: Borla.
- Ferenczi, S. (1932). *Diario clinico. Gennaio-ottobre 1932* (a cura di Judith Dupont). Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Ferro, A. (2015). Prefazione. In AA.VV. *Il dolore dell'analista*. Roma: Astrolabio.
- Freud, S. (1920). Al di là del principio di piacere. In S. Freud, *Opere, 9*, 193-249. Torino: Boringhieri, 1977.
- Freud, S. (1922). L'Io e l'Es. In S. Freud, *Opere, 9*, 475-520. Torino: Boringhieri, 1977.
- Freud, S. (1934-38). L'uomo Mosè e la religione monoteistica. Terzo saggio. In S. Freud, *Opere, 11*, 379-453. Torino: Boringhieri, 1979.
- Freud, S. (1937). Analisi terminabile e interminabile. In S. Freud, *Opere, 11*, 499-535. Torino: Boringhieri, 1979.
- Freud, S., & Ferenczi, S. (1914-1919). *Lettere*. Vol. II (a cura di Brabant, Falzeder, Deutsch). Trad. It. A. Semi (Ed.). Milano: Raffaello Cortina

Editore, 1998.

- Gariglio, D. (1977). Psicosi e psicodramma. In collaborazione con G. Tonelli, E. B. Croce, F. Andreoli. In *Fondazione Statuto della Società Italiana di Psicodramma Analitico*. Firenze, 1992.
- Gariglio, D. (1990). La ricerca genealogica in micropsicoanalisi. In APRAGI (Ed.), *Convegno Psichiatria Est-Ovest, Psychiatry and psychotherapy between conservation and change* (St. Vincent). Clinica Psichiatrica Università di Torino.
- Gariglio, D. (2002). Creatività e libertà postanalitiche: un confronto con la realtà. In L. Baldari (Ed.), *Creatività e Clinica*. Roma: Alpes, 2013.
- Gariglio, D. (2007). Dal malessere all'elaborazione di una creatività appagante: un percorso analitico. In L. Baldari (Ed.), *Creatività e Clinica*. Roma: Alpes, 2013.
- Gariglio, D. (2009). La nascita del 'proprio originale', frutto del processo di 'elaborazione ricombinativa' propria della resilienza, come presupposto di incontro tra 'persone'. In W. Scategni & S. Cavalitto (Eds.), *Anamorphosis*, 7 (7), 18-28.
- Gariglio, D. (2011). Identità e trasformazione. La tessitura di un "proprio originale", presupposto di incontri adulti. *Psicoanalisi e Scienza (PeS)*. (psicoanalisi.it/osservatorio/3961/).
- Gariglio, D. (2010). Finestra clinica in "Parlando di Creatività benessere, in particolare nella relazione analitica (Seconda parte)". *Psicoanalisi e Scienza (PeS)*. (psicoanalisi.it/osservatorio/4080/).
- Gariglio, D. (2011). Tracce di condivisione con il pensiero di Davide Lopez. In *Ricordi di Davide Lopez dalla "A" alla "Z" (Spigolature)*. *Gli Argonauti*, 128.
- Gariglio, D. (2013a). Incontri analitici e nascita di nuovi tentativi. *Psicoanalisi e Scienza (PeS)*. (psicoanalisi.it/osservatorio/3169/).
- Gariglio, D. (2013b). Solitudine, elaborazione dell'inesprimibile genealogico e creatività. Una conferma. In: Max Guérout e gli schiavi sopravvissuti a Tromelin (micropsicoanalisi.it/solitudine-elaborazione-dellinesprimibile-genealogico-e-creativita-una-conferma-in-max-guerout-e-gli-schiavi-sopravvissuti-a-tromelin/).
- Video Ed. Alessandro Mura: youtu.be/w6r3M_hjd94). In L. Baldari (Ed.), *La solitudine*. Roma: Alpes, 2017.

- Gariglio, D. (2017a). *Pensieri sparsi di una psicoanalista a volte sorridente e a tratti un po' ironica*. Collana ideata e diretta da DG, illustrata da Albertina Bollati, *Tracce di benessere ricombinate... (tbr)*. Cuneo: Araba Fenice.
- Gariglio, D. (2017b). Freud (1910) e l'Immagine in micropsicoanalisi: Gustav e Alma Mahler tra passione e sofferenza (micropsicoanalisi.it/follie-damore-psicopatologia-della-vita-amorosa-2). Convegno IIM, *Follie d'amore. Psicopatologia della vita amorosa*, 2017.
- Gariglio, D. (2020). Arte tra trauma resilienza e benessere. *Psicoanalisi e Scienza (PeS)*. (psicoanalisi.it/osservatorio/205829).
- Gariglio, D., & Lysek, D. (2001). De l'obscurité à la clarté: évolution thérapeutique d'une formation de symptôme à la créativité. *Revue Française de Psychiatrie et de Psychologie Médicale*, 67, 2003 Ed. M. F., Paris. (*Psicoanalisi e Scienza*). (psicoanalisi.it/francais/4371/ 21 marzo 2009).
- Gariglio, D., & Lysek, D. (2009). Lo sviluppo della creatività: una possibile trasformazione dell'aggressività nel corso di una micropsicoanalisi. In Congresso SIM, Nizza, *L'aggressività*. Contributi scientifici IIM. (micropsicoanalisi.it/sviluppo-creativita-possibile-trasformazione-dellaggressivita-nel-corso-micropsicoanalisi).
- Gariglio, D., Lysek, D., & Rossi, P. (2011). Arte, comunicazione e benessere. In XXIV Valcamonica Symposium, Art and Communication in Pre-literate Societies, luglio, 2011), Pre-Atti Centro Camuno di Studi Preistorici (Anche in *Psicoanalisi e Scienza (PeS)*). (psicoanalisi.it/osservatorio/3436, <http://www.psicoanalisi.it/francais/6144>).
- Gazzillo, F., & Silvestri, M. (2008). *Sua maestà Masud Khan. Vita e opere di uno psicoanalista pakistano a Londra*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Hillman, J. (2011). Sto morendo ma non potrei essere più impegnato a vivere. *La Stampa, Cultura*, 29 ottobre.
- Jaccard, B. (1999). *Alfredo. L'ultima battaglia di un uomo solo*. Trad. It. Liliana Zonta, in collana ideata e diretta da DG *I Nuovi Tentativi*. Torino: Tirrenia Stampatori (*Psicoanalisi e Scienza (PeS)*) (psicoanalisi.it/libri/3771).
- Jung, C. G. (1946). Lotta con l'Ombra, in C. G. Jung, *Opere*, 10, Vol. II.

- Torino: Bollati Boringhieri, 1986.
- Khan, M. (1983). *I sé nascosti. Teoria e pratica psicoanalitica*. Tr. it. 1990. Torino: Bollati Boringhieri.
- Lopez, D., & Zorzi, L. (2003). *Terapia psicoanalitica delle malattie depressive*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Lysek, D. (2016) (Ed.). *Le parole del corpo. Nuovi orizzonti della psicosomatica*. Torino: L'Harmattan Italia. *Psicoanalisi e Scienza*. [psicoanalisi.it/libri/7184](https://www.psicoanalisi.it/libri/7184)
- Lysek, D. (2019). Alcuni effetti dei vissuti del feto sulla vita adulta. (Tre parti in *Psicoanalisi e Scienza (PeS)* <https://www.psicoanalisi.it/psicoanalisi/204238/>).
- Lysek, D. (2020). Coronavirus. Risonanze psicosomatiche, *Psicoanalisi e Scienza (PeS)*. ([psicoanalisi.it/osservatorio/205943](https://www.psicoanalisi.it/osservatorio/205943)).
- Lysek, D., & Gariglio, D. (2006). Creative Transformation. Presentation at the XVIII SIPE International Congress, Belfast, 6th -9th September 2006. *Psicoanalisi e Scienza (PeS)*, 2009 ([psicoanalisi.it/english/4185](https://www.psicoanalisi.it/english/4185))
- Lysek, D., & Gariglio, D. (2009a). La mémoire inconsciente du bien-être dans la créativité. Communication au XIX Congrès international de la SIPE, Lisbonne.
- Lysek, D., & Gariglio, D. (2009b). L'attività creativa nella preistoria: un'espressione di tracce di benessere? XXIII Valcamonica Symposium, Convegno Internazionale di Arte Rupestre. Sessione: *Arte preistorica e psicoanalisi*. *BCSP Definire l'identità*, Bollettino del Centro Camuno di Studi Preistorici, Direttore Responsabile Emmanuel Anati, Edizioni del Centro, 2010 (in: *Psicoanalisi e Scienza (PeS)*, 2014, [psicoanalisi.it/etnopsicoanalisi/6173](https://www.psicoanalisi.it/etnopsicoanalisi/6173)).
- Marzi, B. (2020). Il supporto psicologico in quarantena da Coronavirus. Intervista rilasciata dalla dott.ssa Bruna Marzi all'Università di Psicoanalisi di Mosca il 4 aprile 2020. *Psicoanalisi e Scienza (PeS)*. ([psicoanalisi.it/osservatorio/205994](https://www.psicoanalisi.it/osservatorio/205994)).
- Onorati, M. C. (2020). Coronavirus, Luc Montagnier e metodo scientifico, *Psicoanalisi e Scienza (PeS)* ([psicoanalisi.it/scienze/biologiche/206055/](https://www.psicoanalisi.it/scienze/biologiche/206055/)).
- Peluffo, N. (1987, 2001). La situazione. *Psicoanalisi e Scienza (PeS)*. ([psicoanalisi.it/psicoanalisi/3395](https://www.psicoanalisi.it/psicoanalisi/3395)).

- Peluffo, N. (1991). Il comportamento incomprensibile dell'adolescente come manifestazione attuale dell'Immagine filogenetica. Bollettino IIM, N. 10. Torino: Tirrenia Stampatori.
- Peluffo, N. (2006). Le manifestazioni del Bimbo nella dinamica transfert-controtransfert. In Editoriale, *Psicoanalisi e Scienza (PeS)*. (psicoanalisi.it/psicoanalisi/2660/).
- Quammen, D. (2012). *Spillover. L'evoluzione delle Pandemie*. Trad. It. Luigi Civalleri. Milano: Adelphi, 2014.
- Resnik, S. (2001). *Glaciazioni. Viaggio nel mondo della follia*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Rossi, R. (2007). Rileggendo Freud. *Pol.it Psychiatry on line Italia* psichiatrionline.it/node/3771.
- Shishkina, E. (2019). Istinto di tentativo. Sito dell'Istituto Italiano di Micropsicoanalisi. (micropsicoanalisi.it/istinto-di-tentativo).
- Schützenberger A. A. (2019). *La sindrome degli antenati*. Roma: Di Renzo Editore. Ed. orig. 1993.
- Tartari M. (2016). Il trauma. 1. Le teorie freudiane, 2. La ripetizione filogenetica dei traumi, 3. Il traumatismo intrauterino, *Psicoanalisi e Scienza (PeS)*. (psicoanalisi.it/osservatorio/6946).
- Zangrilli, R. (2020). *Coronavirus e regressione psichica*. *Psicoanalisi e Scienza (PeS)*.
- Zangrilli, R. (2017-2018). Pillole di psicoanalisi. *Psicoanalisi e Scienza (PeS)*. (psicoanalisi.it/category/pillole).
- Zonta, L. (1999). Nota sulla traduzione di B. Jaccard, *Alfredo. L'ultima battaglia di un uomo solo*. Torino: Tirrenia Stampatori. (cit. *Psicoanalisi e Scienza (PeS)*, 2013).

N.d.R. Come si evince dal testo, il presente saggio è stato elaborato nel periodo marzo-maggio 2020, in piena situazione di lockdown.

Il contributo della psichiatria alla prevenzione e cura dei disturbi mentali conseguenti all'emergenza sanitaria da CoViD-19 e ai provvedimenti adottati per affrontare la pandemia

Giuseppe Luciano

**Una questione centrale per il futuro dell'umanità: come
prevenire e superare le catastrofi**

Introduzione

Tra le questioni centrali per il futuro dell'umanità, di cui si occupano sia le scienze della natura che le scienze umane e sociali, vi sono le catastrofi: eventi avversi estremi dovuti a cambiamenti devastanti, ad insorgen-

za acuta o graduale, dell'ambiente di vita degli animali e dell'uomo, di gravità tale da compromettere, più o meno gravemente, il suo stato di salute e minacciare, in taluni casi, anche la sopravvivenza della specie a cui appartiene. Le catastrofi si differenziano a seconda che siano causate dall'azione dell'uomo o da eventi naturali o dalla combinazione di eventi della natura con l'azione dell'uomo.

Tra quelle causate dall'azione dell'uomo vi sono state le guerre, tra le più recenti e devastanti delle quali emergono i due conflitti mondiali del Novecento. Non si può dimenticare che il primo si è concluso con 16 milioni di morti e 20 milioni tra feriti e mutilati mentre l'ultimo ha comportato la morte di 54 milioni di uomini, tra cui sei milioni di ebrei uccisi nei campi di sterminio nazisti, e si è concluso con il bombardamento nucleare di Hiroshima e Nagasaki.

Un ampio spazio in materia di catastrofi è stato da sempre occupato da quelle dovute a microrganismi, protozoi, batteri, e virus, con caratteristiche tali da produrre nell'uomo o negli animali utili per la sua sopravvivenza malattie con un indice di contagiosità e di letalità più o meno grave. Per quanto riguarda le catastrofi dovute alla combinazione di eventi della natura con l'azione dell'uomo si devono tener presenti alcune considerazioni. La morte di una frazione più o meno ampia della popolazione che vive in un territorio colpito da un terremoto non è addebitabile solo a cambiamenti improvvisi e rilevanti che avvengono nel mantello e nella crosta terrestre ma anche all'inadeguatezza, talora criminale, delle abitazioni, in quanto costruite in luoghi a rischio e con materiale di scadente qualità e senza criteri antisismici aggiornati. Del pari si deve considerare che l'insorgenza di molte delle catastrofi causate da microrganismi patogeni che hanno colpito l'umanità chiama spesso in causa la responsabilità dell'uomo, in quanto autore di atti di violenta aggressione della natura, come il disboscamento massiccio di foreste, e in quanto autore di guerre o di altri crimini contro l'umanità, quali l'inquinamento dell'atmosfera di fiumi e di mari.

La paura, il pensiero razionale e le scienze per fronteggiare gli eventi avversi e le catastrofi

Dalla sua comparsa sulla terra ad oggi, l'uomo sapiens ha cercato di prolungare il più a lungo possibile la propria esistenza, più o meno consape-

vole del fatto che di una buona parte degli eventi che l'hanno messa gravemente in pericolo è stato responsabile egli stesso. Oltre che di pensiero razionale, i nostri più lontani antenati poterono contare sulla capacità di percepire un'emozione fondamentale per la perpetuazione di sé stessi e della loro specie: la paura delle situazioni, eventi e oggetti capaci di mettere in pericolo la sopravvivenza di sé stessi e della propria comunità. Appartenendo ad una tribù, l'uomo poteva avvalersi della collaborazione dei suoi compagni sia per procurarsi il cibo mediante la cattura di prede sia per difendersi da animali predatori e dalla violenza delle tribù rivali. Con l'esperienza della collaborazione che riceveva dai membri della sua tribù per fronteggiare gli eventi distruttivi ad insorgenza acuta o subdola che provenivano dalla natura, l'uomo acquisì la consapevolezza che quella collaborazione era spesso insufficiente. I nostri antenati controllarono meglio la paura degli eventi avversi della natura, nel momento in cui concepirono l'idea che essi non avvenissero per caso ma fossero opera dei nemici della loro tribù o frutto della volontà di un'Entità invisibile ed onnipotente che governava la natura ed esigeva la sottomissione degli uomini, pena la loro punizione. La reazione di difesa dalla paura dei nemici poteva essere la fuga verso luoghi lontani dal territorio in cui vivevano, la preparazione di un'azione organizzata per la loro distruzione oppure la sottomissione al loro potere. La reazione di difesa dalla paura dell'ira dell'Entità ritenuta provvista della capacità di governare la natura fu l'idea di sottomettersi al Suo potere, implorando la Sua benevolenza con un rito religioso, il più semplice dei quali fu la preghiera. Più tardi l'uomo sviluppò la concezione che l'Ente supremo governava la natura con leggi e meccanismi che erano suscettibili di conoscenza. I primi tentativi di acquisire la conoscenza di queste leggi nacquero dalla filosofia e dalla religione e furono il germe della ricerca scientifica. In effetti, nelle culture più avanzate, per controllare la paura degli eventi che possono minacciare la sua salute e la sua sopravvivenza, l'uomo ha perseguito la conoscenza delle forze e dei meccanismi che regolano la natura e il funzionamento del suo corpo e della sua mente, oltre che della ricerca della forma di organizzazione sociale più idonea a ottimizzare questi suoi beni. Da queste istanze, in tempi relativamente recenti, accanto alle scienze della natura si sono sviluppate le scienze sociali e umane tra cui le scienze sanitarie che hanno come oggetto il comportamento e l'azione dell'uomo nella relazione con gli altri, i fattori della salute e delle malattie e i suoi rapporti con la natura.

Le malattie infettive e contagiose più importanti dell'ultimo millennio: dalle epidemie alle pandemie

In materia di malattie infettive contagiose la medicina contemporanea usa quattro termini: sporadicità, endemia, epidemia e pandemia.

Con il termine di sporadicità si indica la caratteristica di una malattia infettiva di comparire sporadicamente in un territorio, senza avere nello stesso territorio una presenza costante. Con il termine di endemia viene indicata la costante permanenza di una malattia infettiva in un determinato territorio caratterizzato da specifiche condizioni ambientali, che si manifesta uniformemente nel tempo con pochi casi ma talora anche con ciclicità stagionali e con picchi epidemici. Ne è un esempio la malaria nei paesi tropicali. Si usa il termine di epidemia per indicare l'incremento rapido della diffusione di una malattia contagiosa in una zona più o meno vasta del pianeta, favorita da fattori climatici e di altra natura. Per pandemia si intende l'incremento rapido della diffusione di una malattia in molte aree geografiche del mondo, con un alto numero di casi gravi e una letalità elevata.

Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità, le condizioni affinché si possa verificare una vera e propria pandemia sono tre. La prima è la comparsa di un nuovo agente infettivo patogeno che contagia oltre che l'uomo gli animali che vivono nella stessa zona o in zone limitrofe, quali topi, polli, anatre, suini, pulci, bovini, dromedari, zibetti e pipistrelli. La seconda condizione è la capacità del nuovo agente patogeno di causare negli uomini gravi patologie con una elevata letalità. La terza condizione è la capacità di tale agente di diffondersi rapidamente per contagio. L'agente patogeno della pandemia ha spesso come veicolo una zoonosi, termine con cui si indica la presenza di un microrganismo infettivo negli animali che vivono nello stesso ambiente dell'uomo, funzionando da serbatoio dell'agente patogeno.

Negli ultimi millenni le pandemie si sono fatte più frequenti anche perché la diffusione dell'agente patogeno è stata facilitata dall'azione dell'uomo. Sia in quanto le attività dell'uomo possono facilitare il suo contatto con animali portatori di agenti infettivi patogeni da cui è stato originariamente distante. Sia in quanto le sue attività economiche e commerciali hanno determinato l'aumento degli scambi di merci e di persone tra i vari popoli, divenuti particolarmente intensi nell'ultimo secolo. Tra

le pandemie che hanno maggiormente modificato il corso della storia dell'ultimo millennio le due più devastanti sono state la peste nera e la "spagnola".

La quasi unanimità degli esperti ritiene che la peste nera sia stata una malattia infettiva, con una letalità pari al 50%, causata da un batterio scoperto dal microbiologo Alexandre Yersin nel 1894, denominato dapprima *Pasteurella pestis* in onore di Pasteur maestro di Yersin e poi *Yersinia pestis* in onore del suo scopritore. Originaria dalle pendici dell'Himalaia, nel XIV secolo, dal 1347 al 1353 la peste nera si diffuse massicciamente in vari Paesi del continente asiatico e successivamente nel continente europeo, nel Nordafrica e nel Caucaso uccidendo venti milioni di uomini.

Nel mondo cristiano, la pandemia fu affrontata, oltre che con le misure suggerite dalla medicina, anche con la preghiera, le processioni religiose e con difese paranoide tra cui la criminalizzazione e l'aggressione delle comunità ebraiche identificate come nidi di untori. Come è noto, preghiere fatte in gruppi più o meno ampi e processioni aggravarono spesso la diffusione del contagio mentre le vittime delle persecuzioni dei presunti untori lasciarono le cose immutate come sempre.

La pandemia dell'influenza "spagnola", provenendo da una zona su cui tra gli studiosi non vi è unanimità di opinione, dilagò tra il 1918 e il 1920 in tutti i paesi del mondo, comprese alcune isole dell'Oceano Pacifico e del Mare Glaciale Artico. Colpì 500 milioni di persone, facendo una moltitudine di vittime che, a seconda dei ricercatori, oscilla tra i 50 e i 100 milioni. Ebbe un letalità non definita ma sicuramente superiore al 10%. Fu causata da un virus, isolato nel 1938 dal virologo Thomas Francis e si estinse spontaneamente per cause che sono ancora argomento di dibattito. Per la terapia della spagnola la medicina disponeva solo di rimedi empirici contro la febbre. Come misure per contenere la diffusione venne adottata la mascherina facciale o l'isolamento. La morte avveniva per lo più per broncopolmonite batterica, patologia per la quale a quell'epoca non esisteva il rimedio degli antibiotici. Il primo di questa categoria di farmaci venne scoperto infatti da Fleming nel 1928 e usato per la prima volta nella pratica clinica solo nel 1942.

La "spagnola" provocò un terremoto demografico e migratorio: molti lasciarono le proprie nazioni alla ricerca di Paesi «sani», che però non esistevano, e colpì soprattutto giovani e adulti sani che, nella normale vita civile, producendo e scambiando merci, erano la spina dorsale del sistema eco-

nomico. La pandemia provocò ovunque la crisi della domanda e dell'offerta, della produzione e del consumo: un vero choc per qualsiasi Paese anche economicamente sano, sebbene la manodopera, diventata ricercata e rara, avesse ottenuto salari migliori. Il PIL dell'Europa occidentale calò del 7,5%. Tutto questo non poteva non avere effetti destabilizzanti sui sistemi politici e sociali dei Paesi colpiti, in particolare sulla Germania uscita sconfitta dalla seconda guerra mondiale e con il peso di un enorme debito di guerra.

Dalla teoria di Girolamo Fracastoro sulle cause delle malattie alle misure per bloccare la diffusione delle epidemie e per la cura delle persone contagiate: dalla vaccinazione antivaaiolosa ai farmaci che agiscono sull'agente infettivo

Lo studio della insorgenza e della diffusione delle malattie infettive cominciò ad entrare nelle competenze della medicina moderna, preclinica, con l'opera di Girolamo Fracastoro (1476-1553 pubblicata nel 1546 "*De Contagione et Contagiosis Morbis*") nella quale si affermava che ogni malattia era provocata da un diverso tipo di corpuscoli in grado di moltiplicarsi rapidamente e di trasmettersi dagli ammalati ai sani in 3 modalità: per contatto diretto, per il tramite di materiali diversi (es. indumenti) e attraverso l'aria. Una teoria che non ebbe un successo immediato in quanto confliggeva con la teoria dominante, ad orientamento astrologico, professata dall'autorevole medico svizzero Paracelso (1493-1541).

La lotta contro le epidemie ebbe una svolta fondamentale 250 anni dopo, quando, nel 1796 il medico inglese Edward Jenner introdusse la vaccinazione antivaaiolosa.

La pandemia 2019-2020 da CoViD-19 e le misure adottate per contenerne la diffusione e per la cura delle persone contagiate

Origine e caratteristiche del CoViD-19

Gli esperti microbiologi, virologi ed epidemiologi di tutto il mondo hanno accertato che l'agente causale della pandemia 2019- 2020 tuttora in atto è un virus appartenente alla famiglia dei coronavirus denominato

SARS-CoV-2. Trattandosi di un virus nuovo, non si hanno ancora informazioni scientifiche esaustive sulle sue caratteristiche e in particolare su tutte le modalità con cui si può trasmettere. La maggior parte degli studiosi ritengono che si tratti di un agente infettivo di origine zoonotica, proveniente da un animale, probabilmente il pipistrello, che vive in Cina nelle stesse zone in cui vive l'uomo o in zone limitrofe. Ritengono altresì che, nella regione dell'Hubei, epicentro dell'epidemia sviluppatasi in Cina, già dagli ultimi due mesi del 2019 il virus si sia trasmesso direttamente da uomo malato ad uomo sano, senza l'intervento dell'animale che ne è il serbatoio. È accertato che la trasmissione dell'agente microbico avviene attraverso goccioline respiratorie (droplets) che le persone contagiate emettono con starnuto o tosse, conservando la vitalità per due/tre ore sugli oggetti inanimati su cui eventualmente si depositano. Il CoViD-19 colpisce infatti prevalentemente le vie respiratorie superiori (cavità nasali, faringe, laringe) e meno frequentemente trachea, bronchi e polmoni. Non si può escludere che il virus possa contagiare l'uomo, oltre che per via respiratoria, anche per via orale, dato che è stato trovato nelle feci di soggetti sottoposti a screening e che una persona si possa contagiare toccando un oggetto in cui si è da poco tempo depositato il virus emesso con un colpo di tosse o uno starnuto e portando poi le mani agli occhi, al naso o alla bocca. Non si conosce esattamente il tempo in cui il virus può rimanere vitale fuori dell'animale contagiato, ritenendosi per lo più che sia dell'ordine di alcune ore.

Il Italia, la contagiosità del virus in questione, il numero di persone suscettibili a cui un individuo infetto riesce a trasmettere l'infezione, è calcolata in 2,5. Si tratta di una contagiosità bassa, se è confrontata con quella del morbillo, alta se confrontata con quella della spagnola, definita retrospettivamente in 2,1.

Nella maggior parte dei casi, il quadro clinico della malattia da CoViD-19 appare simile a quello di una comune febbre influenzale: febbre, rinite, faringite, artralgie e astenia. Si ritiene che nella maggior parte dei casi l'infezione sia paucisintomatica o asintomatica. Nelle forme più gravi il paziente lamenta dispnea in quanto affetto da una polmonite interstiziale che può provocare la sua morte per insufficienza respiratoria. In questa circostanza, se il paziente viene assistito mediante il supporto di un ventilatore e altre misure di terapia intensiva la polmonite può guarire. I soggetti maggiormente a rischio di contrarre il contagio e di sviluppare la

polmonite sono le persone anziane, specie se affette da patologie multiple importanti come il diabete e cardiopatie ischemiche e se sono ricoverate nelle residenze assistenziali.

Per quanto riguarda la letalità e la mortalità, non si hanno ancora dati sufficienti per definire questi due aspetti della pandemia. Da quelli attualmente disponibili si può affermare che la letalità, termine con cui si intende il rapporto tra numero di malati e numero di morti, è di discreta rilevanza, certamente superiore a quello che si è registrato nelle epidemie influenzali degli ultimi cinquanta anni. È variabile da Paese a Paese in rapporto a fattori ancora non ben chiariti. In Italia (aprile 2020) è piuttosto elevata, oscillando intorno al 10% delle persone il cui contagio sia accertato anche con strumenti diagnostici di laboratorio. Il calcolo scientifico della letalità richiederebbe la conoscenza del numero dei contagiati acquisita mediante l'esecuzione di un attendibile screening di massa, provvedimento che fino a tutto aprile non è stato ancora adottato. In assenza di tale dato, non è ancora definibile neppure la mortalità, intesa come rapporto tra il numero di morti sul totale della popolazione presente nello stesso periodo nel territorio colpito dal virus.

Il periodo di incubazione medio della CoViD-19, periodo che intercorre tra il momento del contatto di una persona sana con una persona infetta e lo sviluppo della malattia, viene indicato in 14 giorni. La diagnosi di CoViD-19 si basa, oltre che sul quadro clinico che un soggetto presenta e sul "tamponamento faringeo" che consiste nell'analisi di laboratorio di materiale biologico prelevato con bastoncino cotonato sulla mucosa della faringe, sulla sierodiagnosi che consiste nella ricerca di immunoglobuline (*IgM* e *IgG*) nel sangue del soggetto esaminato e sull'esecuzione della TAC polmonare quando il soggetto presenta dispnea e si sospetta che sia affetto da polmonite interstiziale. Fino alla prima decade di aprile 2020 non erano stati identificati farmaci sicuramente efficaci per contenere la vitalità del virus o i meccanismi con cui provoca danni agli organi dell'apparato respiratorio della persona contagiata, a parte qualche farmaco antinfiammatorio. Successivamente i medici clinici hanno messo a punto un mix di farmaci tale da consentire la cura della quasi totalità dei malati al proprio domicilio. Nei casi in cui il CoviD-19 provoca un quadro clinico con sintomi di polmonite interstiziale è necessario sottoporre il paziente a ventilazione polmonare negli appositi servizi di terapia intensiva. Dai dati finora disponibili, il tasso di guarigione sembra abbastanza alto

anche in Italia. Secondo l'Istituto Superiore di Sanità la maggior parte delle persone contagiate guarisce spontaneamente. La diagnosi di avvenuta guarigione della malattia si basa oltre che su criteri clinici sull'esecuzione del tampone faringeo. Un paziente già affetto da CoViD-19 è considerato guarito se non presenta sintomi clinici né segni positivi di laboratorio. La contagiosità di un paziente clinicamente guarito deve essere valutata con l'esecuzione del tampone faringeo. Finché il tampone è positivo il paziente deve essere considerato contagioso e pertanto deve essere sottoposto ad isolamento domiciliare o ospedaliero fino a quando il suo tampone non risulta negativo. Come già accennato, dopo la fase iniziale, la cura del paziente affetto da CoviD- 19 è stata effettuata abitualmente a domicilio, adottando misure idonee a mettere le persone conviventi al riparo dal rischio di essere contagiate.

Non è ancora accertato se la guarigione dall'infezione comporta un'immunità di lunga durata o permanente, aspetto di grande rilevanza per valutare se il paziente guarito possa esporsi ad una situazione a rischio e se l'uso di un vaccino anti SARS-CoV-2 di massa possa debellare la pandemia. Virologi di laboratori di alta caratura scientifica, alcune aziende farmaceutiche e centri universitari di ricerca, in numerosi Paesi di tutto il mondo, stanno lavorando per la preparazione del vaccino. Sui tempi necessari per avere un vaccino somministrabile in sicurezza non si possono fare che previsioni approssimative, tenendo conto che alcuni autorevoli centri impegnati nella preparazione del vaccino hanno recentemente dichiarato che il prodotto è già in fase di sperimentazione clinica.

Misure adottate dal governo italiano e dalle amministrazioni regionali per contenere la diffusione del CoViD-19 e per la cura delle persone contagiate

Per ragioni non ancora scientificamente chiarite, il CoViD-19 dopo avere imperversato in Cina verosimilmente fin dagli ultimi due mesi del 2019, diffondendosi verso l'Europa, ha colpito innanzitutto l'Italia, anche in misura massiccia. L'operato del Governo e delle Regioni del nostro Paese e le opinioni prevalenti dei loro consulenti (virologi, microbiologi e infettivologi) sono stati inizialmente improntati ad una certa sottovalutazione della pericolosità della nuova pandemia.

Ritengo che, al di là delle altre motivazioni, questo atteggiamento iniziale, sia stato il risultato della difesa dall'eccesso di ansia che suscita un'en-

tità avversa, non solo sconosciuta ma anche invisibile. È ben noto infatti che l'ansia eccedente inibisce più o meno intensamente il pensiero razionale e comporta l'uso di meccanismi di difesa primari, come la negazione.

Peraltro, la scarsa conoscenza delle caratteristiche del CoViD-19 e verosimilmente la mancata disponibilità di alcuni degli strumenti utili per limitare il contagio e per curare precocemente la malattia (mascherine, guanti, vaccini, strumenti diagnostici per screening di massa, adeguato numero di servizi di terapia intensiva) non ha consentito, nella fase iniziale, un programma lineare di interventi pubblici per fronteggiare la pandemia.

L'insufficiente tempestività con cui il governo italiano in carica nel 2020 ha messo in atto le misure necessarie per limitare la diffusione del CoViD-19 è stata la conseguenza del fatto che l'OMS, sulla base delle informazioni ricevute dalla Cina sul focolaio dell'epidemia da nuovo coronavirus SARS-CoV-2 registrato nella regione dell'Hubei, dichiarava quel focolaio "emergenza di sanità pubblica di rilevanza internazionale", soltanto il 30 gennaio 2020.

Tenuto anche conto che lo stesso 30 gennaio 2020 due cittadini cinesi affetti da CoViD-19 erano stati isolati nell'Ospedale Spallanzani di Roma e altresì del fatto che pochi giorni dopo la regione Lombardia segnalava la diffusione di infezione da SARS-CoV-2, il 21 febbraio il Ministro della salute emanava un'ordinanza che prevedeva misure di isolamento quarantenario obbligatorio, di durata pari a 14 giorni, per coloro che avevano avuto contatti stretti con un caso risultato contagiato dal temutissimo coronavirus.

Con successivi provvedimenti, il Governo decretava l'isolamento delle zone del Paese in cui si manifestava un focolaio dell'epidemia e la chiusura di tutte le attività produttive non essenziali o strategiche. Il decreto consentiva l'apertura di negozi di generi alimentari, farmacie, negozi di generi di prima necessità e l'attività dei servizi essenziali, disponendo limitazioni nella mobilità dei cittadini non addetti a servizi di cui era consentita l'apertura. Dall'inizio di marzo venivano impartite modalità di comportamento di valore igienico sanitario ritenute idonee a combattere la diffusione del CoViD -19. Tra cui le seguenti: lavarsi spesso le mani; mettere a disposizione in tutti i locali pubblici, palestre, supermercati, farmacie e altri luoghi di aggregazione, soluzioni idroalcoliche per il lavaggio delle mani; evitare il contatto ravvicinato con persone che

soffrono di infezioni respiratorie acute; evitare abbracci e strette di mano; mantenimento, nei contatti sociali, di una distanza interpersonale di almeno un metro; igiene respiratoria (starnutire e/o tossire in un fazzoletto evitando il contatto delle mani con le secrezioni respiratorie); evitare l'uso promiscuo di bottiglie e bicchieri, in particolare durante l'attività sportiva; non toccarsi occhi, naso e bocca con le mani; coprirsi bocca e naso se si starnutisce o tossisce; non prendere farmaci antivirali e antibiotici, a meno che siano prescritti dal medico; pulire le superfici con disinfettanti a base di cloro o alcol; usare la mascherina solo se si sospetta di essere malati o se si presta assistenza a persone malate.

In particolare, a partire dal 23 marzo 2020 veniva decretato il “divieto a tutte le persone fisiche di trasferirsi o spostarsi, con mezzi di trasporto pubblici o privati, in un comune diverso rispetto a quello in cui attualmente si trovano, salvo che per comprovate esigenze lavorative di assoluta urgenza ovvero per motivi di salute”. Mano a mano che veniva affinata la conoscenza del comportamento della diffusione del contagio e dei mezzi per contenerla venivano prescritti ai cittadini nuove modalità di comportamento sociale quali il “distanziamento sociale” e l'uso della mascherina nelle circostanze in cui accedevano ai luoghi pubblici o privati di cui non era stata disposta la chiusura. Nell'aprile 2020, nel lessico familiare degli italiani entrava il termine inglese lockdown, usato per indicare che i cittadini dovevano rimanere confinati al proprio domicilio e uscire solo per urgenti e giustificati motivi. Una sorta di coprifuoco che ha allarmato intensamente i cittadini rispetto al pericolo del nemico del momento, il SARS-CoV-2.

Valutato l'andamento epidemiologico positivo del Covid-19, il 4 maggio 2020 il governo italiano ha decretato la cessazione del lockdown, sia pure con alcune limitazioni e obblighi per i cittadini, prevedendo la riapertura graduale delle attività produttive e di alcuni servizi. Tra le limitazioni rimaste in vigore vi è stato il divieto degli assembramenti. Tra gli obblighi mantenuti a carico dei cittadini vi è stato quello di usare la mascherina nelle circostanze in cui accedono ai luoghi pubblici o privati aperti al pubblico, nonché quello del distanziamento sociale. Tra i servizi mantenuti chiusi fino a nuova disposizione i più importanti sono stati quelli scolastici e una parte di quelli dell'amministrazione della giustizia.

L'andamento dell'epidemia e l'impatto delle misure adottate per debellarla

Nelle regioni italiane più colpite dal CoViD-19, la cura dei malati affetti dalla malattia ha messo a dura prova l'organizzazione della medicina territoriale nonché i servizi ospedalieri di terapia intensiva oltre che l'assistenza sanitaria delle persone ricoverate nelle strutture residenziali, esponendo a gravi rischi di contagio anche gli operatori sanitari, medici, infermieri ed operatori sociosanitari. Poiché la cura delle persone affette da polmonite interstiziale ha sovraccaricato i servizi di terapia intensiva fino al limite delle loro risorse, i Presidenti delle Regioni maggiormente colpite, d'intesa con la Protezione Civile, si sono impegnati a potenziare detti servizi, grazie anche al contributo di gruppi di volontariato italiani e di Paesi stranieri, tra cui la Cina e Cuba, e al contributo finanziario di singoli cittadini.

In Italia, alla data del 30 aprile, pur avendo preso un andamento discendente, il nuovo coronavirus, SARS-CoV-2, aveva contagiato più di 165mila persone, causando la morte di più diecimila persone tra cui più di 120 medici, più di trenta infermieri e più di 10 operatori sociosanitari.

Dopo la sospensione del lockdown, alla data del 10 giugno 2020 il numero di morti per CoVid-19 è stato di 71 mentre quello dei nuovi casi è stato di 202, portando il numero complessivo delle persone colpite dall'inizio della pandemia alla cifra 235.763 e il numero complessivo di morti alla cifra di 34.114. Nella mente di molti italiani si rafforzava drammaticamente l'immagine di una colonna di camion militari che trasportava le bare dei morti verso cimiteri sovraccarichi, un'immagine riproposta ripetutamente dai media. Alla data del 10 giugno il numero di casi guariti risultava pari a 169.939. Stando alle informazioni fornite dalla Protezione Civile, dei contagiati positivi alla data suddetta, 27.141 risultavano in isolamento domiciliare con pochi sintomi o asintomatici, 4.320 ospedalizzati e 249 ricoverati in terapia intensiva. Le regioni più colpite restavano Lombardia, Piemonte ed Emilia-Romagna. Sempre alla data del 10 giugno, i tamponi effettuati dall'inizio dell'epidemia risultavano pari a 4.381.349, di cui 62.699 effettuati il 9 giugno.

Il contributo dello psichiatra nel quadro dei servizi sanitari per la prevenzione cura e riabilitazione delle patologie conseguenti alla pandemia

Introduzione

La pandemia da SARS-CoV-2 costituisce indubbiamente l'evento avverso più devastante che abbia colpito l'Italia negli ultimi settantacinque anni. L'interpretazione del fenomeno è stata variegata anche se ai fini delle misure adottate dallo Stato per fronteggiarle è prevalsa quella della medicina, incentrata sul sapere di alcuni esponenti della comunità scientifica di epidemiologi, microbiologi, virologi e infettivologi. In materia di misure di lotta alla diffusione dell'epidemia e di cura dei malati, la Chiesa Cattolica, come anche le altre religioni minoritarie, ha accettato il primato della medicina e dello Stato. Pur non rinunciando ai propri riti come il battesimo, la messa, la preghiera, il matrimonio e i funerali, diversamente dal comportamento tenuto in occasione di altre pandemie tra cui quella della peste nera, la Chiesa Cattolica ha rinunciato a celebrarli in forma assembleare nei luoghi di culto, collaborando così con lo Stato Italiano nell'attuazione delle misure di contenimento del contagio. Nell'attuazione delle disposizioni dello Stato per combattere la pandemia non hanno avuto alcuna rilevanza pratica le interpretazioni del fenomeno incentrate su orientamenti minoritari della Chiesa Cattolica, come quelli secondo cui la catastrofe che ha colpito l'umanità sarebbe la conseguenza dell'allontanamento degli uomini dalla volontà di Dio, se non proprio della Sua conseguente punizione. Nonostante abbiano trovato una certa diffusione sui social media, non hanno avuto alcuna rilevanza pratica neppure le interpretazioni incentrate sulle teorie complottistiche, figlie ad un tempo di credenze popolari di antica tradizione, tra cui quelle che attribuivano le catastrofi alla perfidia di gruppi etnici minoritari quali gli ebrei e/o ai malefici delle streghe, e del pensiero paranoide, modalità di pensiero difensivo che induce alla convinzione più o meno tenace che rispetto ai mali di cui soffriamo siamo esenti da qualsiasi responsabilità, in quanto li consideriamo provenienti da un mondo esterno, a noi più o meno avverso. Si tratta di teorie che lo Stato italiano ha giudicato sprovviste di qualsiasi fondamento di credibilità, anche se risultano talvolta utili a singoli individui o a gruppi ideologizzati per fronteggiare l'angoscia di

morte e per il controllo dell'aggressività distruttiva attivata dalla perdita di persone care.

Il bilancio degli effetti dell'epidemia di CoViD-19 e la programmazione delle misure per l'uscita dell'Italia dalla crisi sanitaria ed economica causata dalla pandemia di CoViD-19

Sulla base degli studi scientifici di numerose Agenzie, si stima che la chiusura delle attività produttive e le altre misure adottate per contenere la diffusione del CoViD-19 ha arrecato all'Italia un danno economico pari ad un calo del PIL per l'anno in corso non inferiore al 9% rispetto all'anno precedente.

Sul futuro della pandemia, nella comunità scientifica dei virologi e infettivologi e i loro seguaci della politica si sono confrontate e non di rado scontrate due linee di pensiero. La prima improntata all'ottimismo prevede che a breve termine la virulenza del virus del CoViD-19 come altri coronavirus si attenuerà fino a scomparire. La seconda improntata al pessimismo prevede che il CoViD-19 diventerà una malattia infettiva endemica come le altre influenze e che la prossima recrudescenza avrà luogo nel prossimo autunno. Esiste altresì una terza linea di pensiero che si potrebbe denominare moderata e che prevede che se il CoViD-19 ricomparirà in autunno avrà vita difficile. Troverà infatti medici esperti, protocolli di cura efficace già sperimentati e un'adeguata disponibilità di posti letto di terapia intensiva del tutto sufficiente per il trattamento dei casi con polmonite interstiziale.

In conseguenza anche del variegato pensiero degli esperti, è ragionevole ritenere che attualmente su una larghissima parte degli italiani gravino la paura del contagio, l'angoscia di morte, l'aspettativa ansiosa della perdita delle persone amate. Si profila inoltre la prospettiva della perdita del posto di lavoro, per un tempo indefinibile, per una moltitudine di persone, non inferiore, secondo alcune stime scientifiche, alla cifra di un milione di cittadini, lavoratori dipendenti ed autonomi.

Rimane comunque incertezza per tutti sulle seguenti questioni: il CoViD-19 conferisce un'immunità permanente o comunque prolungata e in caso positivo in quali tempi è possibile arrivare ad un'immunità di gregge e preparare un vaccino? Per scongiurare il contagio sono sufficienti oltre che necessarie le misure finora consigliate, quali l'uso di un'adeguata

mascherina facciale nelle relazioni sociali, il distanziamento sociale e il lavaggio frequente delle mani, oltre che l'isolamento domiciliare o ospedaliero degli ammalati? Il contagio può essere trasmesso dagli animali domestici come cani e gatti e in caso positivo cosa fare per mettersi al riparo da questo rischio? In fase di guarigione è possibile la ricaduta nella malattia e in caso positivo quali misure adottare per prevenirla? Ad avvenuta guarigione è possibile, a breve termine, la recidiva della malattia e in caso positivo quali misure adottare per prevenirla? E infine la commissione di esperti nominata dal Presidente del Consiglio dei Ministri in data 10 aprile 2020 e capitanata dall'autorevole manager Vittorio Colao darà al governo italiano indicazioni adeguate per portare l'Italia fuori dalla crisi sanitaria e da quella economica?

Qualunque sarà la risposta che verrà data a queste questioni, certo è che sulle condizioni di vita e di lavoro degli italiani conseguenti alla pandemia e alle misure adottate per contenerla incombono fattori psicostressanti di grado diverso a seconda della fascia sociale di appartenenza. Lo scopo delle considerazioni che esporrò qui di seguito è quello di dare un contributo di ipotesi alla ricerca sui disagi e sul rischio di disturbi mentali che ne possono derivare. Una ricerca che dovrà tenere conto innanzitutto dei dati informativi di cui disporranno i dipartimenti di salute mentale attivati in esecuzione della riforma psichiatrica del 1978.

Impatto sulla salute mentale del timore del contagio e delle condizioni di vita determinate dalle misure adottate per contenere la diffusione della pandemia

Va da sé che le persone che vivono in un territorio in cui imperversa un'epidemia da agente infettivo provvisto di alta contagiosità e letalità e contro il quale la medicina non dispone del corrispondente vaccino e di farmaci capaci di combatterlo in modo risolutivo, siano esposti ad una diffusa angoscia di morte. Il confinamento di un territorio sede di un focolaio dal resto del Paese, l'isolamento domiciliare o ospedaliero degli ammalati e il distanziamento sociale sono indubbiamente misure atte a contenere la diffusione del contagio. Nel contempo costituiscono fattori che aggravano l'angoscia di morte in quanto sottolineano la gravità della malattia anche perché spesso deprivano del contatto diretto con persone rassicuranti e molti della difesa e del conforto della preghiera nel luogo

dedicato al Dio Onnipotente in cui credono. Non reca peraltro sollievo il fatto che una parte, fortunatamente minoritaria, di religiosi ha interpretato la malattia come punizione inflitta da Dio agli uomini che si sono allontanati dai Suoi comandamenti. Per coloro che sono impiegati in un'azienda privata, la sospensione dal lavoro diventa inevitabilmente fonte di ulteriore ansia, in quanto tale misura espone al timore che il futuro gli riservi la disoccupazione permanente e la povertà. Accenno a quattro ulteriori fattori che possono aggravare l'angoscia di morte. Il primo è la difficoltà o impossibilità, come accaduto fino a tutta la prima metà di aprile, ad acquisire attrezzature di difesa dal contagio come mascherine facciali, guanti e disinfettanti. Il secondo è la difficoltà o impossibilità di ricevere sostegno affettivo dalle persone care nel caso in cui si venga eventualmente ricoverati in ospedale per una grave forma di CoViD-19, ovvero di dare sostegno alle persone care in caso in cui siano esse a trovarsi in questa circostanza. Il terzo fattore a cui mi riferisco è la mancata possibilità di elaborare il lutto relativo alla perdita di una persona cara in ragione del fatto che tra le misure adottate per contenere la diffusione del contagio vi è anche il divieto di celebrare riti funerari, come pure altri tipi di assembramento. Il quarto fattore consiste nella riluttanza ad accedere sia all'ambulatorio del medico di famiglia sia alle strutture dei servizi specialistici ospedalieri e territoriali per il timore che in queste sedi ci si esponga ad un maggiore rischio di contagio e così anche ad usare i mezzi di trasporto per raggiungerle.

I disagi sopra evidenziati costituiscono verosimilmente fattori di rischio per l'insorgenza di disturbi d'ansia e depressivi anche di tipo maggiore con quadro clinico caratterizzato da pensieri di morte se non proprio da ideazione suicidaria.

Disagi familiari e personali conseguenti alla sospensione delle attività dei servizi scolastici e aziende produttive associate alla limitazione della mobilità e dei contatti sociali imposte dal lockdown

È stato auspicato che l'allungamento della presenza in casa dei membri della famiglia imposto dalle misure di contenimento della diffusione del CoViD-19 possa agevolare nella maggioranza dei casi le loro relazioni affettive e gli scambi di conoscenze ed esperienze e la loro collaborazione. È inevitabile tuttavia che, in una buona parte dei casi, dette misure ab-

biano sulla famiglia un impatto relazionale negativo. Si tratta dei casi in cui l'ambiente di lavoro, oltre che le attività sportive agonistiche e sociali competitive, sono il luogo in cui vengono trasferiti problemi relazionali interni alle famiglie che inducono comportamenti aggressivi e violenti. Non stupirebbe accertare, come segnalato da alcuni organi di informazione, che con la pandemia in atto aumentino gli episodi di violenza intrafamiliari.

Per quanto riguarda i disagi personali connessi al lockdown, ricordo che fin dalla seconda metà degli anni cinquanta del Novecento, verosimilmente in previsione dei voli spaziali, gli effetti psichici dell'isolamento sociale e della limitazione degli stimoli sensoriali sono stati studiati da psichiatri e psicologi, sia in ambiente clinico che a livello sperimentale. Tali effetti concernevano l'attività percettiva e cognitiva e la sfera affettiva. In un saggio pubblicato nel 1959 (*Manuale di psichiatria* di Silvano Arieti, Edizione Boringhieri, 1959, Torino), lo psichiatra George E. Ruff, collaboratore della NASA per la selezione degli astronauti, ha fatto il punto degli studi condotti su questo argomento fino a quel tempo. In base a tali studi è risultato che l'isolamento sociale e la deprivazione sensoriale promuovono nella maggioranza dei soggetti esaminati, salvo che in quelli dotati di una resilienza eccezionalmente elevata, lo sviluppo di disturbi percettivi che nei casi estremi assumono la forma di illusioni e allucinazioni, di disturbi del pensiero e, in altri casi estremi, assumono connotati psicotici sotto forma di interpretazioni deliranti e disturbi dell'identità come la depersonalizzazione, nonché di disturbi della sfera affettiva che nei casi estremi consistono in marcata irritabilità e alterazioni dell'umore in senso depressivo o esaltativo. Si tratta comunque di disturbi che tendono ad insorgere e ad accentuarsi tanto più quanto più prolungata risulta la condizione di isolamento e di limitazione sensoriale. Al di là delle diverse interpretazioni del fenomeno gli studi esaminati da Ruff hanno dimostrato che il mantenimento dello stato di salute mentale richiede un minimo di afferenze sensitivo-sensoriali e di contatti sociali e affettivi. Nell'attuale pandemia di CoViD-19, in una condizione di isolamento estremo si trovano ovviamente coloro che vengono ricoverati in un reparto di terapia intensiva per una polmonite da SARS-CoV-2.

Fortunatamente, grazie alla disponibilità di mezzi di comunicazione telematica di cui può avvalersi la quasi totalità delle persone, nell'attuale pandemia, il confinamento ordinario al proprio domicilio imposto ai

cittadini dalle misure adottate per contenere la diffusione del contagio non è mai estremo neppure per le persone che vivono da sole. Appare verosimile tuttavia che il disagio relativo all'isolamento sociale imposto per contenere la diffusione del contagio, con il concorso di altri fattori di rischio, possa dare origine ai disturbi che si sviluppano nei soggetti sottoposti ad una condizione di deprivazione sociale e sensoriale estrema, come quella a cui vengono sottoposti a livello sperimentale i soggetti che aspirano a diventare astronauti. La clausura forzata in casa prevista dalle misure di contenimento della diffusione del contagio può indurre uno stato d'animo penoso incentrato sulla sensazione di essere deprivato della libertà come un prigioniero. Una situazione che è stata denunciata vigorosamente da alcuni intellettuali libertari che contestano le misure di limitazione dei contatti sociali necessari per limitare il contagio. Una condizione che può comportare disturbi claustrofobici tali da indurre i soggetti ad uscire di casa frequentemente per iniziative consentite come recarsi al supermercato per acquisto di cibi. In proposito, nel periodo del lockdown, gli organi di informazione hanno riferito la notizia di casi, individuati dagli organi di polizia, di persone che si recavano nei supermercati fino a sei volte al giorno.

In conclusione le limitazioni relazionali connesse alle condizioni di vita e di lavoro imposte dal lockdown possono essere stati fattori di rischio per l'insorgenza di conflitti intrafamiliari latenti, di disturbi psicotici sotto forma di interpretazioni deliranti e di depersonalizzazione, nonché di disturbi depressivi e disturbi d'ansia con attacchi di panico e/o claustrofobici e conseguente impulso irresistibile di violare il divieto di uscire di casa.

Fattori di rischio per disturbi mentali a carico degli operatori sanitari e assistenziali delle strutture pubbliche e accreditate di cui si avvale il servizio sanitario nazionale e delle residenze sanitarie assistenziali per anziani e disabili

Ricordo che gli operatori addetti ai servizi alla persona, sanitari e assistenziali, delle strutture del servizio sanitario nazionale e di quelle accreditate sono medici, infermieri professionali e ausiliari e che negli ambulatori dei medici di medicina generale e di pediatria nonché nei centri medici privati accreditati con il servizio sanitario nazionale lavorano a contatto

con gli utenti anche le segretarie di studio.

Già in data 13 aprile 2020, su un totale di 159.521 persone contagiate, 13.522 casi interessavano gli operatori sanitari, mentre sul totale di 20.465 morti, 110 erano medici, 30 infermieri e 8 ausiliari. Stando a questi dati, verosimilmente il livello di ansia degli operatori sanitari è stato e rimane piuttosto elevato.

Alcuni medici in servizio attivo da me intervistati hanno dichiarato che il timore per il proprio contagio è stato spesso potenziato dal timore di contagiare i propri cari. Uno di loro per un mese intero non ha fatto ritorno a casa fino a quando non è stato sottoposto al tampone faringeo con esito negativo. Nella categoria dei medici, le angosce di morte hanno afflitto nei primi due mesi della pandemia soprattutto quelli di medicina generale, in ragione del fatto che spesso erano sprovvisti della protezione di una mascherina efficiente e perciò esposti al contagio e non hanno avuto l'opportunità di farsi sottoporre all'esame con il tampone faringeo. Peraltro medici ospedalieri dei servizi di terapia intensiva sono esposti all'esperienza quotidiana emotivamente scottante di occuparsi di malati gravi esposti al rischio di morte e all'esperienza deprimente dell'inermità dell'impegno profuso per scongiurare questo evento.

I fattori di disagio a cui sono stati esposti i medici hanno riguardato, in misura più o meno rilevante, anche gli infermieri, gli ausiliari e le segretarie di studio medico.

Le considerazioni sopra esposte giustificano l'ipotesi che una delle categorie professionali maggiormente esposte al rischio di sviluppare, durante la pandemia di CoViD-19, disturbi d'ansia e depressivi sia stata quella degli operatori sanitari e socio-assistenziali.

Compiti dello psichiatra dei servizi di salute mentale nell'attività di prevenzione e cura dei disagi e dei disturbi mentali a cui sono esposte le diverse fasce della popolazione su cui imperversa la pandemia

Operare per la salute mentale della popolazione di un territorio significa concorrere, con la propria competenza professionale, a limitare i fattori di rischio di disturbi mentali (prevenzione primaria), a diagnosticare precocemente e a curare tempestivamente i disturbi mentali che si manifestano in quella popolazione (prevenzione secondaria), a riabilitare le persone che ne sono state affette, nonché a migliorare, nella misura possibile, il

loro ambiente di vita al fine di prevenire una recidiva (prevenzione terziaria). Si tratta di un compito che non può essere svolto da un singolo operatore, qualunque sia la sua qualifica tecnica, ma da un'équipe multidisciplinare.

L'équipe di salute mentale deve essere composta da almeno uno psichiatra, uno psicologo e un'assistente sociale e da un certo numero di infermieri ed educatori, specializzati in attività di prevenzione cura e riabilitazione relativi alla salute mentale. L'esperienza dei dipartimenti di salute mentale attivati in esecuzione della riforma psichiatrica del 1978 e dei successivi provvedimenti legislativi dimostra che il perseguimento dei loro obiettivi minimi non può prescindere dal sostegno delle famiglie dei pazienti che vivono al loro interno e dalla collaborazione dei gruppi di volontariato che si occupano di quelli che non avendo il sostegno di una famiglia vivono senza un'abitazione fissa e in stato di povertà parziale o totale. Un riferimento fondamentale per le équipes di salute mentale deve essere anche il medico di medicina generale.

I compiti dello psichiatra dei servizi di fronte alla pandemia di CoViD-19 sono certamente molteplici e complessi. Il primo di essi è di attivarsi perché tutti i componenti dell'équipe acquisiscano le conoscenze del CoViD-19 finora messe a punto dagli specialisti infettivologi e virologi e dai medici di medicina generale. Il suo secondo compito è quello di controllare la paura di essere contagiato dal virus SARS-CoV-2 nei rapporti con suoi collaboratori abituali e con tutti coloro con cui dovrà interagire per la prevenzione dei disturbi mentali delle persone di cui dovrà occuparsi. A questo scopo non potrà rinunciare alle misure di prevenzione del contagio. Il terzo compito dello psichiatra si riferisce al fatto che questo nuovo evento avverso e le misure adottate per fronteggiarlo modificano profondamente il suo rapporto con tutti coloro con cui deve collaborare a partire dal paziente. I rapporti con l'altro e in particolare quello con il paziente con disturbi psichici si basa soprattutto sull'empatia e sulla comunicazione non verbale. La paura del pericolo di subire o trasmettere il contagio e le misure adottate per controllarlo, come l'uso delle mascherine e il distanziamento sociale, non possono che comportare un significativo cambiamento di questi rapporti. Quale sia l'impatto di questo cambiamento e come minimizzare i suoi aspetti negativi è uno dei problemi centrali che lo psichiatra deve analizzare. Il quarto compito fondamentale dello psichiatra è quello di adoperarsi, insieme con gli altri

operatori del servizio di salute mentale, per potenziare le risorse di tale servizio con il contributo dei gruppi di volontariato con cui è già in rapporti di collaborazione e di altri soggetti disponibili ad alleggerire i disagi mentali a cui sarà ancora esposta la popolazione a causa della pandemia e delle misure adottate per debellarla, per un periodo auspicabilmente non molto prolungato.

È opportuno infine sottolineare che, qualunque aspetto assumano i disturbi mentali conseguenti alla pandemia da CoViD-19 e alle misure adottate per contenerne la diffusione, lo psichiatra dovrà dedicare una particolare attenzione diagnostica ai pensieri di morte e all'ideazione suicidaria delle persone maggiormente a rischio.

Risorse tecnico-organizzative e umane su cui contare per conseguire l'obiettivo di ripristinare lo stato di salute e di benessere economico compromesso dalla pandemia

A mio giudizio, superata la fase più critica della pandemia di CoViD-19, le risorse che incoraggiano ad affrontare la ripresa delle abituali attività lavorative sono la disponibilità di una discreta riserva di posti letto nei servizi di terapia intensiva e di un sufficiente quantitativo di attrezzature per ridurre il rischio di contagio, quali guanti e mascherine nonché la possibilità di monitorare l'andamento del contagio mediante l'esecuzione di un adeguato numero di test diagnostici.

Quanto alle risorse umane, credo che sia illuminante quanto mi ha detto recentemente il dr. Sebastiano CATERA, il giorno prima di riprendere la sua attività di medico specialista in otorinolaringoiatria, dopo un breve periodo di pausa. "Domani tornerò a convivere con la paura di essere infettato e di fare la fine dei cento e più colleghi che sono morti nell'adempiamento del loro dovere e ancora di più con la paura di infettare i miei cari quando ritorno a casa; in questo ultimo mese credo di avere imparato a contenerla meglio; ho capito da tempo e ancora più in questa emergenza che chiunque esca di casa, a partire dall'uomo della caverna in cerca di cibo, si espone a qualche pericolo e che un medico nella sua attività professionale è sempre stato soggetto al rischio di incorrere in un danno per la propria salute e talvolta, nonostante l'impiego di ogni possibile perizia, prudenza e diligenza, anche per quella del paziente; cionondimeno ho continuato ad andare avanti, continuerò a farlo e confido

che ciascuno faccia il proprio dovere nonostante i costi che comporta. In questi giorni ho capito che non bisogna mai dimenticare che uno dei compiti dell'uomo è quello di contenere la paura nei limiti in cui ci è alleata per affrontare i pericoli della vita con i mezzi più appropriati per evitare che producano danni a noi e agli altri”.

Considerazioni finali di uno psichiatra di lungo corso sulle risorse disponibili per ripristinare lo stato di salute e di benessere economico compromesso dalla pandemia da SARS-CoV-2

Nel XX secolo gli Stati provvisti di un'organizzazione sanitaria moderna, pur non disponendo di farmaci antivirali efficaci specifici, sono riusciti a controllare o debellare alcune malattie infettive, capaci di provocare milioni di morti e di contribuire in misura rilevante a modificare il corso della storia, tra cui ho già ricordato “l'influenza spagnola”. Non vi sono ragioni per dubitare che questi Stati faranno ancora meglio per fronteggiare la pandemia da SARS-CoV-2 comparsa tra il 2019 e il 2020. Nell'ultimo secolo, epidemiologia, microbiologia e virologia hanno infatti acquisito conoscenze scientifiche e tecnologie sempre più precise per mettere a punto misure adeguate per combattere la diffusione delle malattie contagiose e farmaci efficaci per curare le persone che ne sono affette, nonché per preparare vaccini specifici in tempi relativamente brevi.

Qualunque sia il tempo necessario per debellare il CoViD-19, è plausibile prevedere che i danni economici del Paese conseguenti anche alle misure adottate per fronteggiare la pandemia si protraggano per diversi anni. Si tratterà di anni di disagio per tutti ma soprattutto per le fasce sociali su cui incomberà l'incubo della disoccupazione e della povertà. La salute intesa come benessere fisico, psichico e sociale, nell'accezione formulata dall'OMS, sarà un obiettivo difficilmente conseguibile.

Sono tendenzialmente convinto che gli operatori del servizio sanitario nazionale italiano, nel prossimo decennio, continueranno ad impegnarsi nelle attività di cura e riabilitazione con la passione e l'abnegazione dimostrata durante il periodo in cui la pandemia di CoViD-19 ha portato via anche la vita di tanti loro colleghi.

Confido che i costi umani ed economici che questa pandemia ha comportato per l'umanità non siano stati vani ma abbiano lasciato cambiamenti costruttivi del nostro modo di essere. Spero che un modo per

compensare tali costi possa essere l'acquisizione della consapevolezza della fragilità dei pilastri su cui poggia il nostro benessere e la disponibilità a ricercare le eventuali responsabilità che abbiamo nell'insorgenza delle pandemie.

Confido altresì che il dolore che abbiamo sofferto per la perdita delle persone care causata dalla pandemia abbia potenziato la nostra capacità di amare e ridimensionato la nostra inclinazione ad azioni contro gli equilibri della natura, messe in atto sotto la spinta della nostra avidità.

L'esperienza dei miei cinquanta e più anni di attività professionale, dedicata ad ascoltare come psichiatra persone afflitte da dolori, talora di proporzioni immani come la perdita di una persona amata, mi induce ad un fondato ottimismo. Questa esperienza mi ha insegnato infatti che molto spesso il dolore, piuttosto che suscitare inclinazione all'odio e alla vendicatività verso chi presumiamo ne sia il responsabile, rafforza la propensione a trasferire l'amore per la persona perduta verso l'umanità sofferente.

L'emergenza Covid-19 all'università: traiettorie dell'intervento psicologico tra continuità e discontinuità

Maria Francesca Freda

L'emergenza Covid-19 ha introdotto nei sistemi sociali la necessità di gestire, attraverso decisioni rapide, la presenza di un grave rischio per la salute determinato dalla diffusione pandemica di un virus.

Questa emergenza, di carattere sanitario, ha avuto un'importante rilevanza sul piano psicologico e psicosociale almeno per due ordini di motivi: a) ha trasformato improvvisamente e radicalmente il sistema di routine attraverso cui si orientava la quotidianità dei processi sociali; b) è stata caratterizzata dalla presenza diffusa ed invisibile di una minaccia per la sopravvivenza della popolazione.

L'emergenza ha trasportato molto repentinamente ogni cittadino in un universo attraversato dalla preoccupazione per la salute personale e dei propri cari e organizzato in base a inedite regole di isolamento sociale.

Nel presente contributo vorrei discutere questa condizione dalla prospettiva del contesto accademico, esplorando, da un punto di vista psicologico, la dinamica del rapporto tra studenti, crisi Covid-19 ed istituzione universitaria.

Da diversi anni coordino la Sezione per il Successo Formativo del Centro di Ateneo SInAPSi della Federico II, una sezione di servizi psicologici volti a sostenere lo studente nel proprio percorso formativo, offrire uno spazio di ascolto nelle fasi critiche e promuovere benessere psicologico.

La crisi che stiamo attraversando può essere interpretata come una richiesta di lavoro per la mente, e per gli stessi sistemi sociali. I servizi di supporto psicologico che operano negli atenei, hanno dovuto affrontare la sfida posta in essere dalla crisi sanitaria e identificare strategie per mantenere un dialogo con gli studenti e la collettività, offrire ascolto e contenimento alle condizioni di stress, così come provare a immettere nel campo risorse per i processi di elaborazione e adattamento. La tenuta personale all'evento stressante, i processi di fronteggiamento e di adattamento al cambiamento sono stati, e saranno nei prossimi mesi, legati sia alla qualità delle risorse personali disponibili, sia alla capacità dei contesti sociali di istituire pratiche e servizi in grado di sostenere e promuovere tali processi. Il carattere pandemico dell'emergenza in corso ci chiama, in questo caso più che mai, ad assumere uno sguardo binoculare che metta in relazione gli individui con le comunità di riferimento.

Il contributo è organizzato in tre paragrafi, nel primo si discute brevemente il ruolo dei processi affettivi e di significazione nell'integrazione della dinamica tra continuità e discontinuità, nel secondo si esplora la discontinuità introdotta dall'emergenza Covid-19 dalla prospettiva degli studenti universitari, ed infine, nel terzo, ci si interroga sul ruolo della psicologia nel supporto ai processi accademici di adattamento sia personali che collettivi, di come una funzione psicologica debba necessariamente intercettare una varietà di temi che vanno, a titolo di esempio, dalla tenuta del progetto formativo, all'ascolto della sofferenza personale e di come tale funzione possa essere organizzata in un sistema di servizi universitari.

Integrare affetti e pensiero nella dinamica tra continuità e discontinuità

Da un punto di vista dell'esperienza soggettiva una condizione di emergenza rompe il senso di continuità del Sé ed introduce una drammatica esperienza di discontinuità (Freda, 2011).

L'insicurezza che deriva da questa esperienza può generare un senso di estraniamento, come se non riuscissimo più a riconoscere il nostro mondo e noi stessi in questo mondo, reazioni di paura e più in generale un'attivazione affettiva di tipo ansioso sono da considerarsi risposte prevedibili in queste condizioni.

Il rapporto tra incertezza e affetti è ben noto alla letteratura psicologica (per una rassegna si veda Anderson, 2019), la sensazione di trovarsi di fronte all'ignoto conduce con sé un certo grado di angoscia. Come individui e come comunità dobbiamo fronteggiare la paura connessa alla minaccia per la salute, così come l'ansietà legata ai cambiamenti in corso. Questa condizione comporta in primis la necessità di una vicinanza con le fonti di sicurezza, la necessità di ristabilire il proprio senso di appartenenza ad una comunità di affetti e, da questa posizione, ove possibile, l'attivazione di un lavoro di progressivo riconoscimento e regolazione degli affetti, di significazione degli eventi, di integrazione e adattamento.

La discontinuità del sé non è certo estranea all'esperienza soggettiva, ogni passaggio dello sviluppo comporta un nuovo compito evolutivo, una crisi ed una nuova organizzazione: la costruzione del sé è sistematicamente attraversata da emergenze di discontinuità, le situazioni della vita sono stabilmente instabili. Nel corso del ciclo di vita lo sforzo di significazione e adattamento non è orientato unicamente al ripristino delle condizioni di continuità violate, ma all'integrazione della tensione tra continuità e discontinuità verso la creazione di nuove forme del sé e dei sistemi relazionali.

Ogni evento critico, ogni violazione dei sistemi di significato genera una condizione di incertezza che rappresenta una sfida all'adattamento e un'opportunità di sviluppo. In questa prospettiva, la crisi della continuità non assume una qualità necessariamente negativa, ma è una condizione necessaria a qualsiasi processo di trasformazione.

Quando i cambiamenti si presentano però in modo repentino e drammatico comportando, inoltre, una minaccia per la sopravvivenza, ci si può trovare sovrachiati ed avere la difficoltà ad identificare risorse psichiche personali e collettive per integrare l'esperienza.

La crisi dei sistemi di significazione dell'esperienza intreccia i processi affettivi sia lungo la direttrice del senso di continuità, che lungo la direttrice della discontinuità: lungo la prima direttrice può mettere in scacco gli assunti su di sé e sul mondo (Horowitz, 1976; Janoff-Bulman, 2004),

lungo la seconda direttrice può esercitare un campo di attrazione affettivo sui processi di significazione (Freda, De Luca Picione et al., 2015; Salvatore, 2015). Una crisi con una potenzialità traumatica satura affettivamente in se stessa la totalità del processo di significazione dell'esperienza in corso, congela la prospettiva temporale in un presente puntuale e pone in scacco il flusso di connessione tra affetti e pensiero. Una crisi con una potenzialità traumatica si pone alla soggettività come campo affettivo totalizzante della variabilità dell'esperienza. Pensiamo a mero titolo di esempio al modo in cui la stampa nazionale si sia concentrata per un lungo periodo di tempo unicamente su argomenti Covid-19 e di come solo gradualmente siano comparsi nuovamente una varietà di argomenti.

Vorrei sottolineare, in una logica di promozione dei processi di adattamento, che il ricorso primario ad un'interpretazione affettiva dell'evento stressante, può essere considerato il primo fondamentale passaggio nel processo di integrazione dei significati dell'esperienza, esso assume, infatti, un importante ruolo di stabilizzazione nelle condizioni di incertezza, assimilando l'esperienza al sé e garantendo l'emergenza di un senso, ancorché provvisorio e generalizzato, al rapporto con l'evento. D'altro canto, il ricorso agli affetti, se da un lato permette un primo orientamento all'attività interpretativa, dall'altro indebolisce, in quanto generalizza la costruzione di una significazione flessibile delle condizioni di realtà e vincola l'esplorazione delle strategie di adattamento (Salvatore, 2015).

La possibilità di accedere a tale esperienza emozionale e di utilizzarla per comprendere ed orientarsi nel cambiamento passa attraverso la possibilità di riconoscere il suo valore di significato primario, di validare la sua funzione di regolatore del rapporto con l'esperienza di incertezza e di connettere ad essa processi di pensiero (Salvatore e Freda, 2011).

Nuovi significati possono essere costruiti ed integrati in strutture inedite individuali e sociali che integrino la dinamica tra continuità e discontinuità e sviluppino il cambiamento piuttosto che lavorare ciecamente contro di esso.

Risorse simboliche di connessione tra emozione e pensiero e di significazione dell'esperienza possono mediare il percorso individuale e collettivo di adattamento alla crisi. Un processo che a partire dalla significazione affettiva del rapporto tra Sé ed esperienza critica, opera nella direzione di costruzione di risorse di significato, sufficientemente differenziate da sostenere un'azione strategica ed efficace di costruzione di scopi personali e collettivi.

La comprensione ed integrazione di un evento imprevedibile ci chiama a tollerare una certa dose di non conoscenza, ad esercitare la pazienza, ad attraversare l'incertezza: in questo senso il passaggio alla fase di ripresa è probabilmente molto più delicato.

La declinazione della crisi dal punto di vista degli studenti universitari

Tra la fine di Febbraio e gli inizi di Marzo si è passati da un regolare andamento dei percorsi accademici ad una necessità di sospensione della didattica e, gradualmente, di tutte le attività in presenza. Questa condizione ha richiesto alla stessa istituzione universitaria e a tutti i suoi protagonisti degli importanti sforzi di adattamento. Sappiamo che l'Università italiana ha realizzato efficacemente questo sforzo, permettendo in tempi molto rapidi la trasformazione delle sue attività formative in modalità di didattica a distanza. Uno sforzo dal valore civile ma anche psicologico che ha offerto alla popolazione studentesca l'opportunità di restare ancorata, in questo momento di confusione e sospensione, al proprio progetto formativo e alla realizzazione dei propri obiettivi. Questo evento costituirà una pagina della storia universitaria e della storia di tutti coloro che vi hanno partecipato, ha rivoluzionato la vita accademica, ma ha anche evidenziato le capacità di resilienza della comunità.

Nonostante gli sforzi e i risultati realizzati da parte del sistema universitario nel corso di questa emergenza, possiamo prevedere che sentimenti di preoccupazione, stress e disorientamento sul proprio percorso formativo attraversino l'esperienza degli studenti.

Per orientarsi in tale ambito, ritengo che il primo quesito da affrontare riguardi il modo in cui considerare il ruolo di studente universitario all'interno dello scenario determinato dalla pandemia: gli studenti universitari costituiscono o non costituiscono una specifica popolazione a rischio, quali condizioni di vulnerabilità attraversano questa popolazione, su quali risorse si può contare? Negli ultimi anni, la letteratura scientifica evidenzia la crescita del tasso di sofferenza e di condizioni di ansia e depressione tra gli studenti universitari (Biasi, 2019; Brownson e Hentschel, 2016). Dubbi ed incertezze sulla propria scelta universitaria, la separazione dalla rete di affetti familiari, la pressione esercitata dai ri-

sultati attesi non sempre realizzati, l'incontro con un nuovo ambiente, la necessità di gestire in modo più autonomo la propria vita possono rappresentare delle fonti di stress di difficile gestione specialmente nei primi anni della vita universitaria (Adamo, 1993; Dyson e Renk, 2006). Il percorso universitario è costellato da incertezze, l'esito di un singolo esame così come lo stesso futuro professionale richiedono tolleranza del non noto e capacità di attesa. Tollerare tali incertezze sembra oggi un compito complesso: nel parlare della propria condizione, gli studenti non dicono di essere preoccupati per gli esami, ma tendono a parlare di se stessi come di persone ansiose, non riferiscono di essere tristi, ma parlano di se stessi come depressi (Brown, 2020). I servizi di counselling universitario, specialmente nel contesto formativo anglosassone, in modo esponenziale si trovano a fronteggiare condizione di esordio di psicopatologia anche grave e spesso sono utilizzati dagli studenti come primo accesso ai servizi di salute mentale (Brown, 2020). Quest'insieme di evidenze scientifiche sottolinea la fragilità della popolazione universitaria, anche sul territorio nazionale, e invita a considerare con allarme l'impatto dell'emergenza su questa popolazione. Se, tenendo nella mente tale vulnerabilità, allarghiamo il punto di vista, incontriamo, però, una popolazione Italiana di più di un milione e mezzo di persone, mediamente sotto i 24 anni: studenti che durante questa fase di crisi frequentano l'università e progettano attraverso di essa il proprio futuro. Questa stessa popolazione rappresenta il capitale culturale non ancora totalmente organizzato in prassi professionali, di cui la nostra società dispone per progettare il futuro post Covid-19. Se, come necessario, consideriamo la crisi generata dalla pandemia in una prospettiva temporale più ampia, gli attuali studenti universitari costituiscono una fondamentale leva strategica nell'acquisizione di sapere funzionali al cambiamento; sostenere gli studenti universitari significa sostenere la società, si tratta di una popolazione attraversata da vulnerabilità, ma anche di una fondamentale risorsa sociale. Gli studenti sono coloro che vanno aiutati, ma sono anche coloro da cui la società aspetta aiuto e innovazione. Ovviamente non sto provocando i lettori ad assumere in modo univoco una prospettiva tra quelle proposte, esse vanno invece considerate due facce della stessa medaglia: da un lato intercettiamo vulnerabilità per le quali è necessario immaginare sostegno e dall'altro intercettiamo leve strategiche per lo sviluppo sociale che vanno riconosciute, coinvolte e rinforzate.

Propongo, dunque, di non considerare la popolazione degli studenti universitari in sé una fascia vulnerabile della popolazione generale, ma di esplorare il rapporto tra studenti, crisi ed università nei termini delle vulnerabilità che genera, delle risorse disponibili e delle linee di sviluppo.

A fronte di queste considerazioni, proverò ora ad articolare in modo contingente l'impatto che l'emergenza Covid-19 ha ed ha avuto su questa fascia della popolazione, utilizzando alcuni vertici prospettici, aiutata dal riferimento alle voci degli studenti incontrata nelle attività di consultazione, di laboratori e workshop esperienziali realizzati dalla Sezione del Successo Formativo del centro di Ateneo SInAPSi della Federico II:

- *La specificità della fase del ciclo di vita:* il percorso universitario si colloca generalmente in una fase di vita il cui compito principale risiede nel fare esperienze, immaginare progetti e definire la propria identità nel dialogo con le esigenze della realtà. Essa ha subito con l'emergenza un'improvvisa e radicale battuta di arresto. In grande maggioranza gli studenti sono rientrati radicalmente nel proprio nucleo familiare e sono stati chiamati a sospendere i movimenti di autonomizzazione previsti in questa fase.
- *L'impatto psicologico dell'isolamento sociale:* paura, stress, preoccupazione e dolore hanno riguardato questa popolazione come le altre. Nello specifico, la possibilità di condividere il processo formativo entro la propria comunità di appartenenza è stata sospesa e con essa le possibilità di socialità e di scambio nell'adempimento delle richieste accademiche. Il rapporto con lo studio, la regolazione della propria concentrazione e la definizione degli obiettivi si sono trasformati in una questione privata, un 'a tu per tu' con il proprio percorso universitario.
- *La sovrapposizione dei ruoli:* la casa, spesso condivisa con l'intero nucleo familiare, è divenuta l'unico luogo in cui sono concentrate tutte le attività possibili di tutti i componenti del nucleo. In quarantena è stato certamente difficile definire uno spazio fisico e mentale per se stessi. Gli studenti, per esempio, ancora oggi, nella fase di ripresa successiva al *lockdown*, devono seguire la didattica e studiare nello stesso tempo e nello stesso luogo in cui interagiscono in qualità di figli, di nipoti, di supporto ai

fratelli e alle varie necessità della famiglia. Questa condizione ha rappresentato sia l'opportunità di una maggiore condivisione dei compiti universitari con i componenti della famiglia, sia una condizione confusiva, una minaccia di intrusione, una difficoltà a definire un confine tra i diversi aspetti del sé. Ogni individuo è unico, ma gioca anche parti diverse di sé nei diversi contesti della propria vita. Pertanto, la sovrapposizione di spazi e tempi in cui giocare i diversi ruoli personali può far sentire fuori luogo anche tra persone care e familiari e può rendere difficile vitalizzare le diverse parti di sé.

- *Le difficoltà ed i ritardi nel percorso di studi:* i percorsi universitari, come si accennava prima, non sono stati sospesi, ma hanno subito una radicale riorganizzazione. Gli studenti si sono dovuti adattare a nuove modalità di erogazione della didattica e di partecipazione alle prove di esami. Difficoltà in tale ambito sono in parte riconducibili al divario digitale, in particolare nelle zone del sud Italia, ma anche alle difficoltà di concentrazione legate ad una partecipazione necessariamente statica per molte ore della giornata, mediata di frequente da piccoli schermi di un cellulare. Le sedute di laurea sono state rapidamente garantite in tutti gli atenei italiani, questo ha permesso la conclusione dei percorsi universitari, ma tali passaggi evolutivi sono avvenuti necessariamente in assenza di quella ritualità, rappresentata da seduta, proclamazione, parenti e amici, che accompagna e sostiene la transizione in questa fase della vita. La mancanza di riti è stata avvertita come una perdita, di cui solo nel tempo sarà elaborato il lutto.
- *L'impatto socio-economico:* gli studenti lavoratori si sono trovati in condizione di sospensione e/o riduzione delle entrate, molti studenti si sono trovati nella situazione di condividere le difficoltà economiche delle proprie famiglie e partecipare alle esigenze della vita familiare, compresa la cura dei congiunti più fragili. L'impatto economico della crisi sanitaria rischia, inoltre, di produrre un effetto importante sulle immatricolazioni del prossimo anno accademico.

Se queste condizioni di criticità attraversano l'esperienza della quasi

totalità degli studenti universitari, bisogna sicuramente dedicare particolare attenzione a quelle condizioni di maggiore vulnerabilità, in cui l'emergenza Covid-19 ha rappresentato una criticità che si è andata a cumulare con altre. A volte può apparire che qualcuno sembri meno resiliente di un altro, ma bisogna comprendere se stia fronteggiando questioni che aggravano la fonte di stress. Si pensi agli studenti con disabilità, studenti con Disturbi Specifici dell'Apprendimento e/o difficoltà di concentrazione che hanno giovato di una didattica a distanza ma che hanno dovuto fare un importante sforzo di adattamento ai nuovi dispositivi adottati per l'insegnamento; si pensi agli studenti con condizioni di salute più fragili per cui la progressiva ripresa della vita universitaria si accompagnerà alla gestione di un più alto il rischio per la salute. Si pensi infine ai cosiddetti *non traditional student* che gestiscono un doppio ruolo legato per esempio alla cura di figli o di genitori. Infine, va sottolineata la condizione degli studenti stranieri, o anche la condizione degli studenti fuori sede che non hanno potuto far ritorno alla propria città di origine; per questi studenti è stato molto importante garantire la continuità di un senso di appartenenza all'università, alla comunità degli studenti, valorizzare e sostenere il proposito o la necessità di autonomia, aiutarli a sentirsi meno soli, valorizzare le funzioni di reciproco supporto con i coinquilini.

In questi giorni, l'OMS ha fatto spesso riferimento al concetto di resilienza quale processo di adattamento positivo, esito di risorse in grado di moderare i fattori di rischio riducendone l'impatto. La resilienza di un'istituzione in un evento drammatico dipende dalla tenuta delle sue prassi e dalla capacità di intercettare il cambiamento, ma anche dalla capacità di prendersi cura delle vulnerabilità, di occuparsi della fragilità personale e del percorso di adattamento di coloro che a quella istituzione partecipano. L'interazione tra studenti e istituzione universitaria durante la crisi Covid-19 apre ad uno scenario in cui le traiettorie di salute dei singoli saranno intrecciate con i processi sociali e formativi, moderate dal processo di resilienza individuale e collettiva che si saprà porre in essere.

Si tratta di una sfida epocale ed interessante!

Traiettorie per il supporto psicologico

I servizi universitari rivolti agli studenti degli atenei italiani, sin dai primi giorni dell'emergenza, hanno fatto un consistente sforzo per mantenere

un dialogo con gli studenti e garantire continuità dei propri servizi attraverso l'adozione di modalità in remoto.

Quelle che ho brevemente descritto nei paragrafi precedenti sono funzioni psicologiche complesse che non possono trovare risposta in un'unica tipologia di servizio ma richiedono l'organizzazione di diverse traiettorie dell'intervento: interventi rivolti al singolo, a gruppi, all'intera comunità, interventi a supporto della vulnerabilità o orientati a promuovere salute psicologica ed elaborazione creativa della crisi.

Se trattiamo la condizione critica in ragione dei processi psichici che attiva, delle risorse che implica per una sua risoluzione, possiamo progettare assi metodologici di un servizio che operino a supporto di tali processi, promuovendo capacità di adattamento e intercettando condizioni di vulnerabilità o di fallimento dei processi autonomi di integrazione.

In questa prospettiva vorrei ora esplorare alcune traiettorie dell'intervento attraverso cui declinare una funzione di supporto psicologico agli studenti universitari e al loro percorso di studi. Manterrò uno sguardo binoculare alla comunità universitaria e al singolo studente declinando il processo complessivo dell'intervento nei termini di un processo di *scaffolding*: un'impalcatura di sostegno all'esercizio delle funzioni psicologiche di elaborazione della crisi, condotto attraverso l'istituzione di pratiche sociali e specifici setting di intervento psicologico (Freda, De Luca Picione et al., 2016).

La tenuta del progetto formativo

L'emergenza rappresenta un punto di svolta che marca una netta distinzione tra un *Prima* e un *Dopo*, la possibilità di tracciare alcune linee di continuità con ciò che si era e si faceva prima dell'emergenza è molto importante e offre sollievo emotivo: la partecipazione alla didattica online è stata una risorsa significativa in tempo di crisi a sostegno di un fondamentale bisogno di stabilità. La continuità didattica ha promosso sia l'ancoraggio ad un progetto e ai propri scopi, sia una tenuta, seppure a distanza, di una relazionalità tra pari e con adulti significativi.

In tempo di crisi ha trovato rinnovato senso il ruolo del docente universitario, una funzione di sostegno e accompagnamento che ha preso forma attraverso la presenza didattica, il contatto mail e altre diverse forme di assistenza agli studenti. Una funzione che ha permesso agli studenti

di sentirsi riconosciuti nei propri bisogni e di sentire che il proprio sforzo di adattamento era parte di uno sforzo collettivo.

Essere connessi, però, non è solo questione di linea: le distrazioni, così come la mancanza di partecipazione durante le lezioni online, in questo periodo, possono essere espressione di un sovraccarico emotivo; un docente disponibile può rappresentare la prima forma di supporto per uno studente che attraversa una fase di stress acuto. Questo non significa che il docente debba avere competenze specialistiche di tipo psicologico ma, dimostrando il suo interessamento per le difficoltà dello studente, può fungere da mediatore nel connettere lo studente con le risorse di supporto psicologico attivate dall'ateneo.

La promozione della partecipazione e dell'engagement accademico

Il rapporto tra incertezza e attivazione affettiva delineato in precedenza pone in evidenza la necessità che l'istituzione si faccia carico di un processo di contenimento e riduzione dell'incertezza. Questa condizione riduce l'affaticamento psicologico, permette la rappresentazione di scenari dell'azione, per lo meno a breve termine, sostiene l'assunzione di responsabilità sulla vita istituzionale e sul proprio progetto formativo. Per ridurre l'incertezza è necessario da un lato implementare strategie comunicative univoche, chiare e continue, dall'altro introdurre risorse simboliche innovative che fungono da ancoraggio per nuovi orientamenti dell'azione (Venuleo, Gelo et al., 2020).

Potere personale e responsabilità credo siano assi fondamentali nella gestione del prossimo semestre accademico, una ripresa che si muove ancora in una condizione di incertezza e di minaccia del virus.

La condizione di salute personale, nello scenario che si apre, non è più una questione prevalentemente personale, ma entra a regolare le modalità dello scambio formativo: molto probabilmente sarà necessario imparare a convivere con il virus e ed il rischio di contagio nella comunità universitaria.

In questa fase di ripresa immagino sia necessario istituire pratiche sociali dal valore simbolico di celebrazione di quanto è accaduto e ancora accade, istituire ritualità, per esempio di accoglienza delle matricole, che aiutino ad integrare attraverso prassi collettive la dinamica tra continuità e discontinuità: tra la vita accademica come la conoscevamo prima del 9 Marzo 2020 e quella ora in costruzione. In questi ultimi mesi le univer-

sità, reagendo prontamente all'emergenza, hanno erogato teledidattica, vale a dire hanno spostato su piattaforme digitali la attività didattica che era prevista in presenza. Nel prossimo futuro spetta all'accademia il compito di integrare queste due modalità didattiche riconoscendo, differenziando e valorizzando la funzione specifica di entrambe nel rispetto delle necessità di distanziamento sociale.

Didattica a distanza e attività in presenza vanno articolate in un rapporto di reciprocità, per sostenere il senso di appartenenza alla comunità accademica, garantire la più ampia disponibilità dell'offerta formativa e recuperare la dimensione intersoggettiva dei processi formativi.

Per ridurre il sentimento di incertezza l'istituzione nel suo complesso ha il compito di ripensare e organizzare l'idea di prossimità formativa, articolando in un rapporto inedito, flessibile e responsabile distanziamento fisico e scambio formativo.

La promozione delle risorse psichiche e dei processi riflessivi

L'emergenza Covid-19 rappresenta per gli studenti universitari una nuova sfida. Comprendere come sostenere e sviluppare le risorse psicologiche di auto-regolazione e psicosociali di regolazione della relazione con il contesto universitario può migliorare la propria capacità di resilienza e la propria capacità di sostenere la sfida. Le risorse psicologiche e psicosociali possono mediare l'impatto di un evento stressante. La resilienza non costituisce un tratto statico della personalità, ma può essere considerata un processo che si sviluppa nel rapporto dinamico tra l'individuo e il contesto (Ungar, 2011): la capacità di resilienza può essere sostenuta e promossa.

Lungo questa traiettoria dell'intervento, che ho volutamente descritto in termini ampi e generici, ritengo possano essere raccolti una varietà di interventi messi in essere dagli atenei italiani, erogati in cicli brevi e/o in workshop esperienziali, prevalentemente attraverso setting di gruppo, volti a promuovere salute facendo leva sullo sviluppo di risorse psicologiche e/o psicosociali. Non è possibile presentare in questa sede la varietà delle interessanti iniziative, ma discuterò brevemente, la logica che orienta il lavoro con i gruppi offerto in questa fase dal Centro SInAPSi.

Si tratta di interventi volti a promuovere la relazione tra studenti e contesto universitario (Freda, González-Monteagudo e Esposito, 2016),

spazi di gruppo a distanza, mediati dalla piattaforma di ateneo, aperti a tutti gli studenti dell'Ateneo, entro cui sia possibile sospendere l'attività formativa disciplinare, condividere la propria esperienza di ruolo di studente, esplorare la propria rappresentazione del percorso universitario, istituire un processo riflessivo per comprendere le premesse affettive e cognitive su cui si fonda tale rappresentazione ed esplorare forme innovative di rapporto con un ambiente che cambia.

In una fase caratterizzata da incertezza ed elevata dinamicità delle pratiche universitarie, la possibilità di fermarsi a pensare al proprio modo di partecipazione al sistema, riconoscerne gli aspetti critici, rispecchiarsi nelle difficoltà e nelle modalità di gestione di altri studenti, esplorare punti di vista diversi dal proprio può generare sia sollievo che innovazione.

Ascolto e sostegno psicologico alla persona

In qualsiasi momento del percorso universitario, e a maggior ragione nella condizione di grave discontinuità che la società sta attraversando, uno studente può sentirsi confuso, soverchiato dalle ansietà e incerto sulla propria capacità di farcela. In risposta a tali domande, molti atenei italiani dispongono di servizi di counselling psicologico universitario, questi servizi si avvalgono della professionalità di psicologi e psicoterapeuti e, generalmente, offrono cicli di 4 o 5 colloqui volti a comprendere meglio le proprie difficoltà e mobilitare risorse (Petrelli e Ferraro, 2000; Adamo et al., 2003; Dazzi, Petrocchi, et al.2009; Fulcheri, 2002).

Durante l'emergenza Covid-19, diversi servizi di counselling universitario hanno prontamente trasformato il proprio setting, permettendo lo svolgimento delle consultazioni a distanza e garantendo la presenza di un riferimento stabile per la comunità di studenti. In molti casi i colloqui a distanza si sono avvalsi delle medesime piattaforme utilizzate per la didattica, questa opportunità ha permesso ai servizi di rimanere saldamente calati nei contesti accademici e agli studenti di accedere ad essi rinsaldando il legame con la propria comunità di appartenenza, una comunità che li ha riconosciuti come persone e su cui hanno potuto fare affidamento.

Grazie ad una relazione professionale che accompagna lo studente durante la crisi, la consultazione diviene lo spazio in cui è possibile prendere contatto con le proprie vulnerabilità, mettere ordine nella confusione, ripensare vecchie "ferite", riconoscere e accogliere le nuove esperienze do-

lorose. Uno spazio ove imparare a regolare l'intensità delle emozioni per poter tollerare il limite, fare i conti con il fatto che si può perdere qualcosa, che si possono attraversare anche sentimenti di intensa tristezza e che ci sono cose che non sono recuperabili, ma che non necessariamente interrompono un progetto di crescita personale e accademica.

Il counselling può mobilitare le risorse degli studenti, rafforzare le funzioni di pensiero sulle emozioni nella direzione di sostegno al progetto di vita.

Il monitoraggio dei processi di inclusione

Infine, sicuramente un ruolo significativo va attribuito, anche in questo periodo di crisi, ai servizi di tutorato specializzato istituiti in tutti gli atenei in adempimento alla legge 17/99 nata per promuovere l'inclusione universitaria degli studenti con disabilità ed integrata successivamente con la legge 170/2010 volta a garantire misure di sostegno alle persone con Disturbi Specifici dell'Apprendimento (DSA). I servizi di tutorato specializzato hanno lo scopo di favorire l'inserimento nella vita universitaria, di rimuovere ostacoli alla partecipazione ai percorsi di studio e creare condizioni di pari opportunità di studio. Questi servizi operano nell'interfaccia tra studente e sistema universitario, mettendo ricorsivamente in discussione lo status quo e interrogando il contesto rispetto alla dinamica inclusione/esclusione generata dalle sue prassi (Valerio, 2011). L'emergenza Covid-19 pone nuove sfide al processo di inclusione (Striano, 2010), di cui oggi la comunità universitaria è chiamata a farsi carico: a) la trasformazione dei servizi di assistenza e tutorato specializzato in modalità a distanza; b) sfide connesse alla stessa opportunità della didattica online (si pensi agli svantaggi formativi che si possono generare in ragione del divario digitale, o anche alla ridotta accessibilità dei materiali didattici condivisi dagli schermi delle aule digitali); c) si pensi ad una varietà di nuove vulnerabilità connesse, per esempio, a studenti con condizioni di salute più fragili, per i quali, per un tempo ancora poco prevedibile, potrebbe essere rischiosa la partecipazione alla vita universitaria; d) la necessità di calibrare la fondamentale adozione di strumenti a distanza che permettono, anche da casa, a tutti di fruire delle risorse didattiche, con la necessità di garantire una partecipazione ai processi sociali. L'università è un sistema di relazioni volto alla costruzione di sapere

e competenza, includere significa promuovere una partecipazione attiva a questo sistema.

Una varietà di situazioni e questioni che richiede l'individuazione e la rimozione di inedite barriere strutturali, la personalizzazione dei servizi per garantire il diritto allo studio, il sostegno psicologico di nuove fasce della popolazione studentesca, nuovi paradigmi culturali al fine di promuovere resilienza. Un lavoro appena iniziato che richiederà un'attenzione ai dettagli, ma che potrà apportare nuove conoscenze e nuove tappe al percorso dell'inclusione.

Conclusioni

L'emergenza Covid-19, in particolare nelle fasi che seguiranno al *lock-down*, necessita di un livello molto alto di cultura sociale e relazionale; la psicologia è chiamata ad esprimere, in un'ottica multidimensionale, la pluralità delle traiettorie con cui può contribuire alla tenuta e allo sviluppo delle persone, dei contesti relazionali e degli stessi sistemi sociali. È necessario esplorare l'evoluzione delle condizioni, garantire il contenimento della vulnerabilità quanto la promozione del cambiamento. È necessario progettare servizi che siano in grado di esplicitare modelli interpretativi, adottare assetti metodologici diversificati in ragione di una varietà di obiettivi.

Obiettivi metodologici della funzione psicologica volti ad accogliere e sostenere il singolo individuo, ma anche di funzionare come risorsa per i sistemi sociali, attraverso la modulazione della relazione tra individuo e contesto istituzionale. Solo una rete di interventi permette di realizzare obiettivi complessi e in questa direzione la psicologia deve ancora affinare la propria capacità di fare rete tra le diverse prospettive che la attraversano e anche con altre prospettive disciplinari.

Riconoscere la complessità e multidimensionalità delle richieste può sostenere la capacità di resilienza individuale e collettiva, la capacità di fronteggiare la situazione critica e, perché no, anche la capacità di crescere attraverso questa esperienza.

Bibliografia

- Adamo, S. M. G., Giusti P., & Valerio P., (2003) (Eds). *Servizi di consultazione psicologica e di orientamento per studenti universitari: ambiti di intervento e percorsi formativi*. Napoli: Istituto per gli Studi Filosofici.
- Adamo, S.M.G. (1993). Tempo evolutivo, tempo istituzionale, tempo clinico nel Counselling psicodinamico con studenti universitari. *Prospettive psicoanalitiche nel lavoro istituzionale*, 11(3), 321-337.
- Anderson, E., Carleton, N., Diefenbach, M., & Han, P. (2019). The relationship between uncertainty and affect. *Frontiers in psychology*, 10, 2504. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.02504>
- Biasi, V. (2019). Counselling universitario e orientamento. *Strumenti e rilevazioni empiriche*. Milano: LED.
- Brown, S. (2020). Overwhelmed. The real campus mental-health crisis and new model for well-being. *The Chronicle of Higher Education*. Washington D.C. Retrieved from [store.chronicle.com/collections/reports-guides/products/overwhelmed](https://www.chronicle.com/collections/reports-guides/products/overwhelmed).
- Brownson, C., Drum, D. J., Swanbrow Becker, M. A., Saathoff, A., & Hentschel, E. (2016). Distress and suicidality in higher education: Implications for population-oriented prevention paradigms. *Journal of College Student Psychotherapy*, 30 (2), 98-113. doi.org/10.1080/87568225.2016.1140978
- Dazzi, N., Petrocchi, M., Fontana, A., Peralta, R., Tucci, M., Cerutti, R., & Ammaniti, M. (2009). Il counselling psicologico per gli studenti universitari. *Infanzia e adolescenza*, 8 (3), 175-187.
- Dyson, R., & Renk, K. (2006). Freshmen adaptation to university life: Depressive symptoms, stress, and coping. *Journal of clinical psychology*, 62 (10), 1231-1244. doi.org/10.1002/jclp.20295
- Freda, M. F., González-Monteaudo, J., Esposito, G. (2016) (Eds). *Working with Underachieving Students in Higher Education: Fostering Inclusion through Narration and Reflexivity*. Abingdon: Oxon; NY: Routledge.
- Freda, M. F., De Luca Picione, R. & Dicè, F. (2016). Psychological Scaffolding in the Healthcare Relationship: A Methodological

- Proposal. In: M. F. Freda, & R. De Luca Picione (Eds). *Healthcare and Culture: Subjectivity in the Healthcare Contexts* (pp. 81-102). Charlotte, NC: IAP, Information Age Publishing.
- Freda, M. F., De Luca Picione, R., & Martino, M. L. (2015). Times of illness and illness of time. In: L.M. Simao, D.S. Guidamaras & J. Valsiner (Eds), *Temporality: Culture In The Flow Of Human Experience* (pp. 209-234). Charlotte, NC: IAP, Information Age Publishing.
- Freda, M. F. (2011). Understanding continuity to recognize discontinuity. *Integrative Psychological and Behavioral Science*, 45, 335-346. DOI: [10.1007/s12124-011-9169-4](https://doi.org/10.1007/s12124-011-9169-4)
- Fulcheri, M. (Ed.) (2002). *Il counseling universitario*. Torino: Centro Scientifico Editore.
- Horowitz, M. J. (1976). *Stress response syndromes*. (2nd ed.). New York: Jason Aronson. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1017/S095457940000612X>
- Janoff-Bulman, R. (2004). Posttraumatic growth: Three explanatory models. *Psychological Inquiry*, 15(1), 30-34. [jstor.org/stable/20447198](https://www.jstor.org/stable/20447198).
- Petrelli, D., & Ferraro, F. (2000) (Eds). *Tra desiderio e progetto: counselling all'Università in una prospettiva psicoanalitica*. Milano: FrancoAngeli.
- Salvatore, S. (2015). *Psychology in black and white: the project of a theory driven science*. Charlotte, NC: Info Age Publishing.
- Salvatore, S., & Freda, M. F. (2011). Affect, unconscious and sensemaking. A psychodynamic, semiotic and dialogic model. *New Ideas in Psychology*, 29 (2), 119-135. psycnet.apa.org/doi/10.1016/j.newideapsych.2010.06.001
- Striano, M. (2010) (Eds). *Pratiche educative per l'inclusione sociale*. Milano: FrancoAngeli.
- Ungar, M. (2011). The social ecology of resilience: Addressing contextual and cultural ambiguity of a nascent construct. *American Journal of Orthopsychiatry*, 81 (1), 1. doi.org/10.1111/j.1939-0025.2010.01067.x
- Valerio, P. (Ed.) (2011). *Il viaggio dell'inclusione*. Napoli: Ateneapoli.

Venuleo, C., Gelo, O., & Salvatore, S. (2020). Fear, affective semiosis, and management of the pandemic crisis: COVID-19 as semiotic vaccine? *Clinical Neuropsychiatry*, 17 (2), 117-130. doi.org/10.36131/CN20200218

Respuesta de la psicología española ante la Covid-19

José Manuel Sánchez-Marqueses, Andrea García de Marina Martín-Mateos, Jesús Sanz, Noelia Morán, Silvia Berdullas, José Ramón Fernández-Hermida y María de la Paz García-Vera

A finales de mayo de 2020, en el momento de escribir este capítulo, ya han fallecido en España 27.121 personas por la Covid-19, habiendo un total de 238.564 casos confirmados de personas contagiadas, entre ellas 51.482 sanitarios (Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, 2020). Sin embargo, la previsible huella de esta catástrofe irá mucho más allá de estos números de enfermos y fallecidos, afectando a muchas más personas que sufrirán sus repercusiones psicológicas directas e indirectas a corto, medio y a largo plazo (Taylor, 2019). En el concreto caso de la población española en su enfrentamiento a la Covid-19, se han sumado circunstancias que previsiblemente agraven aún más estas repercusiones.

Circunstancias que podrían agravar las repercusiones psicológicas de esta pandemia

El aislamiento de los enfermos y la falta de apoyo

En primer lugar, la necesidad que hubo durante las primeras semanas de proteger a las familias de los contagios de sus familiares enfermos o de amigos cercanos. La falta de recursos de protección suficientes y el

colapso del sistema sanitario ante el exponencial aumento de enfermos, hizo que se tomaran decisiones drásticas que obligaban a los enfermos en los hospitales a estar alejados de sus familias y amigos, sin poder siquiera, en la mayor parte de los casos, comunicarse con ellos. Muchas familias pasaron semanas sin saber si los suyos mejoraban o empeoraban en su enfermedad. Muchas personas han sufrido y se han sentido muy culpables e indefensos ante el hecho de tener que mantenerse desinformados y alejados de los suyos que sufrían la enfermedad en residencias, en sus casas, o a no poder visitarles en los hospitales o en las Unidades de Cuidados Intensivos, incluso en los momentos más difíciles y ante la inminencia de su muerte. Y para mayor sufrimiento de las familias de los fallecidos, incluso después de la muerte de los suyos, continuaba el estrés de no saber cuándo podrían enterrarles. Debido al colapso de los servicios funerarios, al menos en algunas ciudades con un gran número de fallecidos como Madrid (ver. Figura 1), se colapsaron también los recursos funerarios, haciendo que los enterramientos y las ceremonias de despedida se retrasasen durante semanas y que finalmente solo pudieran acudir 3 miembros de la familia. Este inédito sufrimiento de las familias y amigos para afrontar el ya complicado proceso de hospitalización, y el de la muerte de los suyos, sin posibilidad de contacto y apoyo de sus círculos, sin la cercanía a sus enfermos y fallecidos, ha generado un gran número de situaciones potencialmente traumáticas, una gran cantidad de experiencias altamente estresantes y ha obligado a numerosas personas a sobrevivir a estas situaciones traumáticas sin los recursos de apoyo social habituales. Sabemos lo importante que es el apoyo social para amortiguar los efectos psicopatológicos de estas experiencias traumáticas (Brewin, Andrews & Valentine, 2000; Norris, Friedman, Watson, Byrne, Diaz & Kaniasty, 2002; Ozer, Best, Lipsey & Weiss, 2002), y es esperable que la falta de este apoyo tenga consecuencias negativas sobre la repercusión psicopatológica de esta pandemia.

La gran cantidad de personas muy expuestas al contagio y con gran número de fallecidos en sus filas

En segundo lugar, desde que comenzó esta pandemia, han existido en nuestro país grupos muy numerosos de personas que, de forma continuada, han estado muy expuestas a la posibilidad de contagio. Sabemos

que estas personas que han tenido un mayor grado de exposición a la amenaza, tienen una gran vulnerabilidad de padecer repercusiones psicopatológicas posteriores, derivadas de haber visto en riesgo sus vidas y las de los suyos. Entre estos grupos de personas, cabe mencionar el grupo de los profesionales sanitarios (personal médico, de enfermería, celadores de hospitales, técnicos de ambulancias, etc.), pero también otros grupos de intervinientes, como los cuerpos y fuerzas de seguridad del estado (policía nacional y guardia civil), policías locales, o personal del ejército español, que se han encargado de labores de limpieza y traslado de cadáveres, además de personal de limpieza de hospitales, farmacéuticos, etc. Los profesionales sanitarios, y fundamentalmente aquellos que han trabajado más directamente con los enfermos de coronavirus, han vivido esta amenaza muy de cerca y, por lo tanto, es previsible que tengan mayores repercusiones psicopatológicas. Su exposición continuada a la situación amenazante y la pérdida de vidas humanas en sus grupos profesionales sabemos que aumenta la probabilidad de sufrir consecuencias psicopatológicas (García-Vera & Sanz, 2010; García-Vera & Sanz, 2016; García-Vera, Sanz & Gutiérrez, 2016). En un estudio reciente, y por lo tanto a corto plazo, llevado a cabo en España con 1.600 sanitarios de la Comunidad de Madrid, pertenecientes a diferentes centros hospitalarios, el 53% de estos trabajadores sanitarios presentaban sintomatología de estrés postraumático, el 79,5% síntomas de ansiedad (Luceño & Martín, 2020). Por otro lado, el haber tenido pérdidas de vidas humanas en el propio grupo, ha sido una constante en estos grupos y muy especialmente entre los sanitarios, que han sufrido un total de 51.482 contagios y 63 fallecidos (Europapress, 2020; Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, 2020).

La gran cantidad de personas expuestas a situaciones estresantes mantenidas como efecto indirecto de la pandemia

Una tercera característica de esta crisis, que probablemente pueda contribuir a aumentar las repercusiones psicológicas, es el hecho de que muchas personas han comenzado a sufrir situaciones estresantes graves y mantenidas en el tiempo provocadas indirectamente por la pandemia, tales como la pérdida de trabajo, la necesidad de reorganizar sus negocios, la necesidad de utilizar nuevas tecnologías en sus trabajos que desconocían, el hecho de tener que volver al trabajo sin poder llevar a los niños al co-

legio, etc., con las posibles repercusiones psicológicas del estrés intenso y mantenido sobre la salud. Hace ya muchos años que sabemos que el estrés crónico puede tener consecuencias adversas para la salud, entre éstas ansiedad, insomnio, dolor muscular, elevaciones de presión arterial y debilitamiento del sistema inmunitario (Baum & Polsusnzy, 1999).

Los efectos del confinamiento prolongado en las personas con problemas previos

Entre las circunstancias que previsiblemente agraven las repercusiones psicológicas de esta pandemia, no podemos ignorar en cuarto lugar, los efectos del confinamiento prolongado, es decir, el hecho de que para frenar el número de contagios la población general ha estado sometida a un estado de confinamiento prolongado durante más de 70 días. Según algunos estudios recientes, este confinamiento prolongado podría haber aumentado los síntomas de ansiedad y estrés en numerosas personas (González-Sanguino et al., en prensa; Valiente et al., 2020).

Si bien todavía desconocemos el alcance y la duración de estos incrementos de sintomatología ansioso-depresiva pudieran tener a medio y a largo plazo, sabemos por los estudios de las consecuencias de otras catástrofes, que existen muchas probabilidades de que, a medida que se vaya normalizando la situación y vaya desapareciendo la amenaza, lo esperable es que la mayoría de la población tienda a recuperar la normalidad y estos síntomas disminuyan (García-Vera & Sanz, 2010; García-Vera, Sanz & Gutiérrez, 2016). No obstante, y aunque es previsible que esta recuperación se produzca para la mayoría de las personas que han estado confinadas, hay que tener presente que en este grupo de población confinada, también tenemos una población de especial riesgo en los que el confinamiento pueda tener repercusiones más adversas. Tal es el caso de aquellas personas que ya sufrían trastornos psicológicos que se hayan podido ver exacerbados, o el caso de personas que hayan vivido el confinamiento en situaciones de violencia, tales como, por ejemplo, violencia de género o violencia familiar de hijos hacia los padres o de los padres hacia sus hijos. En todos estos casos, el riesgo de repercusiones psicopatológicas de la situación de confinamiento se ve incrementado tal y como ya aparece en algunos estudios preliminares (Delegación del Gobierno para la Violencia de Género, 2020; González-Sanguino et al., en prensa; Valiente et al., 2020).

Insuficiencia de recursos psicológicos en el Sistema Nacional de Salud

Un quinto aspecto a tener en cuenta como circunstancia que podría agravar las repercusiones psicológicas de esta pandemia es la insuficiencia de recursos psicológicos en el Sistema Nacional de Salud (SNS). Si algo se ha puesto de relieve desde el día 14 de marzo, en que se declaró el estado de alarma, es que los recursos de nuestro SNS, se han visto completamente superados por las demandas. No ha habido suficiente personal sanitario, ha faltado material de protección, como las mascarillas y los equipos de protección individual, han faltado instrumentos para el tratamiento, como los respiradores, han faltado Unidades de Cuidados Intensivos en los hospitales, y sigue faltando un tratamiento eficaz para muchos casos. Algunos de los recursos sanitarios resultaron insuficientes desde el principio, mientras que otros se fueron colapsando a medida que los contagios se multiplicaban, a medida que los profesionales sanitarios se contagiaban y quedaban ingresados en los hospitales o en cuarentena, y el sistema sanitario se desbordaba.

Desgraciadamente, si hablamos de los recursos psicológicos para abordar las demandas de esta catástrofe, no se puede decir que se fueran desbordando a medida que los contagios se multiplicaban. Los recursos psicológicos eran ya insuficientes y estaban ya desbordados desde mucho antes de la pandemia. En realidad, España nunca ha tenido un Sistema Nacional de Salud con adecuados recursos psicológicos.

Es un dato constatado que en España hay un insuficiente número de psicólogos en el Sistema Nacional de Salud. De hecho, según el informe de 2020 del Defensor del Pueblo del Gobierno de España, basado en los datos del 2018, la media de psicólogos en nuestro Sistema Nacional de Salud es de 6 psicólogos por cada 100.000 habitantes (Defensor del Pueblo, 2020). Esta media, está muy por debajo de la Unión Europea, que es de 18 psicólogos de media por cada 100.000 habitantes y resulta absolutamente irrisoria si la comparamos con la media de psicólogos en los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), en donde hay 26 psicólogos por cada 100.000 habitantes (OECD iLibrary, 2014).

Es cierto que en España la mayor parte del ejercicio profesional de la Psicología se realiza en ámbito privado, por psicólogos sanitarios colegiados, pero incluso considerando a todos los psicólogos sanitarios, es decir

a los sanitarios del Sistema Nacional de Salud, y a los de las clínicas privadas conjuntamente, estaríamos hablando de un total de 0,69 psicólogos por cada 1.000 habitantes, ósea que no llegamos ni a 1 psicólogo por cada 1.000 habitantes (Instituto Nacional de Estadística, 2018). Sin embargo, las tasas de otros profesionales sanitarios por cada 1.000 habitantes son mucho mayores, no sólo la tasa de médicos, que es de 5,55 por cada 1.000 habitantes, o la del personal de enfermería, que llega a un 6,55; sino incluso son mayores la tasa de los farmacéuticos, que es de 1,58, la de los fisioterapeutas, que es de 1,15, o la de los dentistas, que es de 0,80 (Instituto Nacional de Estadística, 2018).

Respuesta de la psicología española ante la Covid-19

En definitiva, cuando se declaraba el estado de alarma en España, el 14 de marzo, nos encontramos ante el inconfundible escenario de una catástrofe. No solo por el número de personas fallecidas y contagiadas, y por la que notoria superación de los recursos de nuestra sociedad para hacerle frente, sino también porque concurrían muchas circunstancias que previsiblemente podían agravar las repercusiones psicológicas de la pandemia de forma muy significativa. Entre ellas, como se ha mencionado, la más que insuficiente presencia de psicólogos en el Sistema Nacional de Salud.

Con un número de psicólogos en el SNS tan por debajo de lo que sería necesario y con el resto de los profesionales confinados, es decir, todos los psicólogos que habitualmente cubren las necesidades psicológicas de gran parte del país ofreciendo en sus clínicas privadas terapia presencial, era imposible que la psicología pudiera dar una respuesta adecuada a las necesidades de esta crisis.

Ante esta clara insuficiencia de recursos psicológicos disponibles ante la pandemia, las diferentes instituciones responsables en materia de psicología decidieron contribuir de forma diligente a generar recursos psicológicos extraordinarios que pudieran paliar esta grave situación. Y fue así como la Psicología española, generando recursos extraordinarios, comenzó a generar un paraguas de protección psicológico para los afectados, con diferentes intervenciones psicológicas en un plan global de respuesta al desastre, que contemplase primeros auxilios psicológicos, y apoyo a la población y a los principales grupos de riesgo (Galea, Nandi

& Vlahov, 2005; Norris et al., 2002; Shultz & Neria, 2013; Singh & Raphael, 1981) para tratar de minimizar las reacciones psicológicas y los posibles trastornos psicológicos que pueden aparecer en situaciones de pandemia (Taylor, 2019).

En este intento de generar un paraguas de protección psicológico, el Consejo General de la Psicología de España, los Colegios de la Psicología de las diferentes comunidades autónomas, las universidades españolas públicas y privadas, organizaciones no gubernamentales, fundaciones e institutos relacionados con la psicología, decidieron poner en marcha en un tiempo récord algunos recursos extraordinarios de intervención psicológica gratuita para los afectados por la Covid-19.

Recursos extraordinarios de asistencia psicológica gratuita ante la Covid-19 durante el estado de alarma en España

Durante la fase de alarma en España se han puesto a disposición de los ciudadanos 134 recursos psicológicos para atender a las personas afectadas, 108 en las comunidades autónomas, y 26 a nivel nacional. En la fase de documentación de este trabajo, se ha recogido información de estos 134 recursos y sus principales características, tales como su ámbito de actuación (regional o nacional), la población a la que iban dirigidos (población general, sanitarios, personas mayores, todo tipo de intervinientes, familiares de enfermos y fallecidos, menores, miembros de comunidades universitarias, mujeres en riesgo, cuerpos y fuerzas de seguridad del estado), o el canal de comunicación utilizado por cada uno de los recursos para hacer las intervenciones psicológicas (intervenciones escritas a través de chats o correo electrónico, intervenciones telefónicas o videoconferencias). Estas características se han resumido en la tabla 1 (Tabla 1. Recursos psicológicos extraordinarios en España durante la pandemia de la Covid-19). Sin embargo, aunque no se han incluido en la tabla 1, también se recogieron datos sobre el modo en que los usuarios podían acceder estos servicios, sus horarios de atención al público, si las intervenciones psicológicas las llevaban a cabo profesionales o voluntarios – siempre que esta información estaba disponible – y las instituciones que habían creado estos servicios o que los impulsaron. El listado completo de los recursos y sus características puede consultarse en Sánchez-Marqueses et al. (2020).

El procedimiento para la confección de la base de datos de recursos

psicológicos, comenzó con una búsqueda a través de las webs y los números de teléfono de todas las instituciones y organismos públicos estatales y de las comunidades autónomas. Para completar esta información, se revisaron posteriormente las noticias surgidas en medios de comunicación y redes sociales, comprobando que todos los recursos psicológicos mencionados en esas noticias estaban incluidos en la base de datos. También se crearon alertas en los motores de búsqueda online diseñadas para dar aviso de las nuevas publicaciones que aparecieran relacionadas con la atención psicológica durante la pandemia. No obstante, al tratarse de una oferta cambiante, no podemos descartar que haya algún recurso que pueda haber pasado desapercibido.

En esta búsqueda de recursos de atención psicológica por toda España, es preciso señalar que solo se han incluido en nuestra base de datos aquellos recursos que se ofrecían de forma gratuita, no contando como gratuitos aquellos que ofrecían nada más unas sesiones iniciales gratuitas. Los posibles recursos psicológicos de pago que se hayan podido ofrecer durante la pandemia no han sido recogidos en este trabajo.

Tampoco se han incluido aquí datos referidos a recursos cuyos fines fueran informativos, es decir, dar información de diversa índole sobre el coronavirus, como informar de los comportamientos permitidos, de la situación de los enfermos o de otros recursos sociales, por ejemplo, recursos para personas que necesitaban ayuda para levantarse o asearse a diario, o recursos para llevar materiales de primera necesidad a enfermos, o voluntarios para acompañar ancianos.

Por último, es preciso señalar que antes de incluir cada uno de los recursos en la base de datos, se llevó a cabo la comprobación de que todos ellos estaban activos, y esa disponibilidad se confirmó contactando de forma telefónica o a través de emails con los propios recursos como habrían hecho los usuarios.

Características de los servicios de atención psicológica

Ámbito de actuación. Como puede apreciarse en la tabla 1, el 19,4 % de los recursos tienen un ámbito de actuación estatal, es decir, ofrecían atención psicológica gratuita a todos los ciudadanos de nuestro país. Mientras que el restante 80,6% se ofrecían con un ámbito de actuación autonómico, es decir, tenían el propósito de atender a personas de una comuni-

dad autónoma concreta. Si bien es cierto que, al tratarse de recursos de atención telefónica, por escrito, o por videoconferencia, es muy posible que hayan podido ser utilizados por personas de otras comunidades autónomas. Resulta llamativo que absolutamente todas las comunidades autónomas, sin excepción, así como las ciudades autónomas de Ceuta y Melilla, han proporcionado algún tipo de atención psicológica con motivo de esta pandemia.

Población a la que van dirigidos. De los datos recogidos en la tabla 1, se aprecia que casi un 46% de los recursos totales ofertados han ido dirigidos a la población general. Esta mayor presencia de recursos para la población general resulta lógica si tenemos en cuenta la situación de confinamiento prolongado y el hecho de que la población potencial de estos recursos es de aproximadamente 47 millones de habitantes. Además, ofrecer recursos para la población general incluye a todos los grupos vulnerables, pues pueden dirigirse a estos recursos tanto las personas enfermas, los familiares de los enfermos y fallecidos, los sanitarios, o personas con problemas diversos de diferentes edades.

También se han ofrecido múltiples recursos extraordinarios dirigidos a poblaciones vulnerables, como por ejemplo aquellos dirigidos a los sanitarios o a los enfermos y familiares de enfermos y fallecidos, con el objetivo de que tuvieran una atención prioritaria. Atender a los sanitarios ha sido el objetivo del 25,4 % de los recursos ofertados, y atender a los enfermos y familiares el objetivo del 20,9%. Aunque en términos de porcentaje de los recursos ya es elevado, lo es más si tenemos en cuenta que la población de afectados y sanitarios es muy pequeña comparada con la población general. Además, también han tenido recursos específicos las personas mayores.

Aunque la población general, los sanitarios y los afectados y familiares han sido los que han recibido una mayor atención desde el punto de vista de los recursos ofrecidos, también se han ofertado un 5,2% de recursos de atención psicológica para personas mayores, un 6,72% de recursos para menores, un 8,21% de recursos para mujeres en riesgo de violencia de género, o un 2,24% de recursos para los cuerpos y fuerzas de seguridad del estado (policía y guardia civil). Llama la atención que un 9,7% de los recursos psicológicos han ido dirigidos a la población de las comunidades universitarias, es decir, estudiantes, profesores y personal de

administración y servicios de las universidades españolas. Además, los recursos extraordinarios ofrecidos a las mujeres en riesgo de violencia, a los menores y a las comunidades universitarias, han sido todos ellos recursos de ámbito regional, de las comunidades autónomas. Esto puede deberse en el caso de los recursos para mujeres y menores, a que ya existían recursos estatales que no han dejado de funcionar durante la pandemia, y por lo tanto no han tenido que generarse otros extraordinarios, tal es el caso del teléfono 016 para la violencia de género, o el teléfono de ANAR para atención telefónica a menores en riesgo.

Canal de comunicación utilizado en la intervención psicológica

En términos generales, también hemos encontrado que más de un 88,81% de los recursos de asistencia psicológica ofertados fueron de atención telefónica, solo un 10,45% ofrecieron atención psicológica a través de correo electrónico y chats en páginas webs. Y no alcanzó ni el 1% los recursos que ofrecieron atención por videoconferencia. Seguramente, esta decisión de las instituciones por ofrecer de forma mayoritaria recursos telefónicos se debe a que es un medio que pueden utilizar fácilmente todas las personas, independientemente de su edad, ya que los mayores seguramente tienen más dificultad para acceder a los otros dos recursos, sea el de hacer consultas escritas a través de la web o sea por videoconferencia. En el caso de los recursos para personas mayores y para mujeres en todos los recursos extraordinarios fueron de atención telefónica. En los recursos psicológicos para niños, un 89% fueron de atención telefónica, aunque un 11% de intervención escrita. En el caso de los afectados por la Covid-19, hubo mayoritariamente recursos de atención telefónica (85,7%), pero también hubo un 10,7% de intervenciones escritas y un 3,6% de recursos a través de videoconferencias. En el caso de los sanitarios han tenido a su disposición un 88,24% de intervenciones telefónica, un 8,82% de intervenciones escritas y solo un 2,94% de intervenciones por videoconferencia.

El papel de los colegios profesionales

Durante el estado de alarma, el Consejo General de la Psicología de España y un total de 23 colegios oficiales de comunidades autónomas ac-

tivaron dispositivos a través un número de teléfono u otra vía telemática (por ejemplo, en el colegio de Bizkaia activaron un servicio de atención por WhatsApp), destinados a ofrecer una atención psicológica de manera gratuita. En total, teniendo en cuenta esta participación de los colegios autonómicos más la del Consejo, las instituciones colegiales se hicieron cargo del 18% de los recursos, no obstante la población a la que iba destinada dicha asistencia varió según la región, abarcando poblaciones más o menos específicas. Por ejemplo, todos los colegios atendieron tanto a población general como a personal sanitario, afectados por Covid-19 y a familiares de fallecidos a causa de la enfermedad, excepto los de Castilla La Mancha, Álava y Guipúzcoa, que atendieron a familiares y afectados por Covid-19 o población general. La mayoría de los servicios colegiales han atendido en horarios de mañana y tarde de lunes a domingo, pero también ha habido colegios que han ofrecido un servicio de 24 horas, como han hecho los colegios de Baleares, Madrid, Galicia y Las Palmas.

El papel de las universidades

Otra institución que ha destacado en España por ofrecer sus servicios de manera gratuita para abordar cualquier malestar derivado de la Covid-19 durante esta crisis han sido las universidades, que han ofrecido un 9,7% del total de los recursos. Esta atención psicológica, ha corrido a cargo de los servicios psicológicos y las clínicas universitarias de psicología vinculadas a las facultades de psicología de las que disponen algunas universidades españolas. Se tratan de servicios dirigidos por profesores universitarios de psicología con dilatada experiencia tanto en el ámbito académico como clínico. Sus servicios van dirigidos a la comunidad universitaria, es decir, estudiantes, personal docente e investigador y personal de administración y servicios. Aunque mayoritariamente estos servicios fueron dirigidos a la población universitaria, hay que resaltar que un 33,77% de estos servicios también atendieron a la población general, al personal sanitario y a los afectados, como ocurrió en el caso de la Universidad de Córdoba, la Universidad Autónoma de Barcelona (en colaboración con otras instituciones), la Universidad Católica de Valencia y la Universidad Autónoma de Madrid.

En términos generales, también hemos encontrado que más de un 88,81% de los recursos ofrecidos por las universidades fueron de atención

telefónica, un 10,45% fueron recursos psicológicos a través de correo electrónico y chats en páginas webs, y apenas un 0,74% ofrecieron atención por videoconferencia.

Proporcionalidad de los recursos

Además de tratar de describir los recursos psicológicos que se habían generado, nos preguntábamos si estos recursos se adaptaron a las necesidades de la población en las diversas comunidades autónomas. Es decir, si como era deseable, se ofrecieron más recursos en aquellas regiones más afectadas, con mayor número de contagiados y fallecidos por la Covid-19. Para comprobarlo, examinamos las correlaciones existentes entre el número de afectados, contagiados, y recursos de diferente tipo ofrecidos desde las distintas comunidades. Utilizando el programa estadístico SPSS (versión 21) comprobamos que, tal y como se esperaba, la cantidad de recursos estuvo directamente asociada con el número de personas contagiadas por la Covid-19, obteniéndose una correlación estadísticamente significativa positiva y de tamaño grande ($r = .56, p < .05$), siguiendo los estándares propuestos por Cohen (1988) para la interpretación del coeficiente de correlación. Además, dicha cantidad de recursos ofrecidos también estuvo relacionada con el número de fallecidos a la enfermedad por coronavirus, mostrándose, de nuevo, una correlación significativa y de tamaño grande ($r = .63, p < .01$) entre ambas variables.

En resumen, como puede apreciarse fácilmente en la Figura 1 puede afirmarse que, en términos generales, y salvo excepcionalmente en el caso de alguna comunidad autónoma, como Cataluña, donde hubo una cifra muy elevada de contagiados y fallecidos (58.699 y 5.584, respectivamente) y el número de recursos extraordinarios fue muy escaso (solo 3), se puede concluir que, el despliegue de recursos psicológicos gratuitos que han ofrecido las comunidades autónomas españolas se ha ajustado a las necesidades de afectados surgidas durante la pandemia.

Por otro lado, haciendo un análisis más cualitativo de los datos de las diferentes comunidades y el estado, destaca que solo la Comunidad de Madrid (con cuatro recursos) y Asturias (con un recurso) ofrecieron asistencia psicológica exclusiva para las personas mayores, añadida a los dos recursos para personas mayores que se ha ofrecido a nivel nacional. Es un dato llamativo esta falta de recursos para personas mayores en la mayoría

de las regiones, sobre todo teniendo en cuenta que desde el principio de la pandemia los datos oficiales han puesto de relieve que este era el grupo más vulnerable respecto al impacto físico y la letalidad del virus (Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, 2020), sin mencionar la situación de soledad de muchas de estas personas mayores alejadas de sus familias durante el confinamiento. Si bien es cierto que los recursos dirigidos a la población general, también han estado a disposición de las personas mayores.

Finalmente, puede subrayarse que, además de un recurso a nivel nacional que ofrecía ayuda para intervinientes, y entre ellos los cuerpos y fuerzas de seguridad del estado, solo Navarra y Canarias pusieron a disposición un recurso de este tipo, pese a ser un grupo numeroso de profesionales que han estado en primera línea de la exposición al contagio, con un problema de falta de recursos de protección y niveles elevados de estrés.

Conclusiones generales

Debido al desbordamiento de los servicios sanitarios públicos del país ante la situación impredecible causada por la Covid-19 y con el fin de ofrecer una asistencia psicológica adecuada a la población española, que pudiera reducir las repercusiones psicológicas, numerosas instituciones, entre ellas los colegios profesionales de psicólogos y las universidades, han ofrecido sus servicios activando dispositivos especiales de manera gratuita para aquellas personas que los han necesitado durante la pandemia. La mayoría de estos dispositivos han tenido ámbitos de actuación regionales, pero también ha habido dispositivos a nivel nacional. Algunos han atendido a colectivos específicos vulnerables, pero la mayoría han ido dirigidos a la población general. Se puede decir que, en general, los recursos se han ajustado bastante a las necesidades, de modo que las zonas más afectadas han ofertado un mayor número de recursos, aunque ha habido excepciones llamativas, como la de Cataluña, con una gran afectación y una pequeña oferta de recursos.

Un último mensaje que queremos poner de manifiesto tiene que ver con la urgente necesidad de reforzar la presencia de la psicología en los servicios públicos y especialmente en el Sistema Nacional de Salud y, de forma más específica, la necesidad de intensificar la presencia de la psico-

logía en las redes de salud mental en todas y cada una de las comunidades autónomas, potenciar el papel imprescindible de la red de atención primaria en el cuidado y apoyo a las necesidades de la población española incluyendo psicólogos, así como garantizar la presencia de profesionales de la psicología en las residencias de ancianos y en los servicios sociales y de atención a las emergencias.

Acknowledgment

This work was partially supported by a research grant of the Spanish Ministry of Science and Innovation (PGC2018-098387-B-100).

Referencias

- Baum, A., & Posluszny, D. M. (1999). Health psychology: mapping biobehavioral contributions to health and illness. *Annual Review of Psychology*, 50 (1), 137-163.
- Brewin, C. R., Andrews, B., & Valentine, J. D. (2000). Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68 (5), 748-766.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2^a ed.). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Defensor del Pueblo (2020). *El defensor del pueblo recomienda al gobierno y las CCAA incrementar la asistencia psicológica en el sistema nacional de salud*. Recuperado de <https://www.defensordelpueblo.es/noticias/salud-mental/>
- Delegación del Gobierno para la Violencia de Género (2020). *La perspectiva de género, esencial en la respuesta a la COVID-19*. Recuperado de [http://www.inmujer.gob.es/disenov/novedades/IMPACTO_DE_GENERO_DEL_COVID_19_\(uv\).pdf](http://www.inmujer.gob.es/disenov/novedades/IMPACTO_DE_GENERO_DEL_COVID_19_(uv).pdf)
- Europapress (2020, 29 de mayo). Sanidad cifra el total de sanitarios contagiados en 51.482, con 63 fallecidos. Recuperado de <https://www.europapress.es/videos/video-sanidad-cifra-total-sanitarios-contagiados-51482-63-fallecidos-20200529222649.html>
- Fernández-Hermida, J. R., Chacón, F., & García-Vera, M. P. (en prensa). La psicología ante la pandemia de la covid-19 en España. La respuesta de la organización colegial. *Rev. Clínica y Salud*, 31 (2).
- Galea, S., Nandi, A., & Vlahov, D. (2005). The epidemiology of post-traumatic stress disorder after disasters. *Epidemiologic Reviews*, 27 (1), 78-91.
- García-Vera, M. P., & Sanz, J. (2010). Trastornos depresivos y de ansiedad tras atentados terroristas: una revisión de la literatura empírica. *Psicopatología Clínica, Legal y Forense*, 10, 129-148.
- García-Vera, M. P., & Sanz, J. (2016). Psychopathological consequences of terrorism: the prevalence of posttraumatic stress disorder in victims of terrorist attacks. En J. A. del Real Alcalá (Ed.), *Fundamental rights and vulnerable groups*. Sharjah, UAE: Bentham Science Publishers.

- García-Vera, M. P., Sanz, J., & Gutiérrez, S. (2016). A systematic review of the literature on posttraumatic stress disorder in victims of terrorist attacks. *Psychological Reports, 119* (1), 328-359.
- González-Sanguino, C., Ausín, B., Ángel-Castellanos, M., Saiz, J., López-Gómez, A., Ugidos, C., & Muñoz, M. (2020) (en prensa). Mental Health Consequences during the Initial Stage of the 2020 Coronavirus Pandemic (COVID-19) in Spain. *Brain, Behavior, and Immunity*.
- Instituto Nacional de Estadística (2018). *Estadística de Profesionales Sanitarios Colegiados*. Recuperado de https://www.ine.es/prensa/eps_c_2018.pdf
- Luceño & Martín (2020, 18 de mayo). El 79,5 por cien de los sanitarios sufren ansiedad y el 40 por cien se siente emocionalmente agotado tras la primera oleada de atención hospitalaria por Covid-19. *Noticias UCM*. Recuperado de <https://www.ucm.es/estudio-laboratorio-psicologia-trabajo>.
- Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social (2020). Enfermedad por nuevo coronavirus, COVID-19. Recuperado de Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social (2020). Enfermedad por nuevo coronavirus, COVID-19. Recuperado de: https://www.lamoncloa.gob.es/serviciosdeprensa/notasprensa/sanidad14/Documents/2020/29052020_Actualizacion120COVID19.pdf
- Norris, F. H., Friedman, M. J., Watson, P. J., Byrne, C. M., Diaz, E., & Kaniasty, K. (2002). 60,000 disaster victims speak: Part I. An empirical review of the empirical literature, 1981-2001. *Psychiatry, 65*, 207-239.
- OECD iLibrary (2014). *Psychologists per 100 000 population, 2000 and 2011 (or nearest year available)*. Recuperado de https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/making-mental-health-count/psychologists-per-100-000-population-2000-and-2011-or-nearest-year-available_9789264208445-graph36-en
- Ozer, E. J., Best, S. R., Lipsey, T. L., & Weiss, D. S. (2003). Predictors of posttraumatic stress disorder and symptoms in adults: A meta-analysis. *Psychological Bulletin, 129* (1), 52-73.
- Sánchez-Marqueses, J. M., García de Marina, A., Sanz, J. Morán, N., Berdullas, S., Fernández-Hermida, J. R. & García-Vera, M. P. (2020).

La psicología española ante covid-19: un análisis de los servicios de atención psicológica. Manuscript submitted for publication.

- Shultz, J. M., & Neria, Y. (2013). Trauma signature analysis: state of the art and evolving future directions. *Disaster Health, 1* (1), 4-8.
- Singh, B., & Raphael, B. (1981). Postdisaster morbidity of the bereaved. A possible role for preventive psychiatry? *The Journal of Nervous and Mental Disease, 169* (4), 203-212.
- Taylor, S. (2019). Psychological reactions to pandemics. In *The psychology of pandemics. Preparing for the next global outbreak of infectious disease* (pp. 23-39). Cambridge Scholars Publishing.
- Valiente, C., Vázquez, C., Peinado, V., Contreras, A., Trucharte, A., Bentall, R., & Martínez, A. (2020). *Estudio nacional representativo de las respuestas de los ciudadanos de España ante la crisis de Covid-19: respuestas psicológicas: prevalencia y predictores.* Facultad de Psicología, Universidad Complutense de Madrid (Informe Técnico). Recuperado de <https://www.ucm.es/inventap/file/vida-covid19--informe-ejecutivomalestar3520-final-1>.

Tabla 1. Recursos psicológicos extraordinarios en España durante la pandemia de la Covid-19

Comunidades autónomas (108 recursos)	Población atendida								
	PG	Personas Mayores	Afectados y familiares Covid-19	PS	PG, PS y Afectados	Menores	Comunidad Universitaria	Mujeres en riesgo VG	FCSE y PS
Andalucía (20)	Tlf. (7)		Tlf. (2)	Tlf. (1)	Tlf. (1)	Tlf. (1)	Tlf. (6)	Tlf. (2)	
Aragón (8)	Tlf. (2)			Tlf. (2)		Tlf. (1)	Tlf. (1)	Tlf. (2)	
Asturias (5)	Tlf. (1)	Tlf. (1)			Tlf. (1)	Tlf. (1)		Tlf. (1)	
Cantabria (2)			Tlf. (1)		Tlf. (1)				
Castilla-La Mancha (6)	Tlf. (1)			Tlf. (2)			Escrita (1)	Tlf. (2)	
Castilla y León (15)	Tlf. (7)		Escrita (1) Tlf. (3)		Tlf. (1)		Tlf. (1)	Tlf. (2)	
Cataluña (3)	Escrita (1)		Tlf. (1)	Tlf. (1)					
Ceuta (2)	Tlf. (1)							Tlf. (1)	
Extremadura (3)	Tlf. (1)			Tlf. (2)					
Galicia (2)	Tlf. (1)					Tlf. (1)			
Islas Baleares (3)	Tlf. (1)					Tlf. (1)		Tlf. (1)	
Canarias (2)	Tlf. (1)								Tlf. (1)
La Rioja (3)	Tlf. (1)				Tlf. (1)	Tlf. (1)			
Madrid (23)	Escrita (2) Tlf. (6)	Tlf. (4)	Tlf. (2)	Tlf. (1)	Tlf. (2) VC (1)	Tlf. (1)	Escrita (2)	Tlf. (2)	
Melilla (1)							Escrita (1)		
Murcia (2)				Tlf. (1)	Tlf. (1)				
Navarra (2)					Tlf. (1)				Tlf. (1)
País Vasco (3)	Tlf. (3)								

Valencia (3)	Escrita (1)				Escrita (1)				
					Tlf. (1)				
A nivel nacional (26)	Escrita (2)	Tlf. (2)	Tlf. (3)	Escrita (1)	Escrita (1)	Tlf. (1)			Tlf. (1)
	Tlf. (8)			Tlf. (5)	Tlf. (2)				
Total recursos	47	7	13	16	15	9	13	11	3

Nota. PG = Población General; PS = Personal Sanitario; VG = Violencia de Género; Escrita = Intervención Escrita; Tlf. = Intervención Telefónica; VC = Intervención por Videoconferencia.

Figura 1. Número de contagiados, fallecidos y recursos por comunidades autónomas. Datos de contagiados y fallecidos recuperados de: [https://www.lamoncloa.gob.es/serviciosdeprensa/notasprensa/sanidad14/Documents/2020/29052020 Actualizacion120COVID19.pdf](https://www.lamoncloa.gob.es/serviciosdeprensa/notasprensa/sanidad14/Documents/2020/29052020%20Actualizacion120COVID19.pdf)



Risposta della psicologia spagnola davanti alla Covid-19

José Manuel Sánchez-Marqueses, Andrea García de Marina Martín-Mateos, Jesús Sanz, Noelia Morán, Silvia Berdullas, José Ramón Fernández-Hermida y María de la Paz García-Vera

Alla fine di maggio 2020, al momento di scrivere questo capitolo, già sono morte in Spagna 27.121 persone a causa della Covid-19, avendo un totale di 238.564 casi confermati di persone contagiate, fra queste 51.482 sanitari (Ministero della Salute, Consumo e Benessere Sociale, 2020). Ciononostante la prevedibile impronta di questa catastrofe sarà molto di più di questi malati e deceduti riguardando molte più persone che soffriranno di ripercussioni psicologiche dirette o indirette nel corto, medio e lungo tempo (Taylor, 2019). Nel caso concreto della popolazione spagnola nel suo fronteggiare la Covid-19, si sono sommate circostanze che prevedibilmente aggravano ancora più queste ripercussioni.

Circostanze che potrebbero aggravare le ripercussioni psicologiche di questa pandemia

L'isolamento degli infermi e la mancanza di supporto

In primo luogo durante le prime settimane c'era la necessità di proteggere

le famiglie dal contagio dei famigliari malati o degli amici vicini. La mancanza di sufficienti mezzi di protezione e il collasso del sistema sanitario davanti all'esponenziale aumento dei malati fece sì che si presero drastiche decisioni che obbligavano i malati negli ospedali a stare lontani dai loro familiari e amici senza poter nemmeno, nella maggioranza dei casi, comunicare con loro. Molte famiglie passarono settimane senza sapere se loro miglioravano o peggioravano nella loro malattia. Molte persone hanno sofferto e si sono sentite inermi di fronte al fatto di non essere informate e lontane dai loro familiari che soffrivano la malattia in residenze, nelle loro case, o non poterli visitare negli ospedali o nelle Unità di Cure Intensive persino nei momenti più difficili e prima della loro morte. E per maggiore sofferenza delle famiglie dei deceduti anche dopo la loro morte continuava lo stress di non sapere quando avrebbero potuto seppellirli. A causa del collasso dei servizi funerari, almeno in alcune città con un gran numero di deceduti come Madrid (vedere Figura 1), sono collassate anche le agenzie funerarie facendo sì che le sepolture ritardassero di settimane e che alla fine potevano essere presenti solo tre membri della famiglia. Questa insolita sofferenza delle famiglie e degli amici per far fronte al già complicato processo di ospedalizzazione e morte dei loro familiari senza possibilità di contatto e appoggio della loro cerchia, senza la vicinanza ai loro malati e deceduti, ha generato un gran numero di situazioni potenzialmente traumatiche, una gran quantità di esperienze altamente stressanti e ha costretto molte persone a sopravvivere a queste situazioni traumatiche senza le abituali risorse di appoggio sociale. Sappiamo l'importanza dell'appoggio sociale per ammortizzare gli effetti psicopatologici di queste esperienze traumatiche (Brewin, Andrews & Valentine, 2000; Norris, Friedman, Watson, Byrne, Diaz & Kaniasty, 2002; Ozer, Best, Lipsey & Weiss, 2002); ci si deve attendere che la mancanza di tale appoggio abbia conseguenze negative sull'impatto psicopatologico di questa pandemia.

Il gran numero di persone molto esposte al contagio e con un gran numero di decessi nelle loro file

In secondo luogo, da quando è iniziata questa pandemia, ci sono stati nel nostro paese gruppi molto numerosi di persone che, in modo continuativo, sono state molto esposte alla possibilità di contagio. Sappiamo che

queste persone che hanno avuto un livello di esposizione maggiore alla minaccia, sono maggiormente vulnerabili nel soffrire ripercussioni psicopatologiche successive, derivate dall'aver visto a rischio la loro vita e quella dei loro familiari. In questo gruppo di persone, occorre menzionare il gruppo dei professionisti sanitari (personale medico, infermieri, inserienti dell'ospedale, paramedici etc.), ma anche altri gruppi di intervento, come le forze dell'ordine dello stato (polizia nazionale e guardia civile), polizie locali, o personale dell'esercito spagnolo, che si sono occupati della pulizia e del trasferimento dei cadaveri, oltre al personale di pulizia degli ospedali, farmacisti, etc. I professionisti sanitari, e principalmente quelli che hanno lavorato più direttamente con i malati di coronavirus hanno vissuto questa minaccia molto da vicino e, pertanto, è prevedibile che abbiano maggiori ripercussioni psicopatologiche. La loro esposizione alla situazione minacciosa e la perdita di vite umane nei loro gruppi professionali sappiamo che aumentano la probabilità di soffrire di conseguenze psicopatologiche (García-Vera & Sanz, 2010; García-Vera & Sanz, 2016; García-Vera, Sanz & Gutiérrez, 2016). In uno studio recente, e pertanto di breve durata, condotto in Spagna con 1.600 sanitari della Comunità di Madrid, appartenenti a differenti centri ospedalieri, il 53% di questi lavoratori sanitari presentavano una sintomatologia di stress posttraumatico, il 79,5% sintomi di ansietà (Luceño & Martín, 2020). Dall'altro lato, aver avuto perdite di vite umane nel proprio gruppo è stata una costante in questi gruppi e specialmente fra i sanitari che hanno subito un totale di 51.482 contagi e 63 decessi (Europapress, 2020; Ministero della Salute, Consumo e Benessere Sociale, 2020).

La grande quantità di persone esposte a situazioni stressanti durature come effetto indiretto della pandemia

Una terza caratteristica di questa crisi, che probabilmente può contribuire ad aumentare le ripercussioni psicologiche, è il fatto che molte persone hanno cominciato a soffrire situazioni stressanti gravi e mantenute nel tempo, provocate indirettamente dalla pandemia, quali la perdita del lavoro, la necessità di riorganizzare le loro attività, la necessità di utilizzare nei loro lavori nuove tecnologie che non conoscevano, il fatto di dover tornare al lavoro senza poter portare i bambini a scuola, etc., con le possibili ripercussioni psicologiche di stress intenso e duraturo sulla salute. Sono già molti

anni che sappiamo che lo stress cronico può avere conseguenze avverse sulla salute fra cui ansia, insonnia, dolore muscolare, aumento della pressione arteriosa e indebolimento del sistema immunitario (Baum & Polsusnzy, 1999).

Gli effetti del confinamento prolungato nelle persone con problemi precedenti

Fra le circostanze che prevedibilmente aggravano le ripercussioni psicologiche di questa pandemia, non possiamo ignorare, al quarto posto gli effetti del confinamento prolungato, il fatto che per frenare il numero dei contagi tutta la popolazione è stata sottoposta ad uno stato di confinamento prolungato per più di 70 giorni. Secondo alcuni studi recenti, questo confinamento prolungato potrebbe aver aumentato i sintomi di ansia e stress in numerose persone (González-Sanguino et al., en prensa; Valiente et al., 2020).

Tuttavia non sappiamo quanto ampio potrà essere l'incremento della sintomatologia ansioso-depressiva nel medio e lungo termine; sappiamo da studi di altre catastrofi che esistono molte probabilità che appena si andrà normalizzando la situazione e sparendo la minaccia, si spera che la maggioranza della popolazione tenda a recuperare la normalità e questi sintomi diminuiscano (García-Vera & Sanz, 2010; García-Vera, Sanz & Gutiérrez, 2016). Tuttavia, pur essendo prevedibile che questo recupero avvenga per la maggior parte delle persone che sono state confinate, abbiamo anche una probabilità di particolare rischio in coloro in cui il confinamento può avere maggiori ripercussioni negative. Questo è il caso delle persone che già soffrivano di disturbi psicologici che potrebbero vedere esacerbarsi o il caso di persone che hanno vissuto il confinamento in una situazione di violenza come per esempio violenza di genere oppure violenza familiare dei figli verso i genitori o dei genitori verso i figli. In tutti questi casi il rischio di ripercussioni psicopatologiche della situazione di confinamento si rivela incrementato come appare in alcuni studi preliminari (Delegación del Gobierno para la Violencia de Género, 2020; González-Sanguino et al., en prensa; Valiente et al., 2020).

Insufficienza di risorse psicologiche nel Sistema Nazionale della Salute

Un quinto aspetto da tener presente come situazione che potrebbe aggravare le ripercussioni psicologiche di questa pandemia è l'insufficienza

za di risorse psicologiche nel Sistema Nazionale della Salute (SNS). Se qualcosa è stato fatto dopo il 14 marzo, quando è stato dichiarato lo stato di allarme, le risorse del nostro SNS sono state completamente superate dalle domande. Non c'è stato sufficiente personale sanitario, è mancato materiale di protezione come le mascherine e le attrezzature di protezione individuale, sono mancati gli strumenti per la terapia, come i respiratori, sono mancate le Unità di Terapia Intensiva negli ospedali, e manca ancora una terapia efficace per molti casi. Alcuni dispositivi medici risultarono insufficienti fin dall'inizio, mentre altri mancarono via via che i contagi si moltiplicavano, via via che i professionisti sanitari si contagiavano e venivano ricoverati negli ospedali o in quarantena e il sistema sanitario tracollava.

Disgraziatamente, se parliamo delle risorse psicologiche per affrontare le richieste di questa catastrofe, non si può dire che abbondassero a dismisura rispetto alla moltiplicazione dei contagi. Le risorse psicologiche erano già insufficienti ed erano già tracollate molto prima della pandemia. In realtà, la Spagna non ha mai avuto un Sistema Nazionale della Salute con adeguate risorse psicologiche.

È una constatazione che in Spagna ci sia un numero insufficiente di psicologi nel Sistema Nazionale della Salute. Infatti, secondo la relazione del 2020 del Difensore del Popolo del Governo Spagnolo, sulla base dei dati del 2018, la media degli psicologi nel nostro Sistema Nazionale della Salute è di 6 psicologi per 100.000 abitanti (Difensore del Popolo, 2020). Questa media è di gran lunga inferiore a quella dell'Unione Europea che è di 18 psicologi ogni 100.000 abitanti e risulta assolutamente irrisoria se la parliamo con la media degli psicologi nei paesi della Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico (OCDE), dove si hanno 26 psicologi ogni 100.000 abitanti (OECD iBiblioteca, 2014).

È vero che in Spagna la maggior parte della pratica professionale della psicologia è svolta in ambito privato, ma anche considerando tutti gli psicologi della salute, cioè coloro che lavorano nel sistema sanitario pubblico e quelli delle cliniche private, parleremmo di un totale di 0,69 psicologi per ogni 1.000 abitanti, cioè nemmeno uno per mille abitanti (Istituto Nazionale di Statistica, 2018). Tuttavia, i numeri di altri professionisti sanitari per ogni mille abitanti sono molto maggiori, non solo quello dei medici che è di 5,55 ogni 1.000 abitanti o quello del personale infermieristico che arriva a 6,55; ma addirittura sono maggiori il numero di farmacisti, che è di 1,58, dei fisioterapisti che è di 1,15, o dei dentisti che è di 0,80 (Istituto Nazionale di Statistica, 2018).

La risposta della psicologia spagnola davanti alla Covid-19

In definitiva quando in Spagna si dichiara lo stato di allarme il 14 marzo ci troviamo davanti l'inconfondibile scenario di una catastrofe. Non solo per il numero di persone decedute e contagiate e per il noto superamento delle risorse della nostra società per farvi fronte, ma anche perché concorrevano molte circostanze che prevedibilmente avrebbero potuto aggravare in modo molto significativo le ripercussioni psicologiche della pandemia. Fra queste, come già detto, la più che insufficiente presenza degli psicologi nel Sistema Nazionale della Salute.

Con un numero di psicologi nel SNS tanto al di sotto della necessità e con il resto dei professionisti confinati, insomma con tutti gli psicologi che abitualmente coprono le necessità psicologiche di gran parte del paese offrendo nei loro studi privati terapia personale, era impossibile che la psicologia potesse dare una risposta adeguata alle necessità di questa crisi.

Davanti a questa evidente insufficienza di risorse psicologiche disponibili di fronte alla pandemia, le varie istituzioni responsabili in materia di psicologia decisero di contribuire in maniera efficace a generare risorse psicologiche straordinarie che potessero attenuare questa grave situazione. Fu così che la Psicologia spagnola, creando risorse straordinarie, cominciò a creare un ombrello di protezione psicologica per le persone colpite, con differenti interventi psicologici in un piano globale di risposta al disastro che contemplasse primi aiuti psicologici e appoggio alla popolazione e alle principali categorie a rischio (Galea, Nandi & Vlahov, 2005; Norris et al., 2002; Shultz & Neria, 2013; Singh & Raphael, 1981), per cercare di minimizzare le reazioni psicologiche e i possibili disturbi psicologici che possono manifestarsi in periodo di pandemia (Taylor, 2019).

In questo tentativo di creare un ombrello di protezione psicologica, il Consiglio Generale della Psicologia Spagnola, gli Ordini degli Psicologi delle varie comunità autonome, le università spagnole pubbliche e private, organizzazioni non governative, fondazioni e istituzioni collegate con la psicologia, decisero di avviare a tempo di record alcune risorse straordinarie di intervento psicologico gratuito per i colpiti da Covid-19.

Risorse straordinarie di assistenza psicologica gratuita di fronte alla Covid-19 durante lo stato di allarme in Spagna

Durante la fase di allarme in Spagna sono state messe a disposizione dei

cittadini 134 risorse psicologiche per occuparsi delle persone colpite, 108 nelle comunità autonome e 26 a livello nazionale. Durante la fase di documentazione di questo lavoro, si sono raccolte informazioni di queste 134 risorse e delle loro principali caratteristiche quali ambito di intervento (regionale o nazionale), la popolazione alla quale erano indirizzate (popolazione generale, sanitari, anziani, tutti i tipi di aiutanti, familiari di malati e deceduti, minori, membri di comunità universitarie, donne a rischio, corpi di forze di sicurezza dello stato), o il canale di comunicazione utilizzato per ogni risorsa per realizzare gli interventi psicologici (interventi scritti tramite chats o posta elettronica, interventi telefonici o videoconferenze). Questi elementi sono riassunti nella Tabella 1 (Tabella 1. Risorse psicologiche straordinarie in Spagna durante la pandemia di Covid-19). Tuttavia, benché non siano stati inseriti nella Tabella 1, sono stati raccolti anche dati sul modo in cui gli utenti potevano accedere a questi servizi, gli orari di apertura al pubblico, se gli interventi psicologici si svolgevano in modo professionale o volontario – sempre che questa informazione fosse disponibile – e su quali istituzioni avessero creato questi servizi o li avessero promossi. La lista completa delle risorse e delle sue caratteristiche può essere consultata in Sánchez-Marqueses et al. (2020).

La procedura per la raccolta dei database sulle risorse psicologiche cominciò con la ricerca tramite internet e i numeri di telefono di tutte le istituzioni e organizzazioni pubbliche statali e delle comunità autonome. Per completare questa informazione si revisionarono posteriormente le notizie emerse negli organi di informazione e social network, confermando che tutte le risorse psicologiche menzionate in quelle notizie erano incluse nella banca dati. Inoltre sono stati creati degli alerts sui motori di ricerca online progettati per avvisare sulle nuove pubblicazioni correlate alla attenzione psicologica durante la pandemia. Tuttavia, poiché si tratta di un'offerta in evoluzione, non possiamo escludere l'esistenza di una risorsa che potrebbe essere passata inosservata.

In questa ricerca di risorse di assistenza psicologica in tutta la Spagna, occorre segnalare che sono state incluse nel nostro database le risorse offerte in forma gratuita, non contando come gratuite quelle che offrivano solo una sessione iniziale gratuita. Le eventuali risorse psicologiche a pagamento che hanno potuto essere offerte durante la pandemia non sono state registrate in questo lavoro.

Nemmeno sono stati qui inclusi dati riferiti a risorse i cui fini fossero

informativi, come dare informazioni di vario tipo sul coronavirus, come informare sui comportamenti permessi, sulla situazione degli ammalati o di altre risorse sociali, per esempio mezzi per persone che necessitavano di aiuto per alzarsi o per la pulizia quotidiana o risorse per portare materiale di prima necessità a malati o volontari per l'accompagnamento di anziani.

In ultimo, va notato che, prima di includere una risorsa nel database, è stato effettuato un controllo che fossero attivi e tale disponibilità è stata confermata in forma telefonica o attraverso email, come avrebbero fatto gli utenti.

Caratteristiche dei servizi di assistenza psicologica

Ambito di intervento. Come si può vedere nella Tabella 1, il 19,4% delle risorse hanno un campo d'azione statale cioè offrivano attenzione psicologica gratuita a tutti i cittadini del nostro paese. Mentre nel restante 80,6% la offrivano con un ambito di azione regionale, cioè avevano lo scopo di servire le persone di una specifica comunità autonoma. Poiché si tratta di assistenza telefonica, per iscritto, o per videoconferenza, è possibile che potrebbe essere stata utilizzata da persone di altre comunità autonome. È sorprendente che assolutamente tutte le comunità autonome, senza eccezioni, così come le città autonome di Ceuta e Melilla, abbiano fornito un qualche tipo di attenzione psicologica a causa di questa pandemia.

Popolazione a cui sono destinati. Nella Tabella 1 si deduce che quasi un 46% delle risorse totali offerte sono state destinate alla popolazione generale. Questa maggiore presenza di risorse per la popolazione è ragionevole se si tiene conto della situazione di confinamento prolungato e il fatto che la potenziale popolazione è approssimativamente di 47 milioni di abitanti. Inoltre, fornire risorse alla popolazione generale include tutti i gruppi sociali vulnerabili, perché possono rivolgersi a queste risorse sia le persone malate, i familiari di malati e deceduti, i sanitari, o persone con vari problemi di diversa età.

Si sono anche offerte numerose risorse straordinarie ai sanitari o agli ammalati e familiari di ammalati e deceduti, con l'obiettivo che avessero un'attenzione prioritaria. Rispondere ai sanitari è stato l'obiettivo del 25,4% delle risorse offerte, e rispondere ai malati e familiari l'obiettivo

del 20,9%. Per quanto in termini di percentuale di risorse ciò sia già elevato, lo è di più se teniamo conto che la popolazione dei malati e sanitari è molto minore se paragonata alla popolazione generale. Inoltre, hanno avuto particolari risorse anche gli anziani.

Per quanto la popolazione generale, i sanitari e loro ammalati e familiari siano stati quelli che hanno ricevuto una maggiore attenzione dal punto di vista delle risorse offerte, altrettanto si sono offerte un 5,2% di attenzione psicologica per gli anziani, un 6,72% per i minori, un 8,21% di risorse per donne a rischio di violenza di genere, e un 2,24% di risorse per i corpi e forze di sicurezza dello stato (polizia e guardia civile). Richiama l'attenzione che un 9,7% delle risorse psicologiche sono state dirette alla popolazione delle comunità universitarie, vale a dire studenti, professori e personale amministrativo e di servizio delle università spagnole. Inoltre le risorse straordinarie per le donne a rischio di violenza, ai minori e alle comunità universitarie, tutte sono state risorse regionali, dalle comunità autonome. Ciò può essere dovuto, nel caso delle risorse per donne e minori, perché esistevano già risorse statali che non hanno smesso di funzionare durante la pandemia, di conseguenza non hanno avuto necessità di altri straordinari, come nel caso del telefono 016 per la violenza di genere o il telefono di ANAR per l'assistenza dei minori a rischio.

Canale di comunicazione utilizzato nell'intervento psicologico

In termini generali, abbiamo anche trovato che più di un 88,81% delle risorse di attenzione psicologica offerte sono state di assistenza telefonica, solo un 10,45% hanno offerto attenzione psicologica attraverso posta elettronica e chats su pagine web. E non hanno raggiunto nemmeno l'1% le risorse che hanno offerto assistenza tramite videoconferenza. Sicuramente, questa decisione delle istituzioni di offrire in prevalenza risorse telefoniche si deve al fatto di essere un mezzo che possono utilizzare facilmente tutte le persone, indipendentemente dalla loro età, dato che gli anziani hanno sicuramente più difficoltà ad accedere alle altre due assistenze, sia quella di fare consulti scritti attraverso il web sia per videoconferenza. Nel caso di risorse per anziani e donne, tutte le risorse straordinarie sono state di assistenza telefonica. Nelle risorse psicologiche per bambini, un 89% furono di assistenza telefonica, e un 11% di intervento scritto. Nel caso di ammalati di Covid-19, ci sono state principalmente

risorse di assistenza telefonica (85,7%), ma ci sono stati anche un 10,7% di interventi scritti e un 3,6% di risorse attraverso videoconferenze. Nel caso dei sanitari, hanno avuto a loro disposizione un 88,24% di interventi telefonici, un 8,82% di interventi scritti e soltanto un 2,94% di interventi per videoconferenza.

Il ruolo degli Ordini professionali

Durante lo stato di allarme, il Consiglio Generale della Psicologia Spagnola e un totale di 23 Ordini degli Psicologi delle comunità autonome attivarono dispositivi attraverso un numero di telefono o altra via telematica (per esempio nel collegio di Bizkaia attivarono un servizio di attenzione tramite WhatsApp), destinato a offrire assistenza psicologica gratuita. In totale, tenendo conto di questa partecipazione degli Ordini più il Consiglio, le istituzioni ordinistiche si sono fatte carico del 18% delle risorse, nonostante la popolazione alla quale era destinata tale assistenza fosse diversa a seconda della regione, comprendendo popolazioni con problemi più o meno specifici. Per esempio tutti gli Ordini risposero sia alla popolazione generale come al personale sanitario, ai malati di Covid-19 e a familiari di deceduti a causa della malattia, tranne quelli di Castilla-La Mancha, Álava e Guipúzcoa, che si sono presi cura dei familiari e malati di Covid-19 o popolazione generale. La maggior parte delle risorse degli Ordini ha risposto a orari dalla mattina alla sera, da lunedì a domenica, ma ci sono stati Ordini che hanno offerto un servizio di 24 ore come hanno fatto gli Ordini di Baleari, Madrid, Galizia e Las Palmas.

Il ruolo delle università

Altre istituzioni che si sono distinte in Spagna per offrire assistenza gratuitamente per affrontare qualsiasi disagio derivato dalla Covid-19 durante questa crisi sono state le università, che hanno offerto un 9,7% del totale delle risorse. Questa assistenza psicologica è stata affidata ai servizi psicologici e alle cliniche universitarie di psicologia collegate alle facoltà di psicologia di cui dispongono alcune università spagnole. Sono servizi diretti da professori universitari di psicologia con ampia esperienza sia in ambito accademico sia clinico. I suoi servizi sono diretti alla comunità universitaria, vale a dire studenti, personale docente, ricercatori e personale amministrativo e servizi. Sebbene questi servizi furono diretti in maggior parte alla popolazione universitaria, va messo in risalto che un

33,77% di questi servizi furono rivolti anche alla popolazione generale, al personale sanitario e ai malati come è avvenuto nel caso dell'Università di Cordova, l'Università Autonoma di Barcellona (in collaborazione con altre istituzioni), l'Università Cattolica di Valencia e l'Università Autonoma di Madrid.

In termini generali, abbiamo anche trovato che più di un 88,81% delle risorse offerte dalle università furono di assistenza telefonica, un 10,45% furono di assistenza psicologica tramite posta elettronica e chats su pagine web, e soltanto un 0,74% hanno offerto assistenza in videoconferenza.

Proporzionalità delle risorse

Oltre a cercare di descrivere le risorse psicologiche che si erano prodotte, ci domandavamo se queste risorse fossero state adeguate alle necessità della popolazione nelle diverse comunità autonome. Vale a dire, se come era auspicabile, si sono offerte più risorse nelle regioni più colpite, con un maggior numero di contagiati e deceduti per Covid-19. Per verificarlo, abbiamo esaminato le correlazioni esistenti fra il numero di malati, contagiati e risorse di vario genere offerte dalle varie comunità.

Utilizzando il programma statistico SPSS (versione 21), abbiamo verificato, come si sperava, che la quantità di risorse era direttamente associata al numero di persone contagiate dalla Covid-19, ottenendo una correlazione statisticamente significativa positiva e di grande portata ($r = .56, p < .05$), seguendo i parametri di Cohen (1988) per l'interpretazione del coefficiente di correlazione. Inoltre, tale quantità di risorse offerte era anche correlata con il numero di deceduti per malattia da coronavirus, mostrando nuovamente una significativa correlazione e di grande portata ($r = .63, p < .01$) tra queste due variabili.

Riassumendo, come si può notare facilmente nella Figura 1, si può affermare che, in termini generali, e salvo eccezionalmente nel caso di qualche comunità autonoma, come la Catalogna, dove ci fu un numero molto elevato di contagiati e deceduti (58.699 e 5.584, rispettivamente) e il dispiegamento di risorse straordinarie fu molto scarso (solo 3), si può concludere che il dispiegamento di risorse psicologiche che hanno offerto le comunità autonome spagnole si è adattato alle necessità di malati sorte durante la pandemia.

Dall'altro lato, facendo un'analisi più qualitativa dei dati delle dif-

ferenti comunità e dello stato, emerge che solo la Comunità di Madrid (con quattro risorse) e le Asturie (con una risorsa) offrirono assistenza psicologica esclusiva per gli anziani aggiunta alle due assistenze per anziani che si sono offerte a livello nazionale. È un dato appariscente questa mancanza di risorse per persone anziane nella maggioranza delle regioni, soprattutto tenendo conto che dal principio della pandemia i dati ufficiali hanno posto in rilievo che questo era il gruppo più vulnerabile rispetto all'impatto fisico e alla letalità del virus (Ministero della Sanità, Consumo e Benessere Sociale, 2020), senza menzionare la situazione di solitudine di molte di queste persone anziane allontanate dalle proprie famiglie durante il confinamento. Certamente le risorse per la popolazione generale sono state anche a disposizione delle persone anziane.

In definitiva, si può sottolineare che, oltre a risorse di livello nazionale che offrivano aiuto per i professionisti, e tra i quali i corpi e le forze di sicurezza dello stato, solo Navarra e Canarie posero a disposizione risorse di questo tipo, pur essendoci un gruppo numeroso di professionisti che è stato in prima linea nell'esposizione al contagio, con un problema di mancanza di risorse di protezione e livelli elevati di stress.

Conclusioni generali

Dovuto al tracollo dei servizi sanitari pubblici del paese di fronte alla situazione imprevedibile causata dalla Covid-19 e con il fine di offrire una assistenza psicologica adeguata alla popolazione spagnola, che potesse ridurre le ripercussioni psicologiche, numerose istituzioni, fra le quali gli ordini professionali degli psicologi e le università, hanno offerto i propri servizi attivando dispositivi speciali in modo gratuito per quelle persone che ne hanno avuto necessità durante la pandemia. La maggioranza di questi dispositivi si è mossa in ambiti regionali di attuazione, ma ci sono stati anche dei dispositivi a livello nazionale. Alcuni si sono occupati di collettivi specifici vulnerabili, però in maggioranza sono stati destinati alla popolazione generale. Si può dire che, in generale, le risorse sono state sufficienti alle necessità, in modo che le zone più malate hanno offerto un maggior numero di assistenze anche se ci sono state evidenti eccezioni, come la Catalogna, con molti colpiti e una piccola scorta di risorse.

Un ultimo messaggio che desideriamo porre in evidenza è quello di

vedere l'urgente necessità di rafforzare la presenza della psicologia nei servizi pubblici e specialmente nel Sistema Nazionale di Salute e, in forma più specifica, la necessità di intensificare la presenza della psicologia nelle reti di salute mentale in tutte le comunità autonome, potenziare il ruolo imprescindibile della rete di attenzione alle cure primarie e appoggio alle necessità della popolazione spagnola includendo psicologi, così come garantire la presenza di professionisti della psicologia nelle residenze per anziani e nei servizi sociali e di attenzione alle emergenze.

N.d.R. Consulenza e supervisione linguistica per la traduzione dallo spagnolo all'italiano effettuate dal Prof. José Luis González de Rivera y Revuelta (McMaster University, Hamilton, Canada; Universidad de La Laguna, Canarias; Universidad Autónoma, Madrid).

COVID-19 e telepsicologia

Luigi Di Giuseppe e Giorgia Lauro

Introduzione

COVID-19 è il nome di una malattia respiratoria potenzialmente mortale causata dalla presenza del virus meglio conosciuto come SARS-CoV-2. Tuttavia, COVID-19 non è soltanto il nome di una malattia, ma un nome con cui abbiamo dovuto iniziare a familiarizzare, un nome di cui avere paura, un nome che ha determinato diversi cambiamenti, individuali e collettivi, un nome che ha causato diverse migliaia di morti in tutto il mondo, un nome che ha modificato drasticamente la vita quotidiana e anche il modo di pensarci e di viverci nel mondo.

La data che ha innescato una nuova modalità di vivere è quella del 9 Marzo 2020, giornata in cui il Presidente del Consiglio dei Ministri, Giuseppe Conte, ha informato la nazione delle misure restrittive che sarebbero state adottate e che avrebbero comportato una chiusura quasi totale del paese. Abbiamo perciò imparato a familiarizzare con un altro termine, “Lockdown”, con il quale si designa un protocollo di emergenza che impone restrizioni alla libera circolazione delle persone per diverse ragioni relative alla salute o a questioni di pubblica sicurezza.

Le misure di confinamento e/o di contenimento adottate hanno quindi prodotto una modifica radicale degli stili di vita. Anche la dimensione sociale si è rimpicciolita, assumendo le forme della propria abitazione. Le città hanno assunto caratteristiche singolari e surreali, perché svuotate dallo scorrimento quotidiano. Improvvisamente, ci si è trovati a doversi

confrontare con un silenzio nuovo, determinato non solo dalla presenza di un agente virale sconosciuto, ma anche da un insieme di nuovi significati a cui non si era preparati. Il relegare il proprio vissuto quotidiano alle sole mura domestiche ha pertanto innescato diverse riflessioni che, in senso ampio, coinvolgono i concetti di libertà e di sicurezza. In uno scenario come quello attuale, sono infatti concetti che andranno ridefiniti, in quanto la sicurezza si è fatta precaria e la libertà sembra essere quasi scomparsa.

Il silenzio è divenuto anche caratteristica di alcuni reparti ospedalieri, come quelli della terapia intensiva, un silenzio però carico di forti vissuti emotivi perché correlato alle dimensioni della vita e della morte. I medici in prima linea, oltre a turni estenuanti si sono trovati a gestire situazioni emotive altamente stressanti, in cui la tempestività, il processo decisionale e le competenze possedute non sempre sono bastate per salvare delle vite. Reparti blindati in cui è vietato l'ingresso ai familiari ed in cui i medici si sono assunti spesso l'onere di consentire un ultimo saluto tra il paziente ed i propri cari avvalendosi di strumenti tecnologici. La comunicazione nei reparti COVID è andata trasformandosi radicalmente, in quanto la presenza di dispositivi di protezione individuali (DPI) composti da camici, mascherine, guanti e visiere hanno annullato quella dimensione di risonanza empatica che spesso si stabilisce in situazioni gravi come quelle di pazienti che si trovano nei reparti di terapia intensiva. Lo sguardo e gli occhi sono pertanto divenuti l'unico canale attraverso cui comunicare vicinanza al malato.

Anche le stanze degli psicologi e degli psicoterapeuti sono andate modificandosi, perché a fare irruzione vi è stata la paura del contagio, la paura di infettarsi e di poter infettare, l'ansia di non sapere cosa fare e come comportarsi, l'angoscia della morte improvvisa, la rabbia di sentirsi imprigionati, la tristezza di un isolamento non scelto. È in questo scenario, poliedrico e complesso, che la psicologia italiana ha quindi dovuto muoversi, nel tentativo di effettuare riflessioni atte a comprendere come potersi modulare per offrire il proprio contributo in modo tempestivo e lo ha fatto avvalendosi degli strumenti tecnologici. Da questa breve introduzione verranno quindi ora presentati alcuni costrutti relativi alle modalità con cui la psicologia può operare online.

La telepsicologia

Le Linee Guida dell'American Psychological Association (2002a; 2002b) forniscono una cornice etica e teorica per comprendere quelle aree in via di sviluppo relative all'erogazione di servizi psicologici a distanza. A tal proposito, la telepsicologia è definita come la fornitura di servizi psicologici che sfruttano tecnologie di telecomunicazione. Le telecomunicazioni riguardano la preparazione, trasmissione, comunicazione o relativo trattamento delle informazioni con mezzi elettrici, elettromagnetici, elettromeccanici, elettro-ottici o elettronici (Committee on National Security Systems, 2010).

A titolo esemplificativo, il telefono, i dispositivi mobili, la videoconferenza interattiva, l'e-mail, la chat, la messaggistica istantanea e internet – ad esempio, siti web, blog e social media – rappresentano tecnologie di telecomunicazione. Tecnologie diverse possono essere utilizzate in diverse combinazioni e per scopi diversi durante la fornitura di servizi di telepsicologia.

Indipendentemente dall'obiettivo, la categoria professionale deve sforzarsi di essere consapevole dei potenziali benefici e limiti nelle loro scelte di servizi tecnologici per particolari clienti in particolari situazioni.

La presenza delle linee guida ha quindi lo scopo di facilitare il continuo sviluppo sistemico della professione contribuendo così a garantire un alto livello di pratica professionale da parte della categoria.

“Vengono create linee guida per educare e informare la pratica psicologica. Hanno anche lo scopo di stimolare il dibattito e la ricerca. Le linee guida non devono essere promulgate come mezzo per stabilire l'identità di un particolare gruppo o area specialistica della psicologia; allo stesso modo, non devono essere create allo scopo di escludere qualsiasi psicologo dalla pratica in una particolare area” (APA, 2002b, p.1048).

“Le linee guida non sono intese come obbligatorie o esaustive e potrebbero non essere applicabili ad ogni situazione professionale o clinica. Non sono definitive e non intendono avere la precedenza sul giudizio degli psicologi” (APA, 2002b, p.1050).

Ciò che è doveroso precisare è che gli psicologi che forniscono servizi di telepsicologia devono adottare misure ragionevoli atte a garantire la propria competenza con le tecnologie utilizzate ed il potenziale impatto delle tecnologie sui clienti/pazienti. Secondo le definizioni fornite dalla

Task Force della Telepsicologia dell'APA, il termine "*Cliente/paziente*" indica il destinatario del servizio psicologico, indipendentemente dal fatto che tale servizio sia erogato nell'ambito dei servizi sanitari, aziendali, di supervisione e/o di consulenza. Poiché, al momento attuale, non esistono ancora degli standard generalmente riconosciuti per la formazione in materia di telepsicologia, gli psicologi e/o psicoterapeuti che ricorrono ad essa nella loro pratica, si assumono la responsabilità di valutare continuamente le loro competenze, formazione, consulenza, esperienza e pratica di gestione dei rischi correlate alla pratica.

Nel panorama italiano, la Commissione Atti Tipici, Osservatorio e Tutela della Professione, insieme al Consiglio Nazionale dell'Ordine degli Psicologi (CNOP) ha istituito con delibera n.23 nella seduta del 05 Settembre 2014 del Consiglio Nazionale, il Documento intitolato "*Digitalizzazione della professione e dell'intervento psicologico mediato dal Web*". L'obiettivo del documento è stato quello di individuare l'insieme di azioni specifiche volte a sviluppare e promuovere la professione da una parte, e sensibilizzare e tutelare l'utenza dall'altro. A questo si è affiancata anche l'esigenza di illustrare le possibili implicazioni che la tecnologia può determinare nell'agire professionale dello psicologo, al fine di comprendere le sue risorse ed i possibili sviluppi.

Le suddette Linee Guida (CNOP, 2017) hanno avuto inoltre il merito di tracciare i sette domini etici che regolano l'agire professionale tramite servizi tecnologici. Per un approfondimento di quanto esposto sino ad ora si invita il lettore a consultare il Documento ufficiale presente sul sito del CNOP nella sezione "Linee Guida" e avente titolo "*Digitalizzazione della professione e dell'intervento psicologico mediato dal web*".

Telemedicina e telepsichiatria

Accanto alla telepsicologia, nel contesto della salute mentale, una delle più antiche applicazioni della telemedicina è la telepsichiatria. Utilizzata inizialmente, negli anni '50, per scopi educativi e medici, successivamente i servizi di videconferenza divennero utili per condurre psicoterapie di gruppo (Wittson et al., 1961), per poi adattarsi anche a realtà cliniche differenti come quella evolutiva che coinvolgeva bambini e adolescenti (Straker et al., 1976). La telepsichiatria rappresenta ad oggi una delle

forme di telemedicina più praticata al mondo. Dal punto di vista terminologico, non vi sono delle definizioni universalmente concordate per descrivere la telepsichiatria, in quanto diversi concetti tendono a sovrapporsi e sono stati spesso utilizzati per riferirsi all'intero spettro di servizi che vengono erogati a distanza. Pertanto, diversi studiosi hanno tentato di fornire definizioni più chiare rispetto a quattro termini principali: telepsichiatria, assistenza sanitaria telementale, salute telementale e salute mentale. Tre di questi termini presentano il prefisso “tele”, il cui significato è appunto quello di intendere un servizio “a distanza”. In letteratura, il termine utilizzato per descrivere questa particolare forma di erogazione di servizi è telepsichiatria (Hilty et al., 2004). Deriva dalla definizione di telemedicina ed è un termine specifico atto a designare le applicazioni psichiatriche della telemedicina.

La National Library of Medicine definisce la telemedicina come “*l'uso della comunicazione elettronica e delle tecnologie di informazione per fornire o supportare l'assistenza clinica a distanza*” (American Psychiatric Association, 1998). A sua volta, la telepsichiatria è stata definita come “*l'uso della comunicazione elettronica e delle tecnologie dell'informazione per fornire o supportare l'assistenza psichiatrica clinica a distanza*” (Tracy, 2004).

Il termine di teleassistenza è invece utilizzato per riferirsi all'offerta di assistenza sanitaria personalizzata a distanza. Pertanto, la teleassistenza indica la fornitura remota a persone nelle loro case o ambienti della comunità, mediante servizi di telecomunicazione e computerizzati. Questa è stata storicamente associata all'assistenza sociale, in quanto distinta dalla telemedicina o dalla telepsichiatria, che riguarda maggiormente l'assistenza medica. La teleassistenza è, pertanto, un servizio di assistenza sociale erogato a domicilio tramite dispositivi medici informatici connessi in remoto (McLean et al., 2013).

Infine, il termine salute telementale è un concetto più ampio, che comprende tutte le applicazioni ed erogazioni di servizi nel contesto della salute mentale tra cui la telepsichiatria e l'assistenza sanitaria telementale. Questa incorpora la fornitura di una varietà di servizi di salute mentale che coinvolge una gamma più ampia di professionisti e si riferisce a tutte le forme di tecnologia utilizzate nella pratica della salute mentale a distanza. Tale tecnologia può essere sincrona (in tempo reale), come nei sistemi di videoconferenza o telefonici, oppure asincrona, come per la posta elettronica, e altri metodi di memorizzazione e inoltro. Infine, la salute

telementale comprende diverse tipologie di servizi comprese le cure sia preventive che curative, servizi educativi e amministrativi (American Telemedicine Association). Le premesse teoriche che sono state fornite fin qui potranno quindi aiutarci a comprendere meglio il panorama internazionale nel quale ci troviamo ad operare. A tal proposito, nel procedere di tale dissertazione, si cercherà di delineare lo scenario pandemico a livello internazionale e le sue ripercussioni nel contesto della salute mentale.

Coronavirus: la situazione internazionale

L'Organizzazione Mondiale della Sanità ha dichiarato lo stato di pandemia in data 11 marzo 2020, constatando che il numero di casi confermati di COVID-19 al di fuori della nazione cinese era aumentato di 13 volte e che il numero di paesi colpiti si era triplicato. Nel panorama scientifico si effettua una distinzione terminologica tra epidemia e pandemia. Porta (2014) definisce l'epidemia come *“il verificarsi di casi di malattia in una comunità o regione in modalità chiaramente superiori alle normali aspettative”*. Una pandemia è invece definita come *“un'epidemia che si verifica su un'area molto ampia, attraversando i confini internazionali e di solito colpisce un gran numero di persone”* (ibidem). Le pandemie vengono quindi identificate a partire dalla loro distribuzione e diffusione geografica, piuttosto che dalla gravità della malattia. A tal proposito, l'Organizzazione Mondiale della Sanità definisce l'influenza pandemica come *“quel nuovo virus influenzale che si diffonde in tutto il mondo e per il quale, la maggior parte delle persone non presenta un'immunità”* (OMS, 2010).

Pertanto, poiché la definizione di pandemia dipende dalle sue caratteristiche geografiche, è bene fornire una panoramica di quella che è l'attuale situazione internazionale. Seguendo i dati recenti (10 settembre 2020) a livello globale, l'OMS/WHO segnala più di 27 milioni di casi di contagio e circa 900.000 decessi. Nonostante che il virus causante l'infezione respiratoria sia stato rilevato in Cina per la prima volta alla fine del 2019, ad oggi gli Stati Uniti presentano il maggior numero di casi. Nel contesto Europeo, la Francia, l'Italia, la Spagna ed il Regno Unito rappresentano i paesi più colpiti. Anche altri paesi, soprattutto quelli dell'America Latina, sono stati grandemente colpiti dal virus e la preoccupazione principale in Stati in cui le economie sono già in difficoltà riguarda le conseguenze che

il coronavirus potrebbe avere sui sistemi sanitari.

Ciò che ai fini del presente paragrafo è bene comprendere riguarda le conseguenze che una pandemia produce su tre diversi domini: salute, economia e società. Per ciò che concerne la salute, la presenza di una pandemia può produrre impatti diretti catastrofici nella sfera della salute, sia essa fisica che mentale, in quanto un nuovo virus influenzale può colpire in modo sproporzionato segmenti diversi della popolazione. D'altro canto, una pandemia può produrre anche effetti indiretti sulla salute aumentando la morbilità e la mortalità. Tra i fattori che la letteratura scientifica mette in evidenza come determinanti di conseguenze sulla salute vi sono la diversione o l'esaurimento della risorse sanitarie atte a fornire cure, un minore accesso al sistema sanitario, presenza di paura e altri fattori. La presenza della paura può determinare un'impennata del contagio nel tentativo di trovare cure non necessarie che vanno a gravare ulteriormente sul sistema sanitario (Falcone e Detty, 2015).

Dal punto di vista economico, le pandemie possono invece determinare un collasso del sistema fiscale provocando danni a lungo termine nella crescita economica. Gli sforzi che vengono compiuti nel tentativo di contenere o limitare i focolai comportano infatti costi significativi per le risorse umane ed il personale (Achonu et al., 2005). La gestione di una pandemia può richiedere la costruzione di nuove strutture per i potenziali nuovi casi infetti e, allo stesso tempo, una maggiore richiesta di materiale sanitario – forniture mediche, dispositivi di protezione individuale e farmaci – che aumentano le spese del sistema sanitario. Il danno indiretto all'economia e alla crescita risulta quindi evidente e tra le conseguenze si registra una riduzione della forza lavoro causata dalla malattia e dalla mortalità, nonché l'insieme di tutti quei cambiamenti comportamentali indotti dalla paura: paura di incontrare persone potenzialmente infette ed infettarsi, paura di utilizzare mezzi pubblici, paura di recarsi sul luogo di lavoro e così via.

Rispetto alla componente sociale, Price-Smith (2009) ha evidenziato come la presenza e dichiarazione dello stato di pandemia può produrre conseguenze sociali e politiche significative, ampliando tensioni politiche esistenti e scatenando disordini sociali, in particolare in stati fragili e con un tasso di degrado urbano maggiore.

Considerato pertanto lo scenario internazionale nel quale ci si trova ad operare e le conseguenze che la presenza di una pandemia è in grado

di scatenare, ora l'attenzione si sposterà su ciò che il COVID-19 ha prodotto in termini di salute mentale.

La quarantena ed i suoi effetti psicologici

Le pandemie non rappresentano solo un fenomeno medico, in quanto l'adozione di misure restrittive volte al contenimento dei contagi, produce un'influenza diretta sugli individui e la società a molti livelli. Oltre agli aspetti propriamente clinici della sofferenza fisica, la letteratura ha messo in evidenza come individui con diagnosi sospetta o confermata di COVID-19 soffrano di una forte compromissione psicologica, a causa delle gravi conseguenze della malattia e del contagio (Xiang et al., 2020). La presenza di solitudine, rifiuto, ansia, depressione, insonnia e disperazione rappresentano alcune delle reazioni comuni di fronte alla percezione del rischio di contrarre il virus. Alcuni soggetti possono anche presentare un aumentato rischio di aggressività e suicidio. Nei soggetti che sono stati posti in isolamento, la presenza di ansia determinata dalle poche certezze sul proprio stato di salute ha inoltre determinato lo sviluppo di sintomatologie ossessive-compulsive attraverso, ad esempio, un ripetuto controllo della temperatura e attività legate all'igiene delle mani, dei vestiti, del cibo e via dicendo. Allo stesso modo, nel contesto sociale, l'imposizione di misure restrittive drastiche come la quarantena, abbinata ad eventuali politiche di tracciabilità potrebbero innescare rifiuto sociale, rivolte civili, discriminazione e stigmatizzazione (Brooks et al., 2020).

Anche il personale medico non è esente da ripercussioni psicologiche. L'essere a contatto con pazienti infetti, il carico di lavoro eccessivo, l'isolamento e la discriminazione rappresentano dimensioni psicologiche spesso segnalate che si pongono come fattori predittivi di esaurimento fisico, paura, stress post-traumatico, problemi di sonno e disturbi emotivi (Liu et al., 2020).

Tuttavia, se appare abbastanza comprensibile la presenza di disagio psicologico in soggetti con diagnosi sospetta o confermata, così come negli operatori in prima linea, allo stesso modo, il restante tessuto sociale, sottoposto alle misure di quarantena, non è esente da ripercussioni psicologiche. In una recente revisione della letteratura, condotta da Brooks e colleghi (2020), e pubblicata sulla rivista *The Lancet* vengono infatti

delineati gli effetti psicologici della quarantena. Innanzitutto, ai fini di una migliore comprensione dell'argomento che si sta trattando è bene operare una distinzione tra i concetti di quarantena e isolamento. Nel primo caso, si fa riferimento alla separazione e/o restrizione del libero movimento delle persone potenzialmente esposte ad una malattia contagiosa, al fine di ridurre il rischio di contrarre il virus o infettare altre persone. L'isolamento viene invece inteso come la separazione di quelle persone cui è stata diagnosticata una malattia contagiosa da altri soggetti che risultano invece sani.

Sulla base della revisione compiuta dagli autori su circa 24 articoli inerenti altri scenari pandemici che si sono succeduti nel corso della storia (ebola, SARS, H1N1), sono stati confrontati i risultati psicologici di soggetti posti in quarantena rispetto a coloro che non avevano vissuto una situazione simile. Per ciò che concerne il personale medico posto in quarantena sono stati segnalati esaurimento, irritabilità, insonnia, ansia, scarsa concentrazione, diminuzione delle prestazioni lavorative e riluttanza a lavorare (Taylor et al., 2008). In un altro studio, l'effetto della quarantena produceva sintomi da stress post-traumatico nel personale medico anche a distanza di anni dall'evento vissuto. In linea generale i ricercatori sostengono che la quarantena può determinare l'insorgenza di disturbi emotivi, depressione, stress, irritabilità, insonnia, rabbia, esaurimento emotivo e sintomi da stress post-traumatico.

La presenza di un disagio psicologico in situazioni di questo tipo è dovuto alla presenza di diversi fattori di stress. È bene ricordare che la presenza di una minaccia, conosciuta o meno, attiva risposte fisiologiche e psicologiche diverse. L'aumento dei livelli di ansia può infatti essere riconducibile anche alle modalità con cui l'amigdala elabora risposte correlate alla novità e alla paura. Le emozioni predominanti durante una pandemia sono infatti spesso quelle di paura e rabbia. La paura è un meccanismo adattivo di difesa fondamentale per la sopravvivenza e coinvolge diversi processi biologici che preparano il soggetto a rispondere a eventi potenzialmente dannosi. Tuttavia, quando la risposta è sproporzionata o cronica, può divenire disfunzionale. Secondo Shigemura e colleghi (2020), durante una pandemia, l'aumento della percezione del rischio annesso alla paura determina un aumento dei livelli di ansia e stress negli individui sani, e intensifica i sintomi di quelli con condizioni psichiatriche preesistenti. A questo si aggiunge la constatazione che durante eventi

epidemici e pandemici, il numero di persone con compromissione della salute mentale tende ad essere maggiore rispetto al numero di persone colpite direttamente dall'infezione.

COVID-19 e conseguenze psicopatologiche

La pandemia attuale legata al COVID-19 oltre a richiamare vissuti simbolici profondi come quello della morte, produce ripercussioni in altre sfere sociali: la famiglia ha dovuto riorganizzarsi all'interno delle proprie mura domestiche, la dimensione scolastica ha assunto le vesti delle classi virtuali, i luoghi pubblici appaiono deserti, l'isolamento psichico e sociale ha portato a sentimenti di chiusura, impotenza e abbandono. A questo si va ad aggiungere anche l'insicurezza economica a causa delle gravi ripercussioni che una pandemia può innescare nel momento in cui la nazione è blindata in casa. Seguendo uno studio cinese (Wang et al., 2020) sulle misure diagnostiche di monitoraggio e contenimento per il COVID-19, nonché sulle implicazioni psicopatologiche legate alla malattia, è emerso che circa la metà degli intervistati ha classificato l'impatto psicologico della pandemia da moderato a grave e circa un terzo ha riferito livelli di ansia da moderato a grave. L'attenzione alla salute pubblica è quindi imprescindibile, se si considera che tali condizioni possono evolversi in disturbi clinici quali disturbo depressivo maggiore, disturbo d'ansia generalizzato, disturbo da attacchi di panico, disturbo da stress post-traumatico, fino a configurare quadri clinici psicotici e ideazione suicidaria (Xiang et al., 2020).

Le ripercussioni psicologiche sono quindi esacerbate da tutti quei fattori di stress correlati, da una parte, alla presenza di una minaccia nuova e sconosciuta, e dall'altra alla quarantena. Rispetto a quest'ultima, diverse ricerche hanno evidenziato come i soggetti sviluppano una paura del contagio, iniziando a manifestare preoccupazione costante di fronte a sintomi fisici correlati all'infezione. Anche la frustrazione e la noia svolgono un ruolo importante, in quanto l'assenza di contatto sociale e fisico con gli altri, l'isolamento, la perdita delle proprie routine quotidiane generano un senso di distacco dal resto del mondo. Rispetto alle politiche governative, la preoccupazione può anche aumentare nel momento in cui le forniture sanitarie non si rendono disponibili, come ad esempio nel caso

di mascherine, gel disinfettanti, guanti protettivi e via dicendo. Anche il ruolo dei mass media non è da sottovalutare, in quanto spesso ci si è dovuti confrontare con le cosiddette Fake news o teorie prive di fondamenti scientifici quali bioterrorismo o sintomatologie legate alla presenza delle antenne 5G. Su alcune piattaforme e-commerce come Amazon sono state segnalate migliaia di inserzioni che promuovevano false cure per il COVID-19, così come vendita di gel disinfettanti e mascherine a prezzi esorbitanti. Rispetto all'inadeguatezza delle informazioni, diversi partecipanti hanno riportato come fattori di stress le scarse o ambigue informazioni da parte delle autorità sanitarie, evidenziando la presenza di linee guida poco chiare rispetto alle azioni da intraprendere, nonché un clima di confusione generale (Galeo et al., 2018). Ci si è inoltre dovuti confrontare con etichette stigmatizzanti in quanto inizialmente, prima della denominazione ufficiale del virus, questo portava il nome di "*virus di Wubhan*", divenendo uno dei maggiori hashtag di tendenza su Twitter. Seguendo i costrutti della psicologia cognitiva e sociale sappiamo che formulazioni di questo tipo generano processi stigmatizzanti nei confronti di soggetti appartenenti ad una specifica etnia, alimentando automaticamente processi di paura e xenofobia.

Ciò che va inoltre preso in considerazione sono gli effetti post-quarantena segnalati dalla letteratura. Primariamente le perdite finanziarie dovute all'impossibilità di lavorare o ad una sospensione della propria attività lavorativa producono effetti a lungo termine, con disagio socio-economico che si pone come fattore di rischio per sintomatologie psicologiche, nonché presenza di incertezza e ansia per il futuro. Un altro effetto del post-quarantena di cui si sta discutendo negli ultimi giorni riguarda la cosiddetta "*sindrome della capanna*" o "*sindrome del prigioniero*", una condizione in cui, dopo un evento stressante, le persone hanno timore di tornare ad una semi-normalità. La casa prima vista come prigione viene oggi percepita come rifugio, ambiente che ci tiene lontani e al sicuro dal virus. In poche parole ci siamo adattati al confinamento e ora abbandonarlo richiede sforzi nuovi che mai avremmo potuto immaginare. La spiegazione a questa particolare e nuova forma di resistenza dipende dal fatto che si è attraversato un evento stressante che ha modificato non solo le abitudini quotidiane, ma che ha anche modellato la percezione che abbiamo del mondo e del modo di comportarci in esso. Si può dunque concludere che la quarantena ha un effetto psicologico negativo sui diversi sistemi che

costituiscono la nostra struttura individuale e sociale: a partire dalla popolazione psichiatrica che necessita di un sostegno maggiore, a coloro che sono riusciti a guarire dal virus, a coloro che non hanno potuto salutare i propri cari quando il virus ha deciso di portarli via, ai medici in prima linea che hanno subito uno stress emotivo il cui impatto potremo valutare solo in una fase successiva, a coloro che ancora aspettano di sapere come poter organizzare la ripresa della propria attività lavorativa, fino a coloro che sono stati confinati nelle mura domestiche senza possibilità di scelta. Pertanto, per quanto necessaria, la quarantena priva le persone della loro libertà e deve essere gestita con cura. Tuttavia, alla luce della situazione attuale in cui i tassi di ansia, stress e depressione sono aumentati enormemente, si cercherà ora di comprendere in che modo può intervenire la psicologia avvalendosi dei canali tecnologici.

Il ruolo della psicologia online ai tempi del COVID-19

Come si è potuto constatare nel paragrafo precedente, la pandemia da Coronavirus ha determinato forti ripercussioni sui diversi sistemi sociali. Le questioni principali su cui la politica italiana sta soffermando la sua attenzione riguardano le misure urgenti di contenimento del virus, il trattamento dei pazienti e lo sviluppo del vaccino. Tuttavia, ciò a cui si è data poca rilevanza fino a poco tempo fa riguarda gli effetti a lungo termine sulla salute mentale che, al momento attuale, si presenta fortemente destabilizzata a livello globale.

A tal proposito, l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS, 2020) ha affermato che *“il principale impatto psicologico registrato fino ad oggi riguarda l'elevato tasso di stress o ansia”*, aggiungendo che *“l'introduzione di nuove misure, come la quarantena, i cui effetti modificano le normali attività, routine o mezzi di sostegno, aumentano anche i livelli di solitudine, depressione, consumo di droghe e alcool, autolesionismo o comportamento suicidario”*.

Come già evidenziato da alcuni ricercatori (Shigemura et al., 2020) le conseguenze legate alla pandemia da coronavirus includeranno presenza di paura ed incertezza, comportamenti sociali negativi guidati da percezioni distorte del rischio, reazioni legate allo stress come insonnia e rabbia, e comportamenti a rischio per la salute come uso di alcool, isola-

mento sociale e via dicendo.

Alla luce delle ricerche scientifiche che hanno analizzato l'impatto delle pandemie virali del passato sulla salute mentale, così come quelle più recenti pubblicate sulla relazione specifica tra salute mentale e COVID-19, si è reso necessario intraprendere azioni immediate per ridurre al minimo le conseguenze psicopatologiche nel mondo.

Efficacia ed efficienza della telepsicologia

Le forti limitazioni introdotte dalla quarantena hanno modificato drasticamente le modalità di presa in carico dei pazienti, così come il proseguimento delle psicoterapie o percorsi psicologici di sostegno già in atto. Nonostante nel panorama italiano vi sia ancora una forte resistenza all'idea di effettuare percorsi psicologici e/o psicoterapeutici usufruendo dei canali digitali e di telecomunicazione, la letteratura scientifica ha fornito diverse prove rispetto ai costrutti di efficacia e di efficienza della telepsicologia e della telepsichiatria.

Ad esempio, Kramer e colleghi (2010) riferiscono come la telepsicologia produca risultati di successo nel fornire interventi comportamentali, valutazioni psicologiche, formazione di abilità sociali, gestione e trattamento di soggetti con disturbi del pensiero. Altri autori (Shingleton et al., 2013; Hailey et al., 2008) hanno anche evidenziato che i servizi di telepsicologia, con alcune popolazioni di pazienti, si rivelano più efficaci dei tradizionali servizi vis-à-vis. A tal proposito, i ricercatori ritengono che la conduzione di un percorso psicologico e/o psicoterapeutico attraverso l'uso di strumenti tecnologici non compromette la capacità dello psicologo e/o psicoterapeuta di strutturare e costruire l'alleanza terapeutica e l'aderenza al trattamento. Questo può quindi corroborare la tesi che l'utilizzo della telepsicologia non comprometta gli aspetti relazionali che caratterizzano il rapporto terapeutico.

L'efficacia della telepsicologia è stata anche indagata rispetto alle procedure di valutazione diagnostica, meglio conosciute con il termine di "assessment". Le ricerche in questo campo (Reese et al., 2015; Avey e Hobbs, 2013; Glynn et al., 2020) rivelano che i processi di screening mediante interviste, questionari e self-report, completati tramite tecnologie di telemedicina consentono agli psicologi di rilevare la stessa quantità

di informazioni sui sintomi del cliente allo stesso modo delle interviste condotte di persona. In aggiunta, gli autori hanno anche evidenziato i livelli elevati di soddisfazione da parte dei clienti rispetto ai servizi forniti. Questo si può quindi tradurre nella possibilità di valutare il potenziale positivo della telepsicologia capace di strutturare un percorso relazionale di qualità con tutti quei clienti che, in questo preciso momento storico, non hanno la possibilità di recarsi presso gli studi professionali.

Allo stesso modo, un'altra parte della ricerca nel settore (Reese et al., 2016; Hailey et al., 2008) ritiene che gli studi condotti presentavano campioni di dimensioni estremamente ridotte o popolazioni cliniche con caratteristiche peculiari, rendendo così difficile l'applicazione dei risultati alla popolazione generale. Ciò che sarebbe auspicabile è quindi la conduzione di valutazioni approfondite dei programmi di telepsicologia offerti dalle diverse istituzioni, al fine di permettere alla comunità scientifica di comprendere meglio quali sistemi implementare per fornire un servizio di successo.

La “mTherapy”

Nell'ampio contesto della telepsicologia si parla anche di “mTherapy” per intendere l'utilizzo di dispositivi di telefonia mobile, smartphone o applicazioni mobili, meglio conosciute come “app” nella fornitura di servizi di salute mentale. Attualmente, i due colossi della telecomunicazione – Apple e Google – mettono a disposizione della clientela più di 3.000 applicazioni per la salute mentale (Chan et al., 2014) che offrono diverse tipologie di servizi: assistenza per la diagnosi (Deslich et al., 2013), auto-monitoraggio (Donker et al., 2013), monitoraggio e documentazione dei sintomi (Depp et al., 2010), aderenza alla terapia tradizionale, promemoria per le mansioni psicoterapeutiche e per gli appuntamenti (ibidem). Secondo diversi studi condotti su popolazioni cliniche con specifiche problematiche quali stress e depressione, l'utilizzo di applicazioni mobili di auto-monitoraggio risultava associato ad una maggiore “autocoscienza emotiva”, ad una riduzione dei sintomi depressivi ed un miglioramento generale del quadro sintomatologico (Kauer et al., 2012). Un'altra area di studio interessante nel contesto dell'mTherapy riguarda l'utilizzo dei messaggi di testo o SMS, al fine di rendere immediata la co-

municazione con il paziente, fungendo da promemoria per gli obiettivi di salute, gli appuntamenti e le mansioni da svolgere a casa (Klasnja & Pratt, 2012). Gli studi condotti in questo settore hanno coinvolto popolazioni di pazienti con psicopatologie quali depressione maggiore e disturbi psicotici, delineando risultati positivi a favore della messaggistica rispetto alle comuni liste di attesa che spesso gli utenti devono rispettare per poter svolgere un colloquio clinico in ambito pubblico. Ciò che quindi risulta evidente è che l'utilizzo dei dispositivi tecnologici può risultare efficace nella gestione, prosecuzione e/o abbinamento alle forme di terapia psicologica e psicoterapeutica professionale.

Servizi sanitari online: uno sguardo internazionale

Le suddette premesse si sono rese indispensabili per comprendere come e perché le organizzazioni di tutto il mondo, nella fase storica delicata che ci troviamo a vivere, stiano investendo molte risorse nel settore della telemedicina, della telepsichiatria e della telepsicologia per la gestione dell'emergenza globale da COVID-19, nel tentativo di ridurre il volume dei pazienti che afferiscono ai dipartimenti sanitari, mantenere bassa la diffusione del virus e, contestualmente, prendersi cura della salute mentale fortemente destabilizzata per i diversi scenari che la pandemia ha delineato. Per esemplificare quanto esposto, ad esempio il Dipartimento della Salute Australiano (Australian Department of Health, 2020) ha implementato la fornitura di servizi di telemedicina incoraggiando la cittadinanza ad usufruire di servizi sanitari da remoto per ridurre il rischio di esposizione al COVID-19. Anche nel Regno Unito i servizi di consulenza online sono stati designati in aree specifiche per evitare l'affluenza dell'utenza presso i servizi di medicina generale. In diverse parti del mondo i servizi di telemedicina si stanno avvalendo di applicazioni mobili al fine di identificare e tracciare sotto-categorie e aree infette. Il governo brasiliano, per esempio, sta utilizzando l'app "*Coronavirus SUS*" che serve non solo a tracciare una probabile infezione, ma eventualmente anche ad indirizzare i pazienti alla struttura sanitaria più vicina, migliorando l'efficienza e l'efficacia ed evitando lo spostamento e l'affollamento dei pronto soccorsi (Ministry of Healthcare, 2020). Iniziative simili sono state intraprese anche negli Stati Uniti, le quali sono ancora in fase di studio.

Allo stesso modo, il King's College di Londra del Regno Unito ha sviluppato l'applicazione "*C-19 COVID Symptom Tracker 2020*" che consente alla popolazione di auto-monitorare le proprie condizioni di salute e di raccogliere informazioni generali quali età, genere, posizione geografica e condizioni mediche esistenti. Le ulteriori misure preventive messe in campo riguardano i servizi di telepsicologia perché, come precisato nei paragrafi precedenti, gli effetti della quarantena, le interazioni sociali limitate e l'isolamento producono effetti psicopatologici quali ansia, stress e depressione. In questa specifica area, il governo australiano, ad esempio, sta promuovendo un supporto professionale dedicato alla salute mentale grazie all'uso di piattaforme digitali e videoconferenze (Australian Department of Health, 2020). Anche negli Stati Uniti, secondo quanto riportato dall'American Psychological Association (APA, 2020), diverse sono le strutture che stanno implementando servizi di telepsicologia per le diverse popolazioni di pazienti. A titolo esemplificativo la National Alliance on Mental Illness (NAMI) offre servizi telefonici gratuiti con specialisti qualificati in grado di fornire informazioni, risorse e riferimenti a coloro che necessitano di supporto per la salute mentale. Anche la U.S. Centers for Disease Control and Prevention, agenzia governativa in prima linea nel trattamento del COVID-19, fornisce informazioni scientifiche sul virus e suggerimenti su come evitare l'infezione, offrendo anche risorse agli utenti per aiutarli a gestire gli effetti della pandemia sulla salute mentale (APA, 2020).

La telepsicologia nel contesto italiano

Nel panorama italiano diverse sono state le iniziative intraprese a livello nazionale e regionale. Le reazioni di ansia e stress dovute alla pandemia da Coronavirus hanno spinto il Ministero della Salute, in collaborazione con il Consiglio Nazionale dell'Ordine degli Psicologi, a promuovere e divulgare le iniziative attive sul territorio al fine di consentire agli utenti di poter effettuare consulenze gratuite con i professionisti.

A livello nazionale, il CNOP ha lanciato un "numero verde" nazionale al fine di prevenire il disagio psicosociale e fornire un supporto psicologico alla popolazione. Sono stati strutturati due livelli di intervento: il primo, di ascolto telefonico, viene svolto da associazioni nazionali accre-

ditate dalla Protezione Civile; qualora si renda necessario un approfondimento ed un percorso prolungato nel tempo si passa al secondo livello, nel quale le chiamate vengono indirizzate sia ai servizi sanitari nazionali che ad alcune società scientifiche di ambito psicologico. Dal punto di vista delle singole Regioni, queste ultime hanno introdotto diversi servizi di supporto psicologico, offrendo in alcuni casi un elenco online di professionisti che offrono assistenza psicologica gratuita, come ad esempio in Abruzzo. In altre realtà, come l'Emilia-Romagna, la Sipem-Sos in accordo con la Società italiana di psicologia dell'emergenza e l'Ausl di Parma, offrono un servizio di supporto psicologico telefonico rivolto a coppie, genitori, famiglie che stanno vivendo un lutto e via dicendo. Oltre all'assistenza telefonica, altre organizzazioni, come ONLUS, Cooperative e Scuole di Psicoterapia hanno cercato di promuovere anche un supporto psicologico online avvalendosi dei canali di videoconferenza. Verranno presentate solo alcune iniziative rispetto alla moltitudine dei servizi implementati sino ad oggi. Psichehelp Onlus, sita in Francavilla al Mare, ad esempio ha implementato un servizio di consulenza psicologica gratuita in video, mettendo a disposizione un team di psicologi e psicoterapeuti. In Toscana, l'associazione Punto Blu, ha implementato un servizio online gratuito per il contenimento delle sindromi da ansia e panico legate alla diffusione di notizie allarmanti dell'epidemia di Coronavirus, usufruendo di piattaforme di videoconferenza come Skype o Facebook Messenger. Nel Lazio, l'istituto Dedalus offre 3 incontri gratuiti in videochiamata, mettendo a disposizione dell'utenza un'équipe di psicologi.

Conclusioni

Alla luce di quanto esposto, al momento attuale, non siamo in grado di comprendere o delineare risultati esaustivi che possano confermare l'efficacia dei servizi di telepsicologia attivati per la gestione dell'emergenza COVID-19. Il mondo accademico di cui facciamo parte ci insegna quanto bisogna essere cauti nel giungere a conclusioni affrettate. Se da una parte è necessario condurre studi che producano risultati scientificamente validi allo stesso tempo ciò che forse ad oggi si rende urgente e necessario è una risposta ai bisogni emergenti. Il canale virtuale per quanto spesso limitante in quanto scevro di alcune dimensioni comunicative

e del linguaggio corporeo, è quello che in questo momento ci può però permettere di continuare a promuovere la dimensione della cura, della parola, della relazione, del prevenire l'aggravarsi di quadri psicopatologici pre-esistenti, così come di fornire una prima risposta e sostegno a chi ne senta il bisogno. La dimensione virtuale può quindi divenire spazio terapeutico e luogo della cura, zona intermedia tra sé e l'altro in cui la relazione continua a nutrirsi di risonanze empatiche, ossia uno spazio che potrà dar vita ad un nuovo incontro dei mondi intrapsichici.

Bibliografia

- American Psychological Association (2002a). Ethical principles of psychologists and code of conduct. *American Psychologist*, 57, 1060-1073. [doi:10.1037/0003-066X.57.12.1060](https://doi.org/10.1037/0003-066X.57.12.1060)
- American Psychological Association (2002b). Criteria for practice guideline development and evaluation. *American Psychologist*, 57, 1048-1051. [doi:10.1037/0003-066X.57.12.1048](https://doi.org/10.1037/0003-066X.57.12.1048)
- Brooks, S. K., Webster, R. K., Smith, L. E., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N., et al. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *The Lancet*, 395, 912-920. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30460-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30460-8)
- Caleo, G., Duncombe, J., Jephcott, F., Lokuge, K., Mills, C., Looijen, E., Theoharaki, F., et al. (2018). The factors affecting household transmission dynamics and community compliance with Ebola control measures: a mixed-methods study in a rural village in Sierra Leone, *BMC Public Health*, 18, 248.
- Chan, S., Torous, J., Hinton, L., et al. (2014). Mobile telemental health: increasing applications and a move to hybrid models of care. *Healthcare*, 2 (2), 220-233. <https://doi.org/10.3390/healthcare2020220>
- Committee on National Security Systems (2010). *National Information Assurance Glossary*. Washington, DC: CNSS.
- Depp, C. A., Mausbach, B., Granholm, E., et al. (2010). Mobile interventions for severe mental illness: design and preliminary data from three approaches. *J Nerv Ment Dis*, 198 (10), 715-721. [doi:10.1097/NMD.0b013e3181f49ea3](https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e3181f49ea3)
- Deslich, S., Stec, B., Tomblin, S., et al. (2013). Telepsychiatry in the 21st century: transforming healthcare with technology. *Perspect Health Inf Manag*, 10, 1f. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3709879/>
- Donker, T., Petrie, K., Proudfoot, J. et al. (2013). Smartphones for smarter delivery of mental health programs: a systematic review. *J Med Internet Res*, 15 (11), e247. [doi: 10.2196/jmir.2791](https://doi.org/10.2196/jmir.2791)
- Falcone, R. E., Detty, A. (2015). The next pandemic: hospital response. *Emergency Medical Reports*, 36 (26), 1-16. Available from: <https://www.>

reliasmedia.com/articles/136827-the-next-pandemic-hospital-management

- Hilty, D. M., Marks, S. L., Urness, D., Yellowlees, P. M., & Nesbitt, T. S. (2004). Clinical and educational telepsychiatry applications: a review. *Can J Psychiatry*, 49, 12-23. [doi:10.1177/070674370404900103](https://doi.org/10.1177/070674370404900103)
- Kauer, S. D., Reid, S. C., Crooke, A. H. D., et al. (2012). Self-monitoring using mobile phones in the early stages of adolescent depression: randomized controlled trial. *J Med Internet Res*, 14, e67. [doi:10.2196/jmir.1858](https://doi.org/10.2196/jmir.1858)
- Klasnja, P., & Pratt, W. (2012). Healthcare in the pocket: mapping the space of mobile-phone health interventions. *J Biomed Inform* 45 (1),184-198. [doi:10.1016/j.jbi.2011.08.017](https://doi.org/10.1016/j.jbi.2011.08.017)
- Liu, S., Yang, L. L., Zhang, C. X., Xiang, Y. T., Liu, Z., Hu, S., et al. (2020). 2019 novel coronavirus: online mental health services. *Int J Biol Sci*; 16(10): 1732- 1738 [doi: 10.7150/ijbs.45120](https://doi.org/10.7150/ijbs.45120)
- McLean, S., Sheikh, A., Cresswell, K., Nurmatov, U., Mukherjee, M., Hemmi, A., & Pagliari, C. (2013). The impact of telehealthcare on the quality and safety of care: a systematic overview. *PLoS One*, 8, e71238. [doi: 10.1371/journal.pone.0071238](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0071238)
- Porta, M. (2014). *A dictionary of epidemiology*. 6th ed. Oxford: Oxford University Press.
- Price-Smith, A. T. (2009). *Contagion and Chaos: disease, ecology, and national security in the era of globalization*. Cambridge, MA: MIT Press.
- Shigemura, J., Ursano, R. J., Morganstein, J. C., Kurosawa, M., & Benedek, D. M. (2020). Public responses to the novel 2019 coronavirus (2019-nCoV) in Japan: mental health consequences and target populations. *Psychiatry Clin Neurosci* 74 (4), 281-282. [doi: http://10.1111/pcn.12988](https://doi.org/http://10.1111/pcn.12988).
- Straker, N., Mostyn, P., & Marshall, C. (1976). The use of two-way TV in bringing mental health services to the inner city. *Am J Psychiatry*, 133 (10), 1202-1205. [doi:10.1176/ajp.133.10.1202](https://doi.org/10.1176/ajp.133.10.1202)
- Taylor, M. R., Agho, K. E., Stevens, G. J., & Raphael, B. (2008). Factors influencing psychological distress during a disease epidemic: data from Australia's first outbreak of equine influenza. *BMC Public Health*, 8,

347. [doi: 10.1186/1471-2458-8-347](https://doi.org/10.1186/1471-2458-8-347)

- Tracy J. (2004). *Telemedicine technical assistance documents. A guide to getting started in telemedicine*. Columbia, MO: University of Missouri-School of Medicine. Available from: <https://telehealthtechnology.org/wp-content/uploads/2010/12/Patient-Exam-Cameras-Telemedicine-Technical-Assistance-Documents-A-Guide-to-Getting-Started-in-Telemedicine.pdf>
- Wang, C., Pan, R., Wan, X., Tan, Y., Xu, L., Ho, C. S., et al. (2020). Immediate psychological responses and associated factors during the initial stage of the 2019 coronavirus disease (covid-19) epidemic among the general population in China. *Int J Environ Res Public Health*, 17 (5), 1729. [doi: http://10.3390/ijerph17051729](http://10.3390/ijerph17051729)
- Wittson, C. L., Affleck, D. C., & Johnson, V. (1961). Two-way television in group therapy. *Ment Hosp*, 12, 22-23. [doi: 10.1176/ps.12.11.22](https://doi.org/10.1176/ps.12.11.22)
- Xiang, Y. T., Yang, Y., Li, W., Zhang, L., Zhang, Q., Cheung, T., et al. (2020). Timely mental health care for the 2019 novel coronavirus outbreak is urgently needed. *Lancet Psychiatry*. Vol.7, issue 3, p 228-229. [DOI:https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30046-8](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30046-8)
- Zheng, J. (2020). SARS-CoV-2: an emerging coronavirus that causes a global threat. *Int J Biol Sci*, 16 (10), 1678-1685. [doi:10.7150/ijbs.45053](https://doi.org/10.7150/ijbs.45053)
- Zhu, N., Zhang, D., Wang, W., et al., (2019). A novel coronavirus from patients with pneumonia in China. *N Engl J Med*, 382 (8), 727-733. <https://doi.org/10.1016/j.ijid.2020.03.004>

Sitografia

- American Psychiatric Association, *Telepsychiatry via Videoconferencing*. Available from: <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.173.2939&rep=rep1&type=pdf>
- American Psychological Association (2020), <https://www.apa.org/topics/covid-19/local-mental-health>, Accessed 6 April 2020.
- American Telemedicine Association, “*Evidence-based practice for*

- telemental health*". Available from: <https://www.americantelemed.org/resource/why-telemedicine/>
- American Telemedicine Association, "*Practice guidelines for videoconferencing-based telemental health*". Available from: <https://www.integration.samhsa.gov/operations-administration/practice-guidelines-for-video-based-online-mental-health-services-ata-5-29-13.pdf>
- Australian Department of Health (2020) – <https://www.health.gov.au/resources/collections/coronavirus-covid-19-national-health-plan-resources> , Accessed 17 March 2020.
- Commissione Atti Tipici, Osservatorio e Tutela della Professione, "*Digitalizzazione della professione e dell'Intervento Psicologico Mediato dal Web*". Disponibile su: https://www.psy.it/wp-content/uploads/2015/04/Atti-Tipici_DEF_interno-LR-1.pdf
- Ministry of Healthcare (2020). – <https://www.saude.gov.br/o-ministro/928-saude-de-a-a-z/coronavirus>. Accessed 15 March 2020.
- World Health Organization (2010). "*What Is a Pandemic?*". WHO, February 24. Available from: http://www.who.int/csr/disease/swineflu/frequently_asked_questions/pandemic/en/.
- World Health Organization (2020), "*Coronavirus disease (COVID-19) outbreak situation*". Available from: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019>

Why hope *is* a strategy in the age of Covid-19

Anthony Scioli

Hope may be compared to a second immune system, another form of PPE (a personal, protective emotion). In the midst of COVID-19, the world cannot afford the luxury of blind optimism. Real hope is needed. The WHO (September 10th, 2020) reports over 27 million confirmed cases of COVID-19. Nearly 900,000 have died. These are global figures. I write this chapter from the United States which accounts for 23 percent of all confirmed cases and 21 percent of the deaths linked to COVID-19. An analysis from Columbia University (2020, May 21) suggests that if American social distancing had started two weeks earlier, the result would have been 700,000 fewer infections, and 54,000 fewer deaths (Chappell, 2020).

COVID-19 is not the flu. There are reports of stroke, liver, and kidney damage, as well as cranial nerve disorders. Mortality rates vary, depending on age and pre-existing health. For most individuals, COVID-19 is not a death sentence. Nevertheless, it is difficult to forecast vulnerability or the severity of symptoms. Some individuals remain asymptomatic while others die. Politicians and pundits often suggest “hope is not a strategy”. They are psychologically naive. In this chapter I present a model of hope that can be applied at a variety of levels, from self-care to collective action.

Hope: everyone's "Essential Business"

I have been studying hope for three decades. I have learned that hope is complex but worth a lifetime of devotion, professionally but also on a personal level. Martin Luther proclaimed, "everything that is done in the world is done by hope". For Goethe, hope was a "second soul". Dostoevsky wrote, "to live without hope is to cease to live". In this chapter I focus on hope-building. If you prefer a deeper dive into hope, I recommend my 2009 Oxford book, *Hope in the age of anxiety* (Scioli & Biller, 2009).

I begin with COVID-related sources of hopelessness and describe the nature of hope. I do a transition to two forms of hope, both important for addressing COVID-19. Next, I address hope and leadership. I conclude with collective action strategies.

Due to COVID-19, we are experiencing a contagion of hopelessness, a syndrome of nine disrupted human needs, all fundamental to the full experience of hope. I label this virus "COVID-19-9".

Consider *trust and intimacy* needs. There is a near-global mandate for social distancing. A Chinese study suggests that 80 percent of transmissions occur via asymptomatic carriers (Lorenz, 2020). Who is safe? Who is contagious? The human needs for forecasting (*reality construction*) and grounding (*reality surveillance*) are also thwarted. There are varied epidemiological models, and a shifting horizon of potential targets dates regarding curve-flattening, flare-ups, a possible "second-wave", antibody testing, the development of a vaccine. There are befogging stories on the presumed origins of COVID-19, its dispersion, and possible treatments. The "blame game" began early and continues. The "culprits" include China, the WHO, US or Chinese bioterrorists, and a single Wuhan bat. The most touted treatments are the malaria drug, hydroxychloroquine (it failed in clinical trials), and an antiviral (remdesivir). Reviews of the NIH-led remdesivir study (Beigel et al. 2020) vary widely, from hype to dismissal.

The needs for *validation and inspiration* are foiled by inadequate support of frontline workers and anemic responses from high-profile world leaders. A UN report on healthcare professional across 191 countries cited: overwork, lack of PPE, higher than expected rates of infection, and increasing mental health problems (UN, 2020). There is not a single "superpower" ranked in the top five countries "doing the best job of pro-

tecting its citizens from COVID-19” (Deep Knowledge, 2020).

In the spiritual realm, “faith leaders” have perverted the human needs for *spiritual levels of presence, assurance, or empowerment*. Angered by restrictions on mass gatherings, Texas pastor Kelly Burton charged that “Satan’s trying to keep us apart, he’s trying to keep us from worshipping together”. Louisiana pastor Tony Spell went further, “We’re defying the rules because the commandment of God is to spread the Gospel” (Barone, 2020). Which Bible guides these “gurus”? It cannot be the same text in which Mark (2:27) repeats Jesus’s dictate, “the Sabbath was made for man, not man for the Sabbath” (Senior et al. 2011, p. 1405).

American televangelist Jonathan Shuttlesworth blasted Catholic churches in Italy for removing holy water or recommending hand sanitizers. “You’re a loser. Bunch of pansies” (Bollinger, 2020). Luke, trained as a physician, quotes Jesus, “You are like unseen graves... You impose on people burdens hard to carry, but you yourselves do not lift one finger... You have taken away the key of knowledge” (Luke, 11: 44-52, in Senior et al., p. 1461).

In Brazil, two well-known pastors Edir Macedo and Silas Malfaia pushed social media messages, suggesting that confidence in the divine powers would keep the evil of COVID away while failing to congregate in churches will express a lack of faith in His power (Capponi, 2020). Which Bible guides these “prophets”? It cannot be the same book in which Paul (Philippians, 4:13) writes “I have the strength for everything through him who empowers me” (Senior, Collins, & Getty, 2011, p. 1669).

The return of hope

Hope flourishes in times of peril and possibilities. In 2008, during a global recession, Barack Obama was elected to the American presidency on the promise of “hope and change”. A brief fascination with hope ensued, culminating in the Arab spring of 2011. By 2016, a large segment of the global economy had rebounded. The Ebola threat receded. Isis lost 95 percent of its territory. References to hope diminished. Now, in the midst of a global pandemic, hope is again on center stage.

On March 20th, 2020, American President Donald Trump touted the

benefits of a drug cocktail. Peter Alexander of NBC News asked, “Is it possible that your impulse to put a positive spin on things may be giving Americans a false sense of hope?”. On March 25th, a headline in the Washington Post read “Trump is giving people false hope of coronavirus cures” (Snyder, 2020). In a March 25th interview, L.A. mayor Eric Garcetti warned, “Giving people false hope will crush their spirits and will kill more people” (Mazza, 2020). From Geneva, Switzerland, the executive director of the WHO’s Health Emergency Program stated, “It is false hope to say, yes, that it will disappear like the flu” (Lovelace & Higgins-Dunn, 2020).

What is hope?

My integrative approach to hope incorporates four basic human needs: attachment, survival, mastery, and spirituality. The first three seem obvious. Why do I include spirituality? The human need for trust and connection (attachment), liberation and assurance (survival), and inspiration and validation (mastery), will always be greater than human life affords. To narrow the need-resource gap, humanity turns to various forms of spirituality, sometimes religious but not always, to garner an additional sense of presence, salvation, or empowerment.

We can expand our perspective even further to consider two forms of hope familiar to everyone, from academics to the casual consumer of popular psychology. Hope may refer to a noun or a verb. As a noun, hope is a character trait, a strength. An individual is hopeful or hopeless. As a verb, hope refers to an emotional process that emerges in times of difficulty or uncertainty. Psychologist Magda Arnold (1960), in the tradition of Thomas Aquinas, labeled hope a “contending emotion”, evoked by threats or obstacles.

A thousand years ago, in the English language, these two perspectives are already delineated; hope is “an island in the middle of a wasteland” (hopefulness) or “a stepping stone to a higher elevation” (hoping).

Hope: still the best medicine

We may have to wait three to six months before effective COVID-19

antivirals materialize, eighteen months before a safe vaccine can be widely distributed. We do not have a definitive answer as to whether a single exposure confers lifetime immunity. We may see social distancing guidelines extend well into 2021. The virus may never disappear.

Nevertheless, the vast majority of the population will survive. We possess an immune system. We can protect ourselves. There are amazing professionals around the world, working on treatments. At least 20 different vaccine trials have begun. This is not the Middle Ages, when the black death wiped out nearly half of Europe's population.

Hope is the best medicine because it permits the consideration of both positive and negative information, realities, and possibilities. In a classic article on stress and coping, psychologist Susan Folkman (2010) suggested that hopefulness may operate as a background strength to assist with the process (of hoping) when challenges arise. This makes intuitive sense. Nevertheless, for practical reasons, we might separate the island from the stepping-stone, and consider ways in which each form of hope may be independently strengthened. If pushed to offer a medical analogy for these two forms of hope, I would compare hopefulness to the immune system, and hoping to a set of health habits. Both are important. I will begin with hopefulness.

An island in the middle of a wasteland

The development of hopefulness is the emotional equivalent of a vaccine that confers “broad-spectrum” immunity. This is how I describe a recent study completed in our hope lab, funded by an NIH grant, to deliver hope-building workshops for youth to inoculate them against depression, anxiety, lack of self-respect, and social isolation.

The allusion to hope and “immunity” is not merely poetic. The mind-body literature reveals countless empirical studies, linking each of the four elements of hope (attachment through spirituality) to health and healing.

Regardless of one's circumstances, it is possible to become a more hopeful individual. Begin today to examine your own present capacities (or deficits) in the domains of attachment, survival, mastery, and spirituality. The medical profession suggests a variety of regular self-examina-

tions for both men and women. Here is mine for hope (with essential hope sub-components in parentheses).

Perform a Self-examination

Attachment (openness, trust, connection): trusting relationships are fundamental to hope. For Erik Erikson (1950), the first task of life was to develop trust in the presence of a predictable and benign universe. The successful resolution of this challenge would result in a general sense of hopefulness. Philosopher Gabriel Marcel (1962) referred to trust and openness as the fruits and pledges of fundamental hope. Whom do you trust? How freely can you self-disclose with those in closest proximity to you? How often do you feel forced to repress your true feelings, to limit your contact, to slide into deflection to avoid conflict?

Survival (reality surveillance and reality construction): theologian William Lynch (1965) noted, “the further hope would soar, the deeper it must plunge into facts (p. 200)”. Franklin Shontz and Beatrice Wright (1968) coined the term “reality surveillance” to describe specific grounding strategies employed by parents of children afflicted with life-threatening illnesses. Real hope requires data gathering and creativity. Denial or false hope are devoid of fact-finding. Cynicism lacks imagination. Ask yourself. Can you shuttle back and forth, between surveying and dreaming? Can you find a way to blend reality and fantasy to narrow the distance between your zenith and horizon?

Mastery (validation and inspiration): hopeful mastery does not entail a specific goal or fixed expectations about a particular outcome. Real hope derives from an overall sense of competency, one or more external sources of inspiration, and empowering self-other complexes (tethered identities). Some of these concepts were anticipated by the psychoanalytic self-psychologist, Heinz Kohut. Who validated you as a child? Whom do you rely upon to mirror your strengths? Who are your heroes? What do you represent that is “great and good” and what (or who) is the origin of that inspiration?

Spirituality (sacred: presence, assurance, or empowerment): faith is essential for hope. By faith, I mean “centers of value”, a concept developed by Psychologist James Fowler (1995). Faith may be religiously based, reli-

gious and spiritual, or spiritual but not religious. Which of the following centers of value speak to you (select all that apply): God, a non-specific higher power, nature, humanity, art, science, technology? Which of the following spiritual types describe your way of being in the world (select all that apply): a follower who desires structure, an independent seeking control, a collaborator, a mystic who craves connection, a reformer dedicated to social justice, a sufferer in search of healing?

A stepping-stone to a higher elevation

The process of hoping may be compared to health-habits designed for self-care. The metaphor of a “stepping-stone” pertains to all four elements of hope, for each may impart a sense of elevation, an emotional lift.

Hoping for Attachment

Hope is fueled by trust and requires a degree of openness. You cannot let social distancing lead to emotional distancing. Hope dies in a silo. Develop a list of individuals you deeply trust and make plans to contact them. However, before you talk, chat, text, etc., consider both your overlapping values and areas where you may not be in complete agreement. Steer towards common ground. In *Hope in the age of anxiety* (Scioli & Biller, 2009), I list the qualities of a good hope provider. Seek out these individuals and stay clear of “dream-killers”. The best hope providers demonstrate: *availability*, *presence*, and an ability to *make contact*. They make themselves available by providing access, being reliable, and anticipating your needs. They are present because they focus, offer a safe space, and radiate authenticity. They make contact by fully immersing themselves in the experience of connecting, by demonstrating clarity of intentions, and by offering continuity in the form of valued rituals.

Hoping for Survival

Reality surveillance and reality construction are interrelated processes. Emerging research on future-oriented, mental time-travel highlights the important role of memory and past experiences in generating im-

ages of days to come. Those who practice greater mindful awareness, as described by Ellen Langer (2002), are better equipped to fashion more adaptive and creative future landscapes. Courage is an underappreciated prerequisite for reality surveillance. Many individuals limit their intake of information to left-leaning or right-leaning media that align with long-held beliefs or attitudes. In effect, they have chosen a “one-dimensional” view of the world. With courage, they might venture to look sometimes through the left-side, another time through the right side, and like the binocular human visual system, emerge with a deeper perspective.

In their classic study of children with life-threatening illness, Wright and Shontz (1968) listed a number of reality grounding strategies designed to facilitate the hoping process. Four tasks appear readily transferable to the current pandemic: taking responsible action (self-explanatory), reflecting on personal assets (age, health, life-experience, social support, etc.), placing faith in growth forces (the power of maturation), and appreciating favorable environmental conditions (outdoor activities, weather, new testing sites, etc.).

Hoping for Mastery

Mirroring and idealization are not my ideas. They originated with Heinz Kohut (1970). However, after studying hope for three decades, I have yet to find a better way to capture the quality of hopeful mastery. Switching from hopefulness to hoping, the first task is to secure validation, the second is to gather inspiration. One way to organize your thinking regarding the validation process is to use several of the categories proposed by Gordon Allport (1955) to define the multi-faceted nature of the self-image. I like these six: bodily self, achieving self, extended self (possessions and concerns), public self, coping self, and striving self (purposes and long-term goals). You can use this list to reflect on your assets, or you could create a matrix and align each self-construct with a particular individual to contact who can mirror (validate) this part of you. This exercise can help to offset endless ruminations about personal vulnerability to COVID-19. You are more than a wary immune system hiding from an invisible enemy.

Inspiration can come from many sources. History is a natural place to look for tales of courage and determination. If you prefer a structured

exercise, create a list of the following characters (representing different strengths): the persuasive salesperson, the book-smart achiever, the entertainer, the explorer, the worker, the artist, the helper. Select three characters you identify with in terms of your own strengths and passions. Who has mirrored these abilities in you in the past? Now identify three role models whom you find inspiring, taking into consideration any of the seven characters. Finally, write three paragraphs, one for each role model, describing how you might translate their example (e.g., work ethic, creativity, humility) into larger lessons to further elevate your own commitments and actions.

Hoping for Spirituality

My preferred spiritual practice is organized around separate left-brain and right brain activities for each of the six spiritual types described in the previous section. For diverse client groups, I replicate this two-by-six table seven times, offering one version for each major world religion. You can create your own exercise. Identify your spiritual type (independent, mystic, sufferer, etc.) and focus on your religious system (Christian, Jew, Muslim, Native American, Hindu, etc.). If you are not religious, what does “spirituality” mean to you? Is it rooted in science, nature, or art? On a piece of paper, draw a table with three rows and three columns. For example, you are a mystic but not religious, and “nature” lies at your spiritual center. From left to right in the top row, write: Left Brain, Right Brain 1, and Right Brain 2. In the second row, from left to right, write: reading, music, and immersion. To complete the third row, from left to right, you will need to do some research. Find passages to read that align with your spiritual center and spiritual type (Left Brain), then find an appropriate piece of music for your type and form of spirituality (Right Brain 1). Lastly, plan one immersion experience, actual or virtual (Right Brain 2). For example, if you selected nature, plan a walk or a bike ride, or use your phone, computer, or television to immerse yourself in a forest, lakeside experience, or mountain expedition.

Hope and leadership

Napoleon declared that a leader is a dealer in hope. John W. Gardner

(1990), former US Secretary of Health, Education and Welfare, punctuated his master work, *On Leadership*, with this simple phrase, “The first and last task of a leader is to keep hope alive”. For several years, I have been studying hope as manifested in the speeches of American presidents. A distinct “hope profile” is generated when historical evidence is combined with a reliable system of content analysis of speech. Some presidents have been particularly effective at fostering attachment or mastery hope, while others have excelled at promoting survival or spiritual hope. Adopting a wider lens, below is my short list of the four greatest “hope providers” of the past one hundred years.

Nelson Mandela. Great leaders unify (attachment hope: trust and connectedness). Nelson Mandela spent 27 years in prison. During his imprisonment both his mother and oldest son died. He was not allowed to attend their funerals (Mandela, 1995). Despite harsh treatment and isolation, Mandela encouraged unity and peace-building as president. “I saw my mission as one of preaching reconciliation, of binding the wounds of the country, of engendering trust... all South Africans must now unite and join hands... we are one country, one nation, one people” (Mandela, 1995, pp. 619-620). When a popular black leader was killed by a white immigrant, Mandela asked South Africans to “stand together”, to note that it was “a white woman... who risked her life so that we may know, and bring to justice, this assassin”. In 1995, Mandela “visited the widow of the very man who was the main architect of the apartheid regime... He rejoiced when the national rugby team won the world championship even though this team had been a symbol of racism and Afrikaner power for decades” (Hogg, 2013).

Winston Churchill. Great leaders transfer power (mastery hope: validation and inspiration). Winston Churchill suffered a number of political setbacks in his career. However, for a five-year span during WWII, no leader in the 20th century provided greater national validation or inspiration. Constantly raising his right hand to make the “V” sign for victory, Churchill was known for his “bulldog spirit” who refused to accept defeat. In a little more than a month, he delivered three inspirational classics, “blood, toil, tears, and sweat”, “this was their finest hour”, and “we shall fight on the beaches”. Regarding the third speech, British novelist Vita Sackville-West remarked “it sent shivers down my spine... one feels the whole massive backing of power and resolve behind them” (Gilbert, 1991, p. 656).

Franklin Delano Roosevelt (FDR). Hope providers are idealists without illusions (survival hope: reality construction and reality surveillance). FDR liberated America from the depths of the Great Depression and helped to defeat the Axis powers in WWII. Roosevelt's sparked the nation with his first inaugural address "...the only thing we have to fear is fear itself ...our distress comes from no failure of substance... plenty is at our doorstep" (avalon.law.yale.edu). Jonathan Alter (Alter, 2007) dubbed FDR's first hundred days, a "triumph of hope". Psychologist Susan Folkman (2010) noted that hope, unlike blind optimism or pessimism, is uniquely designed to confront the negative and positive, the actual and the possible. Writes Alter (2007), "One promise Roosevelt never dared make... was to 'restore confidence'... he would have to bring back hope in a way that gave meaning to platitudes" (Alter, 2007, p. 132). FDR noted in his inaugural address that "only a foolish optimist can deny the dark realities of the moment" (avalon.law.yale.edu). His "New Deal" would include a massive infrastructure-building plan, banking reforms, collective bargaining rights for unions, and Social Security.

Mahatma Gandhi. Great leaders call upon higher powers (Spiritual hope: Transcendent attachment, survival, mastery). Gandhi understood the massive and heterogenous landscape of his country, defined by 350 million inhabitants and 700,000 villages. He constantly searched for words and deeds that might foster a greater sense of belonging. "To realize God is to see Him in all that lives... to realize our oneness" (Jayabalan, 2020). Gandhi fasted, which won "the hearts of not only his people but also many throughout the world" (Shah, 2020). He encouraged Khadi, the Indian practice of spinning and weaving that could be a bridge to connect all Indians (Rao, 2017). Liberation is implied in hope. Chains are a symbol of hopelessness. Once WWII began, Gandhi highlighted Britain's greatest spiritual inconsistency, fighting a war for freedom while subjugating India. In his famous "Quit India" speech (a.k.a. the "Do or Die" speech), Gandhi asked the nation to fully commit to the struggle for independence. He repeatedly cited a spiritual reservoir of higher powers, punctuated by references to "the weapon of Ahimsa" (nonviolent progress) and the "our silent, unremitting Sadhana" (spiritual progression exercises) (mkgandhi.org).

Recruiting hope: bypassing the inadequate parent

In *Resilient adults*, Gina O’Connell Higgins (1994) details her study of individuals who thrived despite terrible childhood circumstances. In two chapters on “loci of hope”, Higgins describes a variety of care recruitment strategies employed by children, designed to offset parental neglect or abuse, that transformed “thin surrogacy” into “safe harbors”. The short history of COVID-19 suggests an analogous meta-strategy may be needed to foster hope on a mass scale; bypass the leaders who are the archetypal equivalent of an inadequate parent.

Below are nine strategies for recruiting hope. Most of these strategies are already in use. However, they are scattered around the globe. This list is not exhaustive. Greater hope will come from further creativity and imagination. I pair each strategy with a metaphor and a quotation. Philosophers of mind suggest that emotion metaphors have evolved to articulate the embodied “feel” of otherwise inexpressible states. For those seeking to expand their hope repertoire, metaphors can serve an orienting function. Wiitala and Dansereau (2004) have demonstrated the value of adding quotations to standard writing exercises to counter “closed-loop thinking” by introducing new images into awareness. Wittgenstein (1953) stressed the power of mental pictures to guide being and seeing. It is my hope that enough strategies will be put in place to address all nine elements of hope, thereby flipping the switch to complete a circuit of light in this time of darkness.

Recruitment of attachment hope

1. Trust and openness.

Orienting metaphor: Hope is a grip; an anchor (Olsman et al. 2014).

Guiding quote: “Hope is faith holding out its hand in the dark” (George Iles, 1918, p. 167).

Strategy: act globally. The World Health Organization remains the best hope for marshalling coordinated responses to global health crises. Readers might find a way to support the WHO that is consistent with their interests and capacities. The WHO has launched a COVID-19 Solidarity Response Fund ([covid19responsefund.org](https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/solidarity-response-fund)). For those with particular interests in mental health, the WHO has a Department of Mental Health and Sub-

stance Use. The current director is Dr. Michelle Funk (funkm@who.int).

2. Connection.

Orienting metaphor: Hope is communion (Hammer, Hall, & Mogensen, 2013).

Guiding quote: “In joined hands there is still some token of hope, in the clinched fist none” (Victor Hugo, 1896, p. 275).

Strategy: engage others. The Massachusetts Institute of Technology’s AgeLab emerged in 1999 to foster healthy longevity via the development of ideas and technology. The AgeLab is generating reports on how COVID-19 impacts social connectedness and offers perspectives on the virus from Americans of different generations. This article by AgeLab researcher Taylor Patskanick outlines a number of ways to promote social connections across generations during a pandemic: news.mit.edu/2020/connecting-across-generations-during-a-time-of-social-distancing-0331

Recruitment of survival hope

3. Reality surveillance.

Orienting metaphor: Hope is a bridge (Breznitz, 1986).

Guiding quote: Florence Nightingale was called “the lady with the lamp”. She is considered a founder of modern nursing who stressed infection control, self-care, and public health reforms. According to Francis Galton (cited in Pearson, 1924, p. 415), Nightingale believed that statistics provided the code to “understand God’s thoughts... for these are the measure of His purpose”. Here is another Nightingale classic. “Humankind must make heaven before we go to heaven” (McDonald, 2006, p. 16).

Strategy: consider the source. With this new and deadly disease, you cannot afford to indulge in “fake news”. *The Conversation* is an independent, non-profit online news site. It was founded in Australia and expanded to the United States, the U.K., South Africa, and France. Articles are written by academics and researchers. Here is the link to their Covid-19 articles: theconversation.com/us/covid-19

4. Reality construction.

Orienting metaphor: Hope takes flight; hope soars (Averill et al. 1990).

Guiding quote: In Richard III (5.2.25-26), the Earl of Richmond organizes a rebellion against the megalomaniacal king. Walter Herbert worries that the king's men will join the battle. James Blunt replies, "He has no friends except those who are too afraid to defy him". The Earl foresees a path to victory and asserts the following: "True hope is swift and flies with swallow's wings" (Shakespeare: Mowat & Werstine, 2018, p. 271).

Strategy: follow a hope provider. During a Press Conference, John F. Kennedy was asked to comment on a poll showing a large number of Americans resisted his call to end segregation. In the context of COVID-19, Kennedy's reply takes on a special poignancy. In distinguishing poll-watching from leadership, he remarked, "...this is not a matter on which you can take the temperature every week or two weeks or three weeks..." (JFKlibrary.org). Among global leaders, the worst responders have manifested blind optimism and limited reality construction capacities. Bolsonaro (Brazil), Johnson (U.K.), Lukashenko (Belarus), and Trump (U.S.) are the new "four horsemen of the apocalypse". In contrast, New Zealand prime minister Jacinda Ardern, has managed to craft messages of real hope that simultaneously acknowledge the snares as well as the safe passages. One of her favorite concepts is the personal-social-work "bubble". As noted in a recent editorial, "She tends not to refer to the coronavirus as 'the enemy' or her fellow citizens as 'soldiers'". Instead, she speaks of a "team of 5 million", the population of her nation. When asked if she was afraid of the virus, she responded, "No. Because we have a plan" (Christian Science Monitor, 2020).

Recruitment of mastery hope

5. Validation.

Orienting metaphor: Hope is heat and warmth (Averill, Catlin, and Chon, 1990).

Guiding quote: The next quote comes from Albert Camus who won the 1957 Nobel Prize for literature. Among his works was the 1947 classic, *The Plague*. "In the midst of winter, I found there was, within me, an invincible summer" (Albert Camus in Thody, 1968, p. 169).

Strategy: be a muse for frontline workers. In the Bayside community of New York, every evening at 7 p.m., people come out of their homes to clap and sing for frontline workers. They bang pots, ring bells and often

finish with a hopeful song such as “New York, New York” or “Lean on Me” (Mohamed, 2020).

6. Inspiration.

In accepting the 1949 Nobel Prize for Literature, William Faulkner stated... “the writer’s, duty... [is] to help humanity endure by lifting the heart, by reminding humankind of the courage and honor and hope...” (<https://nobelprize.org>).

Orienting metaphor: Hope is light (Averill et al. 1990).

Guiding quote: Albert Schweitzer received the 1953 Nobel Peace Prize. For many years, he ran a hospital in Africa. He used the 33,000 Nobel award to expand his hospital and build a sanitarium for those afflicted with leprosy. “Often, too, our own light goes out, and is rekindled... by some experience we go through with a fellow human being... who have lighted the flames within us” (Schweitzer, 1997, p. 68).

Strategy: support bibliotherapy. GleeBooks in Sydney, Australia, delivered books by bicycle for those unable or unwilling to leave their homes (Hsu & Redmayne, 2020). In Gaza, Osame Fayyad created a team that sterilizes books (resources otherwise “trapped” in libraries), then delivers them to youth, also using bicycles (Middle East Monitor, 2020).

Recruitment of spiritual hope

My research on the types of hope expressed in world religions (Scioli & Biller, 2009) suggests some faith systems are more apt to highlight attachment concerns while others stress mastery or survival issues to a greater degree (Attachment: Judeo-Christian; Salvation: Buddhism; Mastery: Hinduism).

7. Spiritual presence.

Orienting metaphor: Hope is a rope (Hebrew “Tikvah”; Joshua 2:17-21, in Senior et al. 2011, p. 270).

Guiding quote: “Two are better than one... If either of them falls down, one can help the other up... a cord of three stands in not easily broken” (Ecclesiastes 4: 9-12; Senior et al. 2011, p. 883).

Strategy: honor your spiritual debts. In 1847, during the great potato famine, a Native American tribe sent money to Ireland to help starving families. In May of 2020, the Navajo Nation had the highest per capita

rate of COVID-19 cases in the United States. Recalling the 173 year-old-gift, citizens of Ireland have contributed nearly 20% of the money raised via a GoFundMe page for Navajo and Hopi families (Haslett, 2020).

8. Spiritual assurance.

Orienting metaphor: Hope is a protected area (Breznitz, 1986).

Guiding quote: For sociologist Émile Durkheim (See Allan, 2007, p. 82) Buddhism is the “great salvation religion”. In light of global struggles over mask-wearing, the following is a spiritual corrective from the Buddha. “All tremble; all fear death: putting oneself in the place of another, one should not kill nor cause another to kill” (Dhammapada 129; Fronsdal, 2006, p. 35).

Strategy: preach enlightened self-interest. Mask-wearing in individualistic countries is viewed primarily in terms of self-protection. In collectivist Asians cultures, masks protect others. There is merit in both perspectives. In a Czech Republic video (#masks4All), an actress states, “when we both have masks, I protect you, you protect me”.

9. Spiritual empowerment.

Two primary aims of the Hindu faith are to cultivate the inner atman, an internal power source linked to the infinite, and to discern one’s dharma.

Orienting metaphor: Hope is a skill (Breznitz, 1986).

Guiding quote: In Hindu, dharma refers a particular form of moral duty that sustains, upholds, and supports individual action as well as the larger cosmic order (rlp.bds.harvard.edu). In the West, the closest approximation appears in Kierkegaard’s *Fear and trembling* (Hines, 2013), where he describes “the knight of faith” who pursues a higher calling with great resolve. The following quote is from the Ramayana. “Everything is obtained by means of Dharma, for the world has Dharma as its essence” (Prasad, 2009, p. 85).

Strategy: do your part to uphold the world. In Kerala (India), the highly effective health minister K. K. Shailaja earned the nickname, “Coronavirus Slayer” (Spinney, 2020). A former teacher and political activist, her approach was rooted in an artful blend of science, political savvy, and spirituality; a perfect example of dharma in action. She consulted with teams of health experts, poured over epidemiological forecasts and reams of statistics. Speaking to a women’s literature group, Shailaja also stated that a number of higher powers were near and dear to her, including Krishna (love and compassion), Rama (upholder of Dharma), as well as Jesus.

References

- Allan, K. (2007). *The social lens: an invitation to social and sociological theory*. Pine Forge Press.
- Allport, G. W. (1955). *Becoming: basic considerations for a psychology of personality*. Yale University Press.
- Alter, J. (2007). *The defining moment: FDR's hundred days and the triumph of hope*. Simon & Schuster.
- Arnold, M. B. (1960). *Emotions and personality*. Columbia University Press.
- Arsenault, C. (2020, May 2). *Brazil has the most confirmed COVID-19 cases in Latin America. "So what?" says President Bolsonaro*. CBC. <http://cbc.ca>.
- Averill, J. R., Catlin, G., & Chon, K. K. (1990). *Rules of hope*. Springer-Verlag.
- Barone, V. (202, April 5). *Defiant pastors vow to host Palm Sunday mass during coronavirus pandemic*. New York Post. <https://nypost.com>.
- Beigel J. H., Tomashek, L. E., Dodd, L. E., Mehta, A. K., Zingman, B. S., Kalil, A. C., Hohmann, E., Chu, H. Y., Luetkemeyer, A., Kline, S., Lopez de Castilla, D., Finberg, R. W., Dierberg, K., Tapson, V., Hsieh, L., Patterson, T. F., Paredes, R., Sweeney, D. A., Short, W. R., & Lane, H. C. for the ACTT-1 Study Group Members (2020). *Remdesivir for the treatment of Covid-19 – Preliminary report*. *The New England Journal of Medicine*. <https://NEJM.org>.
- Bollinger, A. (2020, March 12). *Pastor says only "sissies" & "pansies" wash their hands to prevent coronavirus*. LGBT Nation. <https://lgbtnation.com>.
- Breznitz, S. (1986). *The effect of hope on coping with stress*. In M. H. Appley & Trumbull (Eds.), *Dynamics of stress: physiological, psychological, and social perspectives* (295-307). Plenum.
- Capponi, G. (2020, May 18). *Overlapping values: religious and scientific conflicts during the COVID-19 crisis in Brazil*. Wiley Online Library. <https://onlinewiley.com>.
- Chappell, B. (2020). *U.S. could have saved 36,000 lives if social distancing started 1 week earlier: Study*. <https://NPR npr.org>.

- Christian Science Monitor (2020, April 29). The not-so-secret sauce of New Zealand's success. <https://csmonitor.com>.
- Conversation online news. <http://theconversation.com>.
- Dharma (meaning). *Dharma the social order*. Harvard Religious Literacy Project. <https://rlp.bds.harvard.edu>.
- Dostoevsky quote. <http://www.wisdomquotes.com/quote/fyodor-dostoyevsky-2.html>.
- Erikson, E. H. (1950). *Childhood and society*. Norton.
- Faulkner, W. (1950). Nobel banquet speech. <https://nobelprize.org>.
- Folkman, S. (2010). Stress, coping, and hope. *Psycho-Oncology*, 19 (9), 901-908.
- Fowler, J. W. (1995). *Stages of faith: the psychology of human development and the quest for meaning*. Harper & Collins.
- Fronsdal, G. (2006). *The Dhammapada*. Shambhala.
- Gandhi, M. (Quit India speech). <https://mkgandhi.org>.
- Gardner, J. W. (1990). *On leadership*. The free press.
- Gilbert, M. (1991). *Churchill: A life*. Henry Holt.
- Goethe quote http://m.notable-quotes.com/g/goethe_quotes_ii.html.
- Hammer, K., Mogensen, O., & Hall, E. O. C. (2009). The meaning of hope in nursing research: a meta-synthesis. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 23 (3), 549-557.
- Haslett, C. (2020, May 8). *Donations flood in from Ireland to Navajo Nation in repayment of centuries-old bond*. ABC News. <https://abcnews.com>.
- Higgins, G. O. (1994). *Resilient adults: overcoming a cruel past*. Jossey-Bass.
- Hines, J. (2013). *The knight of faith*. Spectrum. <https://spectrummagazine.org>.
- Hsu, C. & Redmayne, J. (2020, March 24). *Coronavirus: books for self-isolation delivered by bicycle from Sydney shop*. Reuters. <https://Reuters.com>.
- Hugo, V. (1896). *The romances of Victor Hugo (Vol. 5)*. Little, Brown and Co. (Original work published 1866).
- Iles, G. (1918). *Canadian stories*. Knickerbocker Press.
- Illing, S. (2020). *The most important lesson of the 1918 influenza pandemic: Tell the damn truth*. Vox. <https://vox.com>.

- Kennedy press conference on September 12, 1963 (segregation and temperature). JFK Library. <https://jfklibrary.org>.
- Kirby, J. (2020, April 28). *Jair Bolsonaro undermined Brazil's coronavirus response. Now there's a political crisis.* Vox. <https://vox.com>.
- Kohut, H. (1971). *The analysis of the self*. International Universities Press.
- Langer, E. (2002). Well-being: mindfulness versus positive evaluation. In C. R. Snyder & S. J. Lopez (Eds.), *Handbook of positive psychology* (pp. 214-230). New York, NY: Oxford University Press.
- Lorenz, J. (202, March 30). *Case study shows asymptomatic transmission of COVID-19 in China.* ContagionLive. <https://contagionlive.com>.
- Lovelace, B. & Higgins-Dunn, N. (2020, March 6). *It's a 'false hope' coronavirus will disappear in the summer like the flu, WHO says.* CNBC. cnbc.com.
- Luther Quote. goodreads.com.
- Lynch, W. F. (1965). *Images of hope: imagination as healer of the hopeless.* Helicon Press.
- Makhovsky, A. (2020, April 13). *Nobody will die from Coronavirus in Belarus, says president.* Reuters. <http://Reuters.com>.
- Mandela, N. (1995). *Long walk to freedom.* Back Bay Books.
- Marcel, G. (1962). *Homo Viator: introduction to a metaphysic of hope.* (E. Cauford, Trans.). Harper and Row. (Original work published 1944).
- Masks4all (2020, March 27). YouTube. youtube.com/watch?v=2WxtSavZR4.
- Mazza, E. (2020, March 27). *L.A. Mayor Eric Garcetti has a grim prediction of what Coronavirus will do next.* Huffington Post. <https://www.washingtonpost.com>.
- McDonald, L. (2006). *Florence Nightingale's theology: Essays, letters and journal notes.* Wilfrid Laurier University Press.
- Middle East Monitor (2020, April 14). *Gaza's library goes mobile during coronavirus lockdown.* middleeastmonitor.com.
- MIT AgeLab. [Agelab.mit.edu](https://agelab.mit.edu).
- Mohamed, C. (2020, April 29). *Bayside hills claps for essential workers on the front lines of COVID-19 pandemic.* QNS. qns.com.

- Olsman, E., Duggleby, W., Nekolaichuk, C., Willems, D., Gagnon, J., Kruizinga, R., & Leget, C. (2014). Improving communication on hope in palliative care. A qualitative study of palliative care professionals' metaphors of hope: grip, source, tune, and vision. *Journal of Pain and Symptom Management*, 48 (5), 831.
- Pearson, K. (1924). *The life, letters, and labours of Francis Galton*. Cambridge University Press.
- Prasad, R. (2009). *A historical-developmental study of classical Indian philosophy of morals*. Concept Publishing.
- Roosevelt Inaugural Address. <https://avalon.law.yale.edu>.
- Schweitzer, A. (1997). *Memoirs of childhood and youth*. K. Bergel & A. R. Bergel (Trans.). Syracuse University Press.
- Scioli, A. & Biller, H. B. (2009). *Hope in the age of anxiety*. Oxford University Press.
- Senior, D., Collins, J. J., & Getty, M. A. (2011). *The Catholic study bible*. Oxford University Press.
- Shailaja, K. K. (2019, July 15). *Have God in my mind, but don't believe prayers will cure dengue*. Kalamudi Online. <https://keralakaumudi.com>.
- Shakespeare, W. (2018). *Richard III* (B. A. Mowat & P. Werstine, Eds.). Simon and Schuster. (Original work published 1593).
- Snyder, J. (2020, March 25). *Trump is giving people false hope of coronavirus cures. It's all snake oil*. The Washington Post. <https://www.washingtonpost.com>.
- Spinney, L. (2020, May 14). *The coronavirus slayer! How Kerala's rock star health minister helped save it from Covid-19*. The Guardian. <https://theguardian.com>.
- Thody, P. (1968). *Albert Camus lyrical and critical essays*. Knopf.
- United Nations Report (2020, April 7). *COVID-19 highlight's nurses' vulnerability as backbone to health services worldwide*. UN News. news.un.org.
- World Health Organization (2020, July 12). *Coronavirus disease (COVID-2019) situation reports*. <https://who.int>.
- Wiitala, W. L., & Dansereau, D. F. (2004). Using popular quotations to enhance therapeutic writing. *Journal of College Counseling*, 7 (2), 187-191.

- Wittgenstein, L. (1953/2009). *Philosophical investigations*. West Sussex, UK: Wiley-Blackwell.
- Wright, B. A., & Shontz, F. (1968). Process and tasks in hoping. *Rehabilitation Literature*, 29 (11), 322-331.

Perché la speranza è una strategia al tempo del Covid-19

Anthony Scioli

La speranza può essere paragonata a un secondo sistema immunitario, un'altra forma di PPE (un'emozione protettiva personale). Nel mezzo del COVID-19, il mondo non può permettersi il lusso di un cieco ottimismo. È necessaria una speranza vera. L'OMS (Organizzazione Mondiale della Salute) riporta (10 settembre 2020) più di 27 milioni di casi confermati di contagio e circa 900.000 decessi. Queste sono cifre globali. Scrivo questo capitolo dagli Stati Uniti, che rappresentano il 23% di tutti i casi confermati e il 21% dei decessi legati a COVID-19. Un'analisi condotta dalla Columbia University (21 maggio 2020) indica che se il distanziamento sociale americano fosse iniziato due settimane prima, il risultato sarebbe stato di 700.000 infezioni in meno e di 54.000 morti in meno (Chappell, 2020).

Il COVID-19 non è l'influenza. Ci sono segnalazioni di ictus, danni al fegato e ai reni, nonché disturbi del nervo cranico. I tassi di mortalità variano a seconda dell'età e della salute preesistente. Per la maggior parte delle persone, il COVID-19 non è una condanna a morte. Tuttavia, è difficile prevedere la vulnerabilità o la gravità dei sintomi. Alcuni individui rimangono asintomatici mentre altri muoiono. Politici ed esperti spesso sostengono che "la speranza non è una strategia". Sono psicologicamente

ingenui. In questo capitolo, presento un modello di speranza che può essere applicato a vari livelli, dalla cura di sé all'azione collettiva.

La speranza: il “compito essenziale” di ognuno

Studio la speranza da trent'anni. Ho imparato che la speranza è complessa ma merita una vita intera di dedizione, sia sul piano professionale che personale. Martin Lutero proclamò “tutto ciò che viene fatto nel mondo è fatto dalla speranza”. Per Goethe, la speranza era una “seconda anima”. Dostoevsky ha scritto, “vivere senza speranza è smettere di vivere”. In questo capitolo mi concentro su come costruire la speranza. Se cercate una comprensione più profonda della speranza, raccomando il mio libro del 2009, *Hope in the age of anxiety* (Scioli & Biller, 2009).

Inizio con le cause della ‘perdita di speranza’ relative al COVID per poi descrivere la natura della speranza. Passerò a due forme di speranza, entrambe importanti per affrontare il COVID-19. Successivamente, mi concentrerò sulla speranza e sulla leadership. Concluderò con le strategie di azione collettiva.

A causa del COVID-19 stiamo provando un contagio di perdita della speranza, una sindrome di nove bisogni umani sconvolti, tutti bisogni fondamentali per la piena esperienza della speranza. Ho etichettato questo virus “COVID-19-9”.

Consideriamo i bisogni di fiducia e intimità. Esiste un mandato quasi globale per il distanziamento sociale. Uno studio cinese indica che l'80% dei contagi avviene tramite portatori asintomatici (Lorenz, 2020). Chi è al sicuro? Chi è contagioso? Anche i bisogni umani per la previsione (*costruzione della realtà*) e per il radicamento (*sorveglianza della realtà*) vengono ostacolati. Esistono vari modelli epidemiologici e un orizzonte variabile di tempistiche per potenziali obiettivi: dati riguardanti l'appiattimento delle curve, riacutizzazioni, una possibile “seconda ondata”, test anticorpi, sviluppo di un vaccino. Ci sono storie affascinanti sulle presunte origini del COVID-19, sulla sua dispersione e sui possibili trattamenti. Il “gioco della colpa” è iniziato presto e continua. Tra i “colpevoli” rientrano la Cina, l'OMS, i bioterroristi statunitensi o cinesi e un pipistrello di Wuhan. I trattamenti più propagandati sono il farmaco per la malaria, l'idrossiclorochina (risultata infondata negli studi clinici) e un

antivirale (remdesivir). Recensioni sullo studio del remdesivir condotto da NIH-led (Beigel et al. 2020) variano ampiamente, dalla promozione all'eliminazione.

Le esigenze di *validazione e ispirazione* sono vanificate dal sostegno inadeguato dei lavoratori in prima linea e dalle risposte “anemiche” di leader mondiali di alto profilo. Un rapporto delle Nazioni Unite sugli operatori sanitari in 191 paesi ha riportato: superlavoro, mancanza di PPE, tassi di infezione più alti del previsto e crescenti problemi di salute mentale (ONU, 2020). Non una sola “superpotenza” si posiziona tra i primi cinque paesi “che hanno fatto un ottimo lavoro per proteggere i cittadini dal COVID-19” (Deep Knowledge, 2020).

Nel regno spirituale, i “leader della fede” hanno distorto i bisogni umani di *livelli spirituali di presenza, sicurezza o empowerment*. Frustrato dalle restrizioni degli assembramenti di massa, il pastore del Texas Kelly Burton ha accusato Satana “che sta cercando di separarci, sta cercando di impedirvi di adorare insieme”. Il pastore della Louisiana Tony Spell è andato oltre, “Stiamo disobbedendo alle regole perché il comandamento di Dio è di diffondere il Vangelo” (Barone, 2020). Quale Bibbia guida questi “guru”? Non può essere lo stesso testo in cui Marco (2:27) ripete il dettato di Gesù, “il sabato è stato fatto per l'uomo, non l'uomo per il sabato” (Senior et al. 2011, p. 1405).

Il televangelista americano Jonathan Shuttlesworth ha attaccato le chiese cattoliche in Italia per aver rimosso l'acqua santa o aver raccomandato disinfettanti per le mani. “Sei un perdente. Un mazzo di pansé” (Bollinger, 2020). Luca, addestrato quale medico, cita Gesù: “Sei come tombe invisibili... Imponi alla gente fardelli difficili da trasportare, ma tu stesso non alzi un dito... Hai portato via la chiave della conoscenza” (Luca, 11: 44-52, in Senior et al., p. 1461).

In Brasile, due noti pastori Edir Macedo e Silas Malfaia hanno alimentato i messaggi dei social media, asserendo che la fiducia nei poteri divini avrebbe tenuto lontano il COVID-19 mentre il divieto di riunirsi nelle chiese esprimerebbe una mancanza di fiducia nel potere divino (Capponi, 2020). Quale Bibbia guida questi “profeti”? Non può essere lo stesso libro in cui Paolo (Filippesi, 4:13) scrive “Ho la forza per tutto per mezzo di Lui che mi dà il potere” (Senior, Collins e Getty, 2011, p. 1669).

Il ritorno della speranza

La speranza riaffiora in tempi di pericolo e possibilità. Nel 2008, durante una recessione globale, Barack Obama fu eletto alla presidenza americana sulla promessa di “speranza e cambiamento”. Ne conseguì un breve periodo di fascino per la speranza, culminato nella primavera araba del 2011. Entro il 2016, un’ampia parte dell’economia globale ha avuto una ripresa. La minaccia dell’Ebola è diminuita. L’ISIS ha perso il 95 % del suo territorio. I riferimenti alla speranza si sono ridotti. Ora, nel mezzo di una pandemia globale, la speranza occupa di nuovo il centro della scena.

Il 20 marzo 2020, il presidente americano Donald Trump ha propagandato i benefici di un cocktail di farmaci. Peter Alexander della NBC News ha chiesto al presidente: “È possibile che il Suo impulso a dare una svolta positiva alle cose possa dare agli americani un falso senso di speranza?”. Il 25 marzo, un titolo del Washington Post recitava: “Trump sta dando alla gente falsa speranza di cure per il coronavirus” (Snyder, 2020). In un’intervista del 25 marzo, il sindaco di Los Angeles Eric Garcetti ha avvertito: “Dare alle persone false speranze distruggerà il loro spirito e ucciderà più persone” (Mazza, 2020). Da Ginevra, in Svizzera, il direttore esecutivo del Programma di Emergenza Sanitaria dell’OMS, ha dichiarato: “Dire sì, che il virus scomparirà come l’influenza, significa dare una falsa speranza!” (Lovelace & Higgins-Dunn, 2020).

Che cos’è la speranza?

Il mio approccio integrativo alla speranza incorpora *quattro bisogni umani fondamentali: attaccamento, sopravvivenza, padronanza e spiritualità*. I primi tre sembrano ovvi. Perché includo la spiritualità? Il bisogno umano di fiducia e connessione (attaccamento), di liberazione e sicurezza (sopravvivenza), di ispirazione e validazione (padronanza), sarà sempre maggiore di quanto la vita umana possa offrire. Per ridurre il divario tra risorse e necessità, l’umanità ricorre a varie forme di spiritualità, a volte religiose ma non sempre, per ottenere un ulteriore senso di presenza, salvezza o *empowerment*.

Possiamo allargare ulteriormente la nostra prospettiva prendendo in considerazione due forme di speranza familiari a tutti, dagli accademici

al fruitore occasionale della psicologia popolare. La speranza può essere definita da un sostantivo o da un verbo. Come sostantivo, la speranza è un tratto caratteriale, una forza. Un individuo o è *hopeful* (speranzoso) o è *hopeless* (senza speranza). Come verbo, la speranza indica un processo emotivo che emerge in tempi di difficoltà o incertezza. La psicologa Magda Arnold (1960), nella tradizione di Tommaso d'Aquino, ha definito la speranza un' "emozione contendente", evocata da minacce o ostacoli.

Mille anni fa, nella lingua inglese, queste due prospettive sono già delineate; la speranza è "un'isola nel mezzo di una terra desolata" (speranza) o "un trampolino di lancio verso un punto più elevato" (aspettativa).

La speranza: ancora la migliore medicina

Potremmo dover aspettare da tre a sei mesi prima che gli antivirali COVID-19 efficaci si materializzino, diciotto mesi prima che un vaccino possa essere ampiamente distribuito con una certa sicurezza. Non abbiamo una risposta definitiva al fatto che una singola contrazione del virus conferisca l'immunità a vita. Le linee guida sul distanziamento sociale potrebbero essere estese fino al 2021. Il virus potrebbe non scomparire mai.

Tuttavia, la stragrande maggioranza della popolazione sopravviverà. Possediamo un sistema immunitario. Possiamo proteggerci. Ci sono professionisti straordinari in tutto il mondo, che stanno lavorando ai trattamenti. Sono iniziati almeno 20 studi diversi sui vaccini. Non siamo nel Medioevo, quando la morte nera spazzò via quasi la metà della popolazione europea.

La speranza è la migliore medicina perché consente di valutare informazioni, realtà e possibilità sia positive che negative. In un articolo classico su *stress e coping*, la psicologa Susan Folkman (2010) ha suggerito che la speranza può funzionare come forza fondamentale per aiutare il processo (di aspettativa, auspicio) quando sorgono sfide. Questo ha un senso intuitivo. Tuttavia, per motivi pratici, potremmo separare l'isola dal trampolino di lancio e considerare i modi in cui ogni forma di speranza possa essere rafforzata in maniera indipendente. Se mi venisse chiesto di offrire un'analogia medica per queste due forme di speranza, paragonerei la *hopefulness* (speranza, fiducia) con il sistema immunitario e *hoping*

(aspettativa, auspicio) con una serie di abitudini salutari. Entrambe sono importanti. Inizierò con la *hopefulness* (speranza, fiducia).

Un'isola nel mezzo di una terra desolata

Lo sviluppo della speranza è l'equivalente emotivo di un vaccino che conferisce immunità "ad ampio spettro". Questo è il modo in cui descrivo un recente studio realizzato nel nostro laboratorio sulla speranza, finanziato da una sovvenzione NIH, per offrire seminari sulla costruzione della speranza nei giovani, per proteggerli contro la depressione, l'ansia, la carenza di rispetto di sé e l'isolamento sociale.

L'allusione al legame tra la speranza e l'"immunità" non è meramente poetica. La letteratura mente-corpo rivela innumerevoli studi empirici, che collegano ciascuno dei quattro elementi della speranza (attaccamento attraverso la spiritualità) alla salute e alla guarigione.

Indipendentemente dalle circostanze, è possibile diventare un individuo più fiducioso. Iniziate oggi a esaminare le vostre attuali capacità (o deficit) nei settori dell'attaccamento, della sopravvivenza, della padronanza e della spiritualità. La professione medica suggerisce una varietà di auto-esami regolari per uomini e donne. Ecco il mio per la speranza (con i componenti essenziali della speranza tra parentesi).

Eseguire un auto-esame

L'attaccamento (apertura, fiducia, connessione): i rapporti di fiducia sono fondamentali per la speranza. Secondo Erik Erikson (1950), il primo compito della vita era quello di sviluppare la fiducia in presenza di un universo prevedibile e benigno. Il risultato positivo di questa sfida si tradurrebbe in un generale senso di speranza. Il filosofo Gabriel Marcel (1962) considerava la fiducia e l'apertura come i frutti e gli impegni della speranza fondamentale. Di chi ti fidi? Con quanta libertà puoi aprirti con quelli a te più vicini? Quanto spesso ti senti costretto a reprimere i tuoi veri sentimenti, a limitare i tuoi contatti, a scivolare nella deviazione per evitare conflitti?

La sopravvivenza (sorveglianza della realtà e costruzione della realtà):

il teologo William Lynch (1965) osservò che “la speranza più aumenta, più deve immergersi in profondità nei fatti” (p. 200). Franklin Shontz e Beatrice Wright (1968) hanno coniato il termine “sorveglianza della realtà” per descrivere le strategie concrete e specifiche impiegate dai genitori di bambini affetti da malattie potenzialmente letali. La vera speranza richiede la raccolta di dati e creatività. La negazione o la falsa speranza sono prive di accertamento dei fatti. Il cinismo manca di immaginazione. Chiedilo a te stesso. Riesci a spostarti avanti e indietro, tra il rilevamento dati e il sogno? Riesci a trovare un modo per fondere realtà e fantasia e ridurre la distanza tra il tuo zenith e l’orizzonte?

La padronanza (validazione e ispirazione): la padronanza di speranza non implica un obiettivo specifico o aspettative fisse su un risultato particolare. La vera speranza deriva da un senso generale di competenza, una o più fonti esterne di ispirazione e potenziamento dei complessi sé-altri (identità legate). Alcuni di questi concetti furono anticipati dallo psicologo e psicoanalista del Sé, Heinz Kohut. Chi ti ha dato sostegno da bambino? Su chi ti affidi per rispecchiare i tuoi punti di forza? Chi sono i tuoi eroi? Cosa definisci “grande e buono” e che cosa (o chi) è alla base di tale ispirazione?

La spiritualità: (sacro: presenza, certezza o empowerment). La fede è essenziale per la speranza. Per fede intendo “centri di valore”, un concetto sviluppato dallo psicologo James Fowler (1995). La fede può basarsi sulla religione, può essere religiosa e spirituale, oppure spirituale ma non religiosa. Quale dei seguenti centri di valore si addice a te (seleziona solo quelli che si applicano a te): Dio, un potere superiore non specifico, natura, umanità, arte, scienza, tecnologia? Quali dei seguenti tipi spirituali descrivono il tuo modo di essere nel mondo (seleziona solo quelli che si applicano a te): *un seguace che desidera la struttura, un indipendente in cerca di controllo, un collaboratore, un mistico che brama connessione, un riformatore dedito alla giustizia sociale, un sofferente in cerca di guarigione?*

Un trampolino di lancio per un’elevazione maggiore

Il processo della speranza può essere paragonato alle abitudini salutari progettate per la cura di sé. La metafora “trampolino di lancio” riguarda tutti e quattro gli elementi di speranza, poiché ciascuno può impartire un senso di elevazione, un salto emotivo verso l’alto.

Sperando nell'Attaccamento

La speranza è alimentata dalla fiducia e richiede un certo livello di apertura. Non puoi consentire che il distanziamento sociale porti al distanziamento emotivo. La speranza in un silo muore. Sviluppa un elenco di persone di cui ti fidi profondamente e pianifica di contattarli. Tuttavia, prima di parlare, chattare, inviare messaggi, ecc., considera sia i tuoi valori coincidenti sia le aree in cui potresti non essere completamente d'accordo. Dirigersi verso un terreno comune. In *Hope in the age of anxiety* (Scioli & Biller, 2009) elenco le qualità di chi fornisce buone speranze. Cerca questi individui e stai alla larga dagli "assassini dei sogni". Coloro che in misura maggiore diffondono speranza dimostrano: *disponibilità, presenza e capacità di stabilire un contatto*. Si rendono disponibili fornendo accesso, rendendosi affidabili e anticipando i tuoi bisogni. Sono presenti perché si concentrano, offrono uno spazio sicuro e irradiano autenticità. Si mettono in contatto immergendosi pienamente nell'esperienza di connessione, dimostrando chiarezza di intenzioni e offrendo continuità sotto forma di rituali preziosi.

Sperando nella Sopravvivenza

La sorveglianza della realtà e la costruzione della realtà sono processi correlati. Una ricerca recente su percorsi mentali nel tempo orientati al futuro evidenzia l'importante ruolo della memoria e delle esperienze passate nel generare immagini dei giorni a venire. Coloro che praticano una maggiore consapevolezza mentale, come descritto da Ellen Langer (2002), sono meglio attrezzati per modellare 'paesaggi' futuri più flessibili e creativi. Il coraggio è un prerequisito sotto-stimato per la sorveglianza della realtà. Molte persone limitano la loro assunzione di informazioni ai media tendenti a sinistra o tendenti a destra, che si allineano a credenze o atteggiamenti di lunga data. In effetti, hanno scelto una visione "unidimensionale" del mondo. Con coraggio, potrebbero avventurarsi a guardare una volta attraverso il lato sinistro, un'altra volta attraverso il lato destro e, come il sistema visivo umano binoculare, potrebbero emergere con una prospettiva più profonda.

Nel loro studio classico sui bambini con malattie potenzialmente letali, Wright e Shontz (1968) hanno elencato una serie di strategie concrete progettate per facilitare il processo verso la speranza. Quattro com-

piti sembrano facilmente trasferibili all'attuale pandemia: intraprendere azioni responsabili (autoesplicative), riflettere sulle risorse personali (età, salute, esperienza di vita, supporto sociale, ecc.), riporre fiducia nelle forze della crescita (il potere della maturazione) e apprezzare le condizioni ambientali favorevoli (attività fuori casa, clima più caldo, nuovi luoghi di testing, ecc.).

Sperando nella Padronanza

Il *mirroring* e l'idealizzazione non sono mie idee. Hanno avuto origine con Heinz Kohut (1970). Tuttavia, dopo aver studiato la speranza per tre decenni, devo ancora trovare un modo migliore per catturare la qualità della padronanza di speranza. Passando dalla speranza alle aspettative, il primo compito è quello di garantire la validazione, il secondo è quello di raccogliere l'ispirazione. Un modo per organizzare il tuo pensiero riguardo al processo di validazione è usare molte delle categorie proposte da Gordon Allport (1955) per definire la natura multiforme dell'immagine di sé. Mi piacciono questi sei: *il sé corporeo, il raggiungimento del sé, il sé esteso (possedimenti e preoccupazioni), il sé pubblico, il sé di fronte e il sé che si sforza (scopi e obiettivi a lungo termine)*. Puoi utilizzare questo elenco per riflettere sulle tue risorse, oppure puoi creare una matrice e allineare ogni autocostruzione con un individuo particolare per contattare chi può rispecchiare (convalidare) questa parte di te. Questo esercizio può aiutare a compensare le infinite riflessioni sulla vulnerabilità personale al COVID-19. Sei qualcosa di più di un sistema immunitario diffidente che si nasconde da un nemico invisibile.

L'ispirazione può provenire da molte fonti. La storia è un luogo naturale in cui cercare storie di coraggio e determinazione. Se preferisci un esercizio strutturato, crea un elenco dei seguenti personaggi (che rappresentano diversi punti di forza): il venditore persuasivo, l'autore di libri intelligenti, l'intrattenitore, l'esploratore, il lavoratore, l'artista, il collaboratore. Seleziona tre personaggi con cui ti identifichi in termini di punti di forza e passioni. Chi ha rispecchiato queste abilità in te nel passato? Ora identifica tre modelli di ruolo che ritieni stimolanti, prendendo in considerazione uno dei sette personaggi. Infine, scrivi tre paragrafi, uno per ciascun modello, descrivendo come potresti trasformare il loro esempio (ad esempio, etica del lavoro, creatività, umiltà) in lezioni più ampie per elevare ulteriormente i tuoi impegni e le tue azioni.

Sperando nella Spiritualità

La mia pratica spirituale preferita è organizzata attorno ad attività separate del cervello sinistro e del cervello destro per ciascuno dei sei tipi spirituali descritti nella sezione precedente. Per diversi gruppi di clienti, ho replicato sette volte questa tabella due-per-sei, offrendo una versione per ciascuna delle principali religioni mondiali. Puoi creare il tuo esercizio. Identifica il tuo tipo spirituale (indipendente, mistico, sofferente, ecc.) e concentrati sul tuo sistema religioso (cristiano, ebreo, musulmano, nativo americano, indù, ecc.). Se non sei religioso, cosa significa “spiritualità” per te? È radicato nella scienza, nella natura o nell’arte? Su un pezzo di carta, disegna un tavolo con tre file e tre colonne. Ad esempio, sei un mistico ma non religioso, e la “natura” si trova nel tuo centro spirituale. Da sinistra a destra nella riga superiore, scrivi: Cervello Sinistro, Cervello Destro 1 e Cervello Destro 2. Nella seconda fila, da sinistra a destra, scrivi: lettura, musica e immersione. Per completare la terza fila, da sinistra a destra, dovrai fare alcune ricerche. Trova passaggi da leggere in linea con il tuo centro spirituale e il tuo tipo spirituale (Cervello Sinistro), quindi trova un brano musicale adatto al tuo tipo e forma di spiritualità (Cervello Destro 1). Infine, pianifica un’esperienza di immersione, reale o virtuale (Cervello Destro 2). Ad esempio, se hai selezionato la natura, pianifica una passeggiata o un giro in bicicletta o usa il telefono, il computer o la televisione per immergerti in una foresta, un’esperienza sul lago o una spedizione in montagna.

Speranza e leadership

Napoleone dichiarò che un leader è un commerciante della speranza. John W. Gardner (1990), ex segretario alla salute, istruzione e welfare degli Stati Uniti, ha punteggiato il suo lavoro principale, *On leadership*, con questa semplice frase: “Il primo e ultimo compito di un leader è mantenere viva la speranza”. Per diversi anni ho studiato la speranza manifestata nei discorsi dei presidenti americani. Un distinto “profilo di speranza” viene generato quando l’evidenza storica è combinata con un sistema affidabile di analisi del contenuto del discorso. Alcuni presidenti sono stati particolarmente efficaci nel promuovere l’attaccamento o la speranza di

padronanza, mentre altri hanno eccelso nel promuovere la sopravvivenza o la speranza spirituale. Adottando una lente più ampia, ho riportato di seguito il mio breve elenco dei quattro maggiori “fornitori di speranza” degli ultimi cento anni.

Nelson Mandela. I grandi leader unificano (speranza di attaccamento: fiducia e connessione). Nelson Mandela ha trascorso 27 anni in prigione. Durante la sua prigionia morirono sia la madre che il figlio maggiore. Non gli è stato permesso di assistere ai loro funerali (Mandela, 1995). Nonostante il duro trattamento e l’isolamento, Mandela, da presidente, ha incoraggiato l’unità e la costruzione della pace. “Ho visto la mia missione come quella di predicare la riconciliazione, di ricucire le ferite del paese, di generare fiducia... tutti i sudafricani ora devono unirsi e unire le mani... siamo un paese, una nazione, un popolo” (Mandela, 1995, pp. 619-620). Quando un leader nero molto popolare è stato ucciso da un immigrato bianco, Mandela ha chiesto ai sudafricani di “stare insieme”, per notare che era “una donna bianca... che ha rischiato la vita in modo che potessimo conoscere e consegnare alla giustizia questo assassino”. Nel 1995, Mandela “visitò la vedova dell’uomo che era stato il principale architetto del regime dell’apartheid... Si rallegrò quando la squadra nazionale di rugby vinse il campionato del mondo anche se questa squadra era stata un simbolo del razzismo e del potere afrikaner per decenni” (Hogg, 2013).

Winston Churchill. I grandi leader trasferiscono il potere (padronanza della speranza: convalida e ispirazione). Winston Churchill ha subito una serie di battute d’arresto politiche nella sua carriera. Tuttavia, per un periodo di cinque anni durante la seconda guerra mondiale, nessun leader del 20° secolo ha fornito una maggiore convalida o ispirazione nazionale. Alzando costantemente la mano destra per fare il segno “V” per la vittoria, Churchill era noto per il suo “spirito bulldog” che si rifiutava di accettare la sconfitta. In poco più di un mese, ha consegnato tre classici dell’ispirazione, “sangue, fatica, lacrime e sudore”, “questa era la loro ora più bella” e “dovremo combattere sulle spiagge”. Per quanto riguarda il terzo discorso, la romanziera britannica Vita Sackville-West ha osservato “... mi ha fatto venire i brividi lungo la schiena ...si sente l’intero massiccio sostegno del potere e la risolutezza dietro di essi” (Gilbert, 1991, p. 656).

Franklin Delano Roosevelt (FDR). I fornitori di speranza sono idealisti senza illusioni (speranza di sopravvivenza: costruzione della realtà e sor-

veglanza della realtà). FDR liberò l'America dalla Grande Depressione e aiutò a sconfiggere le potenze dell'Asse durante la Seconda Guerra Mondiale. Roosevelt scatenò la nazione con il suo primo discorso inaugurale. "...l'unica cosa di cui dobbiamo avere paura è la paura stessa", "...la nostra angoscia non deriva da un fallimento sostanziale ...l'abbondanza è a portata di mano" (Avalon.law.yale.edu). Jonathan Alter (Alter, 2007) ha soprannominato i primi cento giorni di FDR, un "trionfo della speranza". La psicologa Susan Folkman (2010) ha osservato che la speranza, diversamente dall'ottimismo cieco o dal pessimismo, è progettata unicamente per affrontare il negativo e il positivo, il reale e il possibile. Scrive Alter (2007), "Una promessa che Roosevelt non ha mai osato fare... è stata 'ripristinare la fiducia', ...avrebbe dovuto riportare la speranza in un modo che dava senso alle banalità" (Alter, 2007, p. 132). Nel suo discorso inaugurale FDR ha osservato che "solo uno sciocco ottimista può negare l'oscura realtà del momento" (Avalon.law.yale.edu). Il suo "New Deal" includeva un massiccio piano di costruzione di infrastrutture, riforme bancarie, diritti di contrattazione collettiva per i sindacati e sicurezza sociale.

Mahatma Gandhi. I grandi leader invocano poteri superiori (speranza spirituale: attaccamento trascendente, sopravvivenza, padronanza). Gandhi comprese il massiccio ed eterogeneo 'paesaggio' del suo paese, con 350 milioni di abitanti e 700.000 villaggi. Ha costantemente cercato parole e azioni che potrebbero favorire un maggiore senso di appartenenza. "Realizzare Dio è vederlo in tutto ciò che vive... realizzare la nostra unità" (Jayabalan, 2020). Gandhi ha digiunato, conquistando "il cuore non solo del suo popolo ma anche di molti in tutto il mondo" (Shah, 2020). Ha incoraggiato il Khadi, la pratica indiana di filare e tessere, un modo per creare un ponte che collegasse tutti gli indiani (Rao, 2017). La liberazione è implicita nella speranza. Le catene sono un simbolo di disperazione. Una volta iniziata la seconda guerra mondiale, Gandhi mise in evidenza la più grande incoerenza spirituale della Gran Bretagna: combattere una guerra per la libertà mentre soggiogava l'India. Nel suo famoso discorso "Abbandona l'India" (ovvero il discorso "Do or Die"), Gandhi ha chiesto alla nazione di impegnarsi pienamente nella lotta per l'indipendenza. Ha ripetutamente citato un serbatoio spirituale di poteri superiori, punteggiato da riferimenti a "l'arma di Ahimsa" (progresso non violento) e al "nostro silenzioso, incessante Sadhana" (esercizi di progressione spirituale) (mkgandhi.org).

Reclutando la speranza: bypassare il genitore inadeguato

In *Resilient adults*, Gina O'Connell Higgins (1994) descrive dettagliatamente il suo studio su individui che prosperavano nonostante le terribili circostanze dell'infanzia. In due capitoli su "loci of hope", Higgins descrive una varietà di strategie di reclutamento di cure impiegate dai bambini, progettate per compensare l'abbandono o l'abuso dei genitori, che hanno trasformato la "sottile maternità surrogata" in "porti sicuri". La breve storia di COVID-19 suggerisce che potrebbe essere necessaria un'analogia meta-strategia per favorire la speranza su una scala di massa; bypassare i leader che sono l'archetipo equivalente di un genitore inadeguato.

Di seguito sono elencate nove strategie per reclutare la speranza. Molte di queste strategie sono già in uso. Tuttavia, sono sparse in tutto il mondo. Questo elenco non è esaustivo. Una maggiore speranza verrà da ulteriore creatività e immaginazione. Associa ogni strategia a una metafora e a una citazione. I filosofi della mente suggeriscono che le metafore delle emozioni si sono evolute per articolare il "sentire" di stati emozionali altrimenti inesprimibili. Per coloro che cercano di allargare il loro repertorio di speranza, le metafore possono svolgere una funzione di orientamento. Wiitala e Dansereau (2004) hanno dimostrato il valore di aggiungere citazioni agli esercizi di scrittura standard per contrastare il "pensiero a circuito chiuso" introducendo nuove immagini nella consapevolezza. Wittgenstein (1953) ha sottolineato il potere delle immagini mentali per guidare l'essere e il vedere. Spero che vengano messe in atto strategie sufficienti per affrontare tutti e nove gli elementi della speranza, premendo pertanto l'interruttore per completare un circuito di luce in questo tempo di oscurità.

Il reclutamento della speranza di attaccamento

1. Fiducia e apertura.

Metafora orientativa: la speranza è un punto di aggancio; un'ancora (Olsman et al. 2014).

Citazione guida: "La speranza è fede che tende la mano nell'oscurità" (George Iles, 1918, p. 167).

Strategia: agire a livello globale. L'Organizzazione Mondiale della Salute rimane la migliore speranza per schierare le risposte correlate

alle crisi sanitarie globali. I lettori potrebbero trovare un modo per supportare l'OMS che sia coerente con i loro interessi e capacità. L'OMS ha lanciato un Fondo di risposta alla solidarietà COVID-19 (<https://covid19responsefund.org>). Per coloro che hanno particolari interessi nella salute mentale, l'OMS ha un dipartimento di salute mentale e uso di sostanze. L'attuale direttore è la dottoressa Michelle Funk (funkm@who.int).

2. Connessione.

Metafora orientativa: la speranza è comunione (Hammer, Hall e Mogenssen, 2013).

Citazione guida: “Nelle mani unite c'è ancora qualche segno di speranza, nel pugno stretto nessuno” (Victor Hugo, 1896, p. 275).

Strategia: coinvolgere gli altri. AgeLab del Massachusetts Institute of Technology è nato nel 1999 per favorire una sana longevità attraverso lo sviluppo di idee e tecnologia. AgeLab sta generando rapporti su come COVID-19 influisce sulla connessione sociale e offre prospettive sul virus da parte di americani di diverse generazioni. Questo articolo del ricercatore di AgeLab Taylor Pat-skanick delinea una serie di modi per promuovere le connessioni sociali attraverso le generazioni durante una pandemia: news.mit.edu/2020/connecting-across-generations-during-a-time-of-social-distancing-0331.

Il reclutamento della speranza di sopravvivenza

3. Sorveglianza della realtà.

Metafora orientativa: La speranza è un ponte (Breznitz, 1986).

Citazione guida: Florence Nightingale è stata chiamata “la signora con la lampada”. È considerata una fondatrice dell'assistenza infermieristica moderna che ha sottolineato il controllo delle infezioni, la cura di sé e le riforme della salute pubblica. Secondo Francis Galton (citato in Pearson, 1924, p. 415), Nightingale credeva che le statistiche fornissero il codice per “comprendere i pensieri di Dio... poiché questi sono la misura del Suo scopo”. Ecco un altro classico di Nightingale. “L'umanità deve fare il paradiso prima di “andare in paradiso” (McDonald, 2006, p. 16).

Strategia: considera la fonte. Con questa nuova e mortale malattia, non puoi permetterti di indulgere in “notizie false”. *The Conversation* è un sito di notizie online indipendente e senza scopo di lucro. È stata fondata in Australia e ampliata negli Stati Uniti, nel Regno Unito, in Sudafrica e in Francia. Gli articoli sono scritti da accademici e ricercatori. Ecco il link ai loro articoli su Covid-19: theconversation.com/us/covid-19.

4. Costruzione della realtà.

Metafora orientativa: la speranza prende il volo; la speranza cresce (Averill et al. 1990).

Citazione guida. In Riccardo III (5.2.25-26), il Conte di Richmond organizza una ribellione contro il re megalomane. Walter Herbert teme che gli uomini del re si uniranno alla battaglia. James Blunt risponde: “Non ha amici se non quelli che hanno troppa paura di sfidarlo”. Il Conte prevede una strada per la vittoria e afferma quanto segue: “La vera speranza è rapida e vola con le ali di rondine” (Shakespeare: Mowat & Werstine, 2018, p. 271).

Strategia: seguire chi dà speranza. Durante una conferenza stampa a John F. Kennedy è stato chiesto di commentare un sondaggio secondo cui molti americani avevano resistito al suo invito a porre fine alla segregazione. Nel contesto di COVID-19, la risposta di Kennedy assume un'importanza speciale. Nel fare la distinzione tra l'osservazione del sondaggio e la leadership, ha sottolineato: “...non è una questione su cui è possibile misurare la temperatura ogni settimana o due settimane o tre settimane” (JFKlibrary.org). Tra i leader globali, coloro che hanno reagito nel peggior modo alla pandemia hanno manifestato ottimismo cieco e limitate capacità di costruzione della realtà. Bolsonaro (Brasile), Johnson (Regno Unito), Lukashenko (Bielorussia) e Trump (Stati Uniti) sono i nuovi “quattro cavalieri dell'apocalisse”. Al contrario, il primo ministro neozelandese Jacinda Ardern, è riuscita a creare messaggi di vera speranza che riconoscono le insidie e allo stesso tempo le misure giuste da adottare. Uno dei suoi concetti preferiti è la “bolla” personale-sociale-lavorativa. Come notato in un recente editoriale, la Arden tende a non riferirsi al coronavirus come a un ‘nemico’ o ai suoi concittadini come ‘soldati’. Parla invece di una “squadra di 5 milioni”, la popolazione della sua nazione. Quando le è stato chiesto se avesse paura del virus, ha risposto: “No. Per-

ché abbiamo un piano” (Christian Science Monitor, 2020).

Il reclutamento della speranza della padronanza

5. Convalida.

Metafora orientativa: la speranza è calore e passione (Averill, Catlin e Chon, 1990).

Citazione guida: la citazione seguente è di Albert Camus, premio Nobel per la letteratura nel 1957. Tra le sue opere c'è *The plague*, un'opera classica del 1947. “Nel mezzo dell'inverno, ho scoperto che c'era in me un'estate invincibile” (Albert Camus in Thody, 1968, p. 169).

Strategia: essere una musa ispiratrice per coloro che lavorano in prima linea. Nella comunità di Bayside a New York, ogni sera alle 19:00, le persone escono di casa per applaudire e cantare per i lavoratori in prima linea. Battono pentole, suonano campane e spesso finiscono con una canzone con messaggi di speranza come “New York, New York” o “Lean on Me” (Mohamed, 2020).

6. Ispirazione.

Nell'accettare il Premio Nobel per la letteratura nel 1949, William Faulkner dichiarò: “il dovere dello scrittore... [è] aiutare l'umanità a resistere sollevando il cuore, ricordando all'umanità il coraggio, l'onore e la speranza...” (<https://nobelprize.org>).

Metafora orientativa: la speranza è luce (Averill et al. 1990).

Citazione guida: Albert Schweitzer ha ricevuto il premio Nobel per la Pace nel 1953. Per molti anni ha gestito un ospedale in Africa. Ha usato il premio Nobel di 33.000 \$ per ingrandire il suo ospedale e costruire un sanatorio per coloro affetti da lebbra. “Spesso, anche la nostra luce si spegne, e viene riaccesa... da qualche esperienza che viviamo attraverso un altro essere umano... che ha acceso le fiamme dentro di noi” (Schweitzer, 1997, p. 68).

Strategia: sostenere la biblioterapia. La libreria GleeBooks a Sydney, in Australia, ha consegnato libri in bicicletta a coloro che non erano in grado o non volevano lasciare la propria casa (Hsu e Redmayne, 2020). A Gaza, Osame Fayyad ha creato una squadra che sterilizza i libri (risorse altrimenti “intrappolate” nelle biblioteche), per poi consegnarli ai giovani, anche usando le biciclette (Middle East Monitor, 2020).

Il reclutamento della speranza spirituale

La mia ricerca sui tipi di speranza espressi nelle religioni del mondo (Scioli & Biller, 2009) suggerisce che alcuni sistemi di fede sono più propensi a evidenziare le preoccupazioni relative all'attaccamento, mentre altri sottolineano maggiormente la padronanza o le questioni di sopravvivenza (Attaccamento: giudeo-cristiano; Salvezza: buddhismo; Maestria: induismo).

7. Presenza spirituale.

Metafora orientativa: la speranza è una corda (ebraico "Tikvah"; Giosuè 2:17-21, in Senior et al. 2011, p. 270).

Citazione guida: "Due corde sono meglio di una... Se una delle due si rompe, una può aiutare l'altra... un cordone di tre corde non è facilmente spezzabile" (Ecclesiaste 4: 9-12; Senior et al. 2011, p. 883).

Strategia: onora i tuoi debiti spirituali. Nel 1847, durante la grande carestia delle patate, una tribù di nativi americani inviò denaro in Irlanda per aiutare le famiglie affamate. Nel maggio del 2020, la Navajo Nation ha registrato il più alto tasso pro capite di casi COVID-19 negli Stati Uniti. Ricordando il dono di 173 anni prima, i cittadini irlandesi hanno contribuito con quasi il 20% del denaro raccolto tramite una pagina GoFundMe per le famiglie Navajo e Hopi (Haslett, 2020).

8. Sicurezza spirituale.

Metafora orientativa: la speranza è un'area protetta (Breznitz, 1986).

Citazione guida: secondo il sociologo Émile Durkheim (vedi Allan, 2007, p. 82) il buddhismo è la "grande religione della salvezza". Alla luce delle lotte globali per l'uso della mascherina, la seguente citazione è un correttivo spirituale del Buddha. "Tutti tremano; tutti temono la morte: mettendosi al posto di un altro, non si dovrebbe uccidere né far uccidere un altro" (Dhammapada 129; Fronsdal, 2006, p. 35).

Strategia: predicare l'egoismo illuminato. Nei paesi individualisti l'uso della mascherina è visto principalmente in termini di autoprotezione. Nelle culture asiatiche collettiviste, le mascherine proteggono gli altri. C'è del vero in entrambe le prospettive. In un video della Repubblica Ceca (#masks4All), un'attrice afferma: "Quando entrambi abbiamo le mascherine, io ti proteggo, tu mi proteggi".

9. Potenzamento spirituale.

Due obiettivi principali della fede Indù sono: coltivare l'atman interiore, una fonte di energia interna collegata all'infinito, e discernere il proprio dharma.

Metafora orientativa: la speranza è un'abilità (Breznitz, 1986).

Citazione guida: in Indù, il dharma si riferisce a una particolare forma di dovere morale che sostiene, difende e aiuta l'azione individuale, nonché il più vasto ordine cosmico (rlp.hds.harvard.edu). In Occidente, la definizione più vicina appare in *Fear and trembling* di Kierkegaard (Hines, 2013), in cui descrive “il cavaliere della fede” come chi persegue una chiamata superiore con grande risolutezza. La seguente citazione è del Ramayana. “Tutto è ottenuto per mezzo del Dharma, poiché il mondo ha il Dharma come sua essenza” (Prasad, 2009, p. 85).

Strategia: fai la tua parte per sostenere il mondo. In Kerala (India), l'efficiente ministra della salute K. K. Shailaja, si è guadagnata il soprannome di “Assassina del Coronavirus” (Spinney, 2020). Ex insegnante e attivista politica, il suo approccio era radicato in un'abile fusione di scienza, abilità politica e spiritualità; un perfetto esempio di dharma in azione. Si è consultata con squadre di esperti sanitari, ha analizzato previsioni epidemiologiche e una quantità infinita di statistiche. Parlando con un gruppo di letteratura femminile, Shailaja ha anche affermato che una serie di poteri superiori erano vicini e cari a lei, tra cui Krishna (amore e compassione), Rama (sostenitore del Dharma) e Gesù.

N.d.R. Consulenza e supervisione linguistica per la traduzione dall'inglese all'italiano effettuate dalla Prof.ssa Concetta Cirigliano Perna (Macquarie University, Sydney).

SARS-CoV-2 e COVID-19: una storia nuova?

Marino Bonasso

*Ed ecco mi apparve un cavallo verde.
Colui che lo cavalcava si chiamava Morte
e gli veniva dietro l'Inferno.
Fu dato loro potere sopra la quarta parte della terra
per sterminare con la spada, con la fame,
con la peste e con le fiere della terra.
Apocalisse, 6, 8*

L'inizio

Nel gennaio 2020 l'Organizzazione Mondiale della Salute (OMS) ha dichiarato ufficialmente l'inizio di una nuova epidemia avente come agente eziologico un tipo di coronavirus ancora sconosciuto, e l'ha denominata COVID-19 (COrona VIRus Disease 2019), sottolineandone inoltre il rischio di diffusione.

Nel mese di marzo, l'Organizzazione ha dichiarato che tale infezione, in ragione della sua ampia diffusione nel mondo, rivestiva le caratteristiche di una pandemia.

Per quanto riguarda il nostro Paese, il Ministro della Salute il 22 gen-

naio ha riunito una task force per coordinare, in continuo contatto con le istituzioni internazionali competenti, tra cui l'OMS, gli interventi opportuni.

La task force è composta, tra gli altri, dalla Direzione Generale per la Prevenzione, dai carabinieri dei NAS, dall'Istituto Superiore di Sanità (ISS), dall'Istituto Nazionale per le Malattie Infettive "Lazzaro Spallanzani" di Roma, dall'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA).

Il 31 gennaio il Consiglio dei Ministri ha dichiarato lo stato di emergenza sanitaria per l'epidemia da nuovo coronavirus, attivando tutti gli strumenti normativi precauzionali previsti in Italia in questi casi. Ciò è avvenuto il giorno successivo la conferma, da parte dell'ISS, dei primi due casi.

Si trattava di due turisti cinesi, ricoverati dal 29 gennaio all'Istituto Nazionale per le Malattie Infettive "Lazzaro Spallanzani".

Il 21 febbraio l'ISS ha confermato il primo caso autoctono in Italia, risultato positivo all'Ospedale Sacco di Milano.

Successivamente, per l'elevata e progressiva diffusione dell'epidemia in tutto il territorio nazionale, in particolare nelle regioni del Nord, sono state prese misure preventive di sanità pubblica di "distanziamento sociale", inizialmente localizzate in alcune aree ristrette e via via, a partire dall'11 marzo 2020, estese a tutta l'Italia (il cosiddetto "lockdown" o confinamento).

Ma facciamo un passo indietro

Abbiamo detto che i primi due casi confermati sul territorio italiano erano rappresentati da due turisti cinesi.

Ed è proprio nella Cina centrale, a Wuhan, capoluogo con più di 11 milioni di abitanti, che il 12 dicembre 2019 la Commissione Municipale per la Salute riferiva di 27 casi di polmonite virale, sette dei quali di grado severo.

La maggior parte dei pazienti risultati ammalati presentavano una storia di esposizione ad animali selvatici in vendita presso un mercato della città, in cui sono normalmente venduti animali vivi, tra cui pollame, serpenti, pipistrelli, rane, zibetti, tartarughe ed altri ancora ("wet markets").

L'agente causale fu identificato come un nuovo tipo di coronavirus,

temporaneamente chiamato dall'OMS 2019-nCoV e poi successivamente rinominato SARS-CoV-2.

Per meglio comprendere questa infezione, è opportuno spendere alcune parole per illustrare alcune caratteristiche di questo gruppo di virus.

SARS-CoV-2 e i suoi parenti

Nel 1912 alcuni veterinari tedeschi si arrovellarono per un po' di tempo sul caso di un gatto che presentava febbre ed un enorme rigonfiamento addominale, senza arrivare a capirne la causa; oggi si pensa che questo rappresenti il primo esempio mai registrato di una patologia causata da un coronavirus; i veterinari allora non ne erano a conoscenza ma i coronavirus erano anche causa di bronchite nei polli e di una malattia intestinale nei maiali, che determinava la morte dei giovani esemplari.

Il legame tra questi patogeni divenne chiaro negli anni '60, quando alcuni ricercatori isolarono due virus con strutture a forma di corona che causavano raffreddori comuni nell'essere umano.

Venne presto evidenziato che la struttura della superficie di questi virus, così come la si vedeva al microscopio elettronico, era costellata di protrusioni, ed era del tutto simile a quella dei virus patogeni per gli animali. In ragione del loro aspetto, simile alla corona solare, nel 1968 venne coniato il termine di coronavirus per l'intero gruppo.

Gli studiosi pensavano che, nell'essere umano, essi fossero causa di malattie esclusivamente ad andamento benigno.

Fino a quando, nel 2003, non scoppiò l'epidemia di SARS (Severe Acute Respiratory Syndrome).

Anche in questo caso il primo focolaio si presentò in Cina, nel Guandong, provincia della Cina meridionale; la diffusione dell'epidemia coinvolse più di 8.000 persone, in 26 Paesi.

Il quadro clinico era caratterizzato dalla presenza di sintomi simil-influenzali, con possibile evoluzione verso l'insufficienza respiratoria grave; l'agente infettivo era rappresentato, anche in questo caso, da un coronavirus: il SARS-CoV.

Successivamente, nel 2012, in Arabia Saudita, si presentò un'altra epidemia caratterizzata da gravi sintomi respiratori e anche questa aveva come agente patogeno un altro coronavirus: il MERS-CoV.

Alcune caratteristiche morfo-funzionali dei coronavirus

Tra i virus patogeni per l'uomo, i coronavirus sono piuttosto di grandi dimensioni e il loro corredo genetico, rappresentato da RNA, è piuttosto cospicuo: tre volte più grande di quello dell'HIV e dell'epatite C e due volte più grande di quello dei virus influenzali.

Inoltre essi godono della capacità di una elevata ricombinazione genetica: cioè se due coronavirus di diverse specie infettano la stessa cellula, essi possono scambiarsi frammenti di RNA, venendosi così a creare un tipo di virus più aggressivo, che può infettare nuovi tipi di cellule all'interno dello stesso organismo e, addirittura, fare il “salto di specie” (quello che gli epidemiologi chiamano “spillover”), cioè infettare individui di un'altra specie, adattarvi e, successivamente, acquisire la capacità di trasmissione tra i suoi individui.

Per quanto riguarda la comparsa del primo coronavirus, le stime sono molto variabili: da 10 mila a 300 milioni di anni fa.

Attualmente ne sono state identificate decine di specie, ma solo sette sono patogene per l'uomo: quattro causano il comune raffreddore (due provenienti dai roditori e due dai pipistrelli); le tre specie che causano patologie più severe – SARS-CoV (l'agente della SARS), MERS-CoV (l'agente della MERS) e il SARS-CoV-2 – provengono tutte dai pipistrelli; in questo caso roditori e pipistrelli rappresentano il “serbatoio” dell'infezione (o “reservoir”). Nelle specie “serbatoio” i virus si moltiplicano senza danneggiare il loro ospite.

Esistono inoltre “ospiti intermedi”, detti di “amplificazione”, che, per vari motivi, come ad esempio le caratteristiche del loro sistema immunitario, possono funzionare come una “cassa di risonanza” contribuendo, una volta infettati, ad aumentare enormemente la replicazione virale, favorendone la diffusione verso l'ospite finale.

Nel caso del COVID-19 l'ospite intermedio sarebbe rappresentato dallo zibetto che, come già visto, è una delle specie vendute nei mercati di animali.

Naturalmente, l'uomo rappresenta l'ospite finale, cioè quello in cui l'infezione si manifesta clinicamente.

Come il virus si diffonde nel nostro organismo e lo danneggia

Nonostante i coronavirus possano infettare vari tipi di cellule, essi causano prevalentemente infezioni respiratorie.

Ma mentre le quattro specie che causano il comune raffreddore attaccano facilmente le vie aeree superiori e MERS-CoV e SARS-CoV presentano una maggiore affinità per il polmone, sfortunatamente SARS-CoV-2 riesce a far bene entrambe le cose.

Ciò consente al virus di avere a disposizione due punti di attacco: se poche particelle virali possono dare origine ad una banale infezione della gola, una maggiore carica virale potrebbe essere in grado di raggiungere i polmoni, dando origine ad una polmonite.

Ecco perché i pazienti affetti da COVID-19 possono presentare quadri clinici differenti: dalla semplice presenza di tosse, con alterazione di gusto e olfatto, fino alla polmonite di grave entità; ciò probabilmente dipende dalla maggiore o minore competenza del sistema immunitario nell'eliminare il virus.

Il fatto che SARS-CoV-2, a differenza del suo parente stretto SARS-CoV, sia in grado di replicarsi nelle vie aeree superiori, fa sì che esso possa riversare particelle infettanti nella saliva prima della comparsa di sintomi, determinando così una facile diffusione dell'infezione da persona a persona; al contrario SARS-CoV si diffonde solamente a malattia conclamata.

Se il virus raggiunge il polmone, così come fanno SARS-CoV e i virus influenzali, distrugge gli alveoli polmonari (i piccolissimi "sacchetti" posti al termine delle ramificazioni bronchiali che consentono lo scambio dei gas respiratori tra il sangue e l'ambiente esterno); la distruzione della barriera alveolare fa sì che il plasma, la parte liquida del sangue, refluisca all'interno degli alveoli stessi, compromettendo il regolare scambio di ossigeno; inoltre l'arrivo dei globuli bianchi, con l'intento di arginare l'infezione, fa sì che le piccole vie aeree si ostruiscano, peggiorando la situazione.

A questo punto una adeguata risposta immune può far sì che l'infezione si arresti o venga comunque contenuta.

Se però tale risposta è eccessiva, può avvenire un danno al tessuto polmonare, talvolta così esteso da determinare una grave insufficienza respiratoria e la conseguente morte del paziente.

Così come per SARS-CoV e MERS-CoV e altri coronavirus animali, il danno non si ferma ai polmoni.

Come abbiamo detto poc' anzi, l'infezione da SARS-CoV-2 può innescare una risposta immunitaria eccessiva, nota come “tempesta citochinica” (essendo le citochine importanti mediatori dell'infiammazione), tale da determinare un danno talmente esteso e grave di altri organi, come il rene e il fegato, fino al loro completo scompenso e quindi alla morte del paziente.

Il virus può anche infettare l'intestino, il cuore, l'occhio, il cervello, il rene, il fegato attraverso il torrente circolatorio; non è ben chiaro se il danno è dovuto all'azione diretta del virus oppure, come abbiamo visto prima, alla “tempesta citochinica”.

Come il virus si trasmette da persona a persona

Così come succede per la normale influenza, SARS-CoV-2 si diffonde veicolato dai “droplets”, goccioline respiratorie, costituite principalmente da acqua, emesse dalle vie aeree superiori quando una persona tossisce, starnutisce o parla, raggiungendo le mucose di un altro individuo.

I “droplets” generalmente non viaggiano per più di due metri e non rimangono nell'aria; l'infezione si può anche trasmettere se una persona tocca una superficie infetta e successivamente si tocca gli occhi, il naso o la bocca.

È controverso se SARS-CoV-2 si possa trasmettere per via aerea, cioè attraverso particelle più piccole dei “droplets” che rimangono nell'aria per più tempo (secondo alcuni per ben 3 ore!) e percorrono maggiori distanze. (N.B. Solo questa seconda modalità è denominata “via aerea”, anche se, ovviamente, pure i “droplets” passano attraverso l'aria!).

Il virus è stato inoltre ritrovato nelle feci, nel sangue, nelle lacrime e nel liquido seminale, ma il loro ruolo nella diffusione dell'infezione parrebbe di scarsa rilevanza.

Durata della contagiosità

Non è certa la durata precisa dell'intervallo entro cui un individuo con COVID-19 è infettivo; tuttavia è noto che il virus può essere trasmesso prima dello sviluppo dei sintomi della malattia e durante tutto il suo decorso, ma in particolar modo ai suoi esordi.

Infatti la quantità di RNA virale presente nelle vie aeree superiori è maggiore subito dopo l'inizio della malattia rispetto al suo periodo finale. Ciò nonostante è ben documentata la trasmissione di SARS-CoV-2 da parte di individui asintomatici o durante il periodo di incubazione: in alcuni individui si è potuto isolare il virus dalla faringe fino a sei giorni prima dell'esordio dei sintomi.

Altrettanto poco certo è per quanto tempo un individuo resti contagioso una volta risoltasi la sintomatologia clinica: non necessariamente la persistenza di RNA a livello del nasofaringe (quindi l'aver un tampone positivo) indica contagiosità, in particolare se al di sotto di una certa soglia.

Il rischio di trasmissione

Il rischio di trasmissione di SARS-CoV-2 varia a seconda della modalità dell'esposizione, dall'uso di misure preventive e, verosimilmente, anche da fattori individuali (per esempio la quantità di virus presente nelle secrezioni bronchiali).

La maggior parte dei contagi è avvenuta tra i contatti domestici, tra il personale sanitario di ospedali e lungodegenze, ma anche in situazioni di raduni conviviali.

La contaminazione ambientale

Come già detto, il virus presente sulle superfici contaminate può essere un'altra fonte di infezione se un individuo suscettibile, dopo avere toccato queste superfici, porta le mani a bocca, occhi o naso. Questa modalità di trasmissione non riveste una particolare importanza se non in ambienti altamente contaminati (ospedali, abitazioni dove sia presente un individuo infetto).

Non si sa con precisione quanto SARS-CoV-2 riesca a sopravvivere sulle superfici: altri coronavirus sono stati ritrovati fino a nove giorni su superfici non disinfettate!

Ciò sottolinea l'importanza della pulizia ambientale.

Il rischio della trasmissione da parte degli animali domestici

Non c'è alcuna evidenza che dimostri un rischio di trasmissione del virus da animali domestici all'uomo.

Gli aspetti epidemiologici di COVID-19

Fino al 23 agosto 2020 sono stati confermati al mondo più di 23 milioni di casi di COVID-19 e più di 800 mila decessi. In Italia, fino all'11 agosto 2020, sono stati confermati più di 250 mila casi e più di 35 mila decessi.

Bibliografia specifica

ISS (2020). Epidemia COVID-19 Aggiornamento nazionale 11 agosto 2020 – ore 14:00 data pubblicazione: 14 agosto 2020.

WHO (2020). Coronavirus disease (COVID-19) pandemic. [https://
covid19.who.int](https://covid19.who.int)

Gli aspetti clinici di COVID-19

Periodo di incubazione

Il periodo di incubazione, cioè il periodo intercorrente tra il momento dell'esposizione al virus e la comparsa dei primi sintomi, arriva fino ai 14 giorni, ma nella maggior parte dei casi è di 4-5 giorni.

Lo spettro di gravità

Lo spettro di gravità della malattia varia da lieve a critico, ma la maggior parte dei quadri clinici (circa l'80%) è di lieve entità e solo nel 5% dei casi la malattia si presenta in modo grave. I restanti casi (circa il 15%) sono di media entità. La mortalità complessiva è del 2-3%.

I fattori di rischio per una maggiore gravità della malattia

La malattia si può presentare in modo grave in individui sia giovani che sani ma soprattutto ciò avviene in persone di età avanzata e/o che presentano comorbidità: malattie cardiovascolari, diabete, ipertensione, malattie respiratorie croniche, malattie croniche del rene, neoplasie, obesità, infezione da HIV (con conta dei linfociti CD4 < 200 cellule/microlitro) e tabagismo.

L'impatto dell'età sulla mortalità

Come detto sopra, a qualsiasi età si può contrarre una forma grave di malattia ma ciò avviene soprattutto nelle persone più anziane, con una conseguente maggiore letalità: se fino ai 59 anni la mortalità è meno del 3%, questa supera il 10% in chi ha più di 60 anni e il 25% in chi ha più di 70 anni.

Infezioni asintomatiche

Le infezioni asintomatiche sono ben documentate, anche se la loro esatta frequenza non è nota.

Si è potuto constatare che anche in individui asintomatici vi può essere la presenza di alterazioni radiologiche del polmone.

Presentazione dei quadri sintomatici

La più comune e importante manifestazione clinica di COVID-19 è rappresentata dalla polmonite, caratterizzata dalla comparsa di febbre (nel 99% circa dei casi), tosse (in circa il 60% dei casi), dispnea (cioè la consapevolezza del paziente di fare fatica a respirare, in circa il 30% dei casi) e, dal punto di vista radiologico, dalla presenza di infiltrati infiammatori del polmone, più spesso bilaterali; sono anche comuni sintomi delle vie aeree superiori, dolori muscolari (in circa il 35% dei casi), nausea, diarrea e alterazione del gusto e dell'olfatto, congiuntivite. Talvolta la dispnea si manifesta parecchi giorni dopo la comparsa dei primi sintomi. Inoltre è molto comune la stanchezza (nel 70% circa dei casi).

Decorso e complicanze

Abbiamo già visto che lo spettro di gravità della malattia può variare da un grado lieve a uno critico.

Tra le complicanze si registrano la comparsa di ARDS (grave forma acuta di insufficienza respiratoria), aritmie cardiache, tromboembolia polmonare e altre meno comuni.

Il recupero avviene in circa due settimane per i casi lievi e in 3-6 nei casi più gravi.

La diagnosi: sospetto clinico e tests microbiologici

Il sospetto di COVID-19 deve essere considerato ogni qualvolta un paziente presenti febbre, tosse e dispnea, ma anche diarrea, mialgie e alterazioni del gusto e dell'olfatto.

Una diagnosi in tempi brevi è naturalmente importante che avvenga non solo per il paziente ma anche per il contenimento della diffusione dell'infezione nella comunità.

La diagnosi di COVID-19 si effettua con il rilevamento diretto dell'RNA di SARS-CoV-2 con RT-PCR (una tecnica usata in biologia molecolare utilizzata per amplificare il codice genetico del virus), su tampone naso/orofaringeo.

Un riscontro positivo di tale esame è indicativo di infezione in corso; dal momento che sono stati documentati dei tests falsi-negativi, è opportuno che, in presenza di sospetto clinico, il test venga ripetuto 24-48 ore dopo.

L'effettuazione di tests sierologici (cioè la ricerca di anticorpi specifici nel siero del paziente) è utile soprattutto per individuare i pazienti che hanno superato l'infezione e non tanto per coloro che ce l'hanno in corso.

Infatti la comparsa degli anticorpi può richiedere da alcuni giorni ad alcune settimane dall'inizio dei sintomi.

In caso di sospetto di infezione acuta, in presenza di tests sierologici negativi, occorre senz'altro effettuare il tampone.

Situazioni particolari

La gravidanza.

Nonostante non siano ad oggi disponibili evidenze di associazione tra

COVID-19 e rischio di iposviluppo fetale o di effetti teratogeni, viene comunque consigliata l'esecuzione di una ecografia di controllo 14 giorni dopo la risoluzione della malattia acuta diagnosticata in gravidanza.

Le donne in gravidanza non sembrano essere a maggior rischio rispetto alla popolazione generale per infezione grave da COVID-19.

Attualmente, inoltre, non c'è evidenza di un aumentato rischio di aborto in relazione all'infezione in corso di gravidanza.

L'allattamento.

Secondo le evidenze attualmente disponibili, non vi è alcun riscontro della presenza del virus nel latte materno. Pertanto i benefici dell'allattamento superano ampiamente i potenziali rischi, anche nei paesi ad alto reddito. Al momento il rischio connesso all'allattamento è legato soprattutto al contatto ravvicinato con la madre (droplets). I pochi casi di infezione COVID-19 nei bambini avvenuta per trasmissione orizzontale hanno avuto una manifestazione clinica assente o moderata.

I bambini.

I bambini possono presentare gli stessi sintomi dell'adulto anche se i più comuni sono tosse e febbre. Nella maggior parte dei casi si tratta di quadri clinici di modesta entità e il trattamento consiste nella terapia di supporto.

Bibliografia specifica

Bayan Issa, et al. (2020). Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) in children: practice essentials, background, pathophysiology. Aug 24, 2020. <https://emedicine.medscape.com/article/2500132-print>

ISS (2020). Rapporto ISS COVID-19 n° 45/2020. Indicazioni ad interim per gravidanza, parto, allattamento e cura dei piccolissimi di 0-2 anni in risposta all'emergenza COVID-19. Versione del 31 maggio 2020.

WHO (2020). Breastfeeding and COVID-19 scientific brief, 23 June 2020. <https://www.int/news-room/commentaries/detail/breastfeeding-and-covid-19>

Trattamenti farmacologici e vaccini

Un recente lavoro britannico di revisione e di meta-analisi dei più impor-

tanti protocolli terapeutici in corso, analizza e mette a confronto l'uso dei diversi farmaci e conclude affermando che, probabilmente, solamente i gluco-corticoidi riducono la mortalità e la necessità di ventilazione meccanica nel paziente affetto da COVID-19. Tra i farmaci antivirali il remdesivir è probabilmente nel ridurre la durata dei sintomi e la durata della ventilazione meccanica. Al contrario l'idrossiclorochina parrebbe non ridurre la mortalità. Attualmente sono in corso di sperimentazione almeno una ventina di vaccini.

Bibliografia specifica

- Bergman, S. J., et al. (2020). Treatment of Coronavirus Disease 2019 (COVID-19): investigational drugs and other therapies. <https://emedicine.medscape.com/article/2500116-print>
- Siemieniuk, R. A. C., Bartoszko, J. J., et al. (2020). Drug treatments for covid-19: living systematic review and network meta-analysis. *BMJ*2020;370:m2980. <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.m2980>

Come andrà a finire?

Secondo alcuni studiosi, lo scenario più probabile è quello della diffusione del virus in tutto il mondo, in un arco di tempo di 2-3 anni. È verosimile, tuttavia, che, così come è successo per le quattro specie di coronavirus causa di raffreddore, SARS-CoV-2 continuerà a circolare e, attenuandosi via via la sua virulenza, a causare infezioni col solo interessamento delle vie aeree superiori.

Sembrirebbe infatti provato che tale destino sia toccato ad uno di questi quattro virus (OC43) che, prima di diventare uno degli agenti eziologici del comune raffreddore, fece il salto di specie (spillover) attorno al 1890, dalle mucche all'uomo, uccidendo più di un milione di persone in tutto il mondo, in appena due anni.

Tuttavia, anche se fortemente auspicabile, non è per niente detto che analogo destino tocchi a SARS-CoV-2!

Alcune considerazioni conclusive

Sono ormai molte le persone che sostengono che la salute umana sia stretta-

mente connessa a quella animale e, più in generale, alle condizioni ambientali.

Pertanto, come già sosteneva Ippocrate, il compito della medicina consiste nel determinare, o favorire, un giusto equilibrio non solamente all'interno del corpo (inteso come la sintesi di *psyché* e *sóma*), ma anche all'esterno, fra l'organismo e l'ambiente.

E, forse, è proprio dall'ambiente, che bisogna ripartire.

Gli allevamenti intensivi dei bovini (che pesano, complessivamente, circa mezzo miliardo di tonnellate) sono in progressivo aumento per soddisfare la nostra "fame" di proteine animali e stanno determinando la progressiva deforestazione di ampie aree del pianeta per ottenere un sempre maggior numero di pascoli.

La deforestazione incontrollata è anche "necessaria" per creare aree edificabili sempre più vaste; così facendo sottraiamo spazio vitale alla fauna selvatica (come ad esempio scimmie e pipistrelli), costringendola, quando non soccombe, ad avvicinarsi sempre di più agli insediamenti urbani.

Questa promiscuità favorisce l'incontro di virus presenti in questi animali, con i quali magari convivono da molti anni senza causare danni (i già citati "ospiti serbatoio"), con l'essere umano.

Ecco una nuova "occasione" che si presenta al virus: se, per caso, penetrando nel nuovo ospite esso trova un ambiente favorevole, il gioco è fatto.

È questo appunto lo "spillover", cioè una nuova possibile "avventura": di una nuova vita per il virus, e di nuove malattie per la specie umana!

A ciò si aggiunga l'abitudine, in alcune parti del mondo (ad esempio in Cina ma anche in molti altri Paesi) di consumare la carne di animali selvatici, stabulandoli, per consentirne la vendita, in spazi ristretti e a stretto contatto con l'uomo, così come è accaduto nel "wet market" di Wuhan.

Per concludere, possiamo augurarci che la pandemia COVID-19 si esaurisca nel più breve tempo possibile, facendo sì che si interrompa questa ondata di morti e di sofferenza.

Quello che tutti dobbiamo inoltre augurarci è che ci si renda conto che ciò che sta accadendo è conseguenza delle nostre azioni e che non si tratta di accidenti capitati per caso.

Bibliografia

- Capua, I. (2019). *Salute circolare. Una rivoluzione necessaria*. Milano: Egea.
- Casati, R. (2020). Che bella confusione di idee. *Il Sole 24 Ore, 3 maggio 2020*.
- Cevik, M., Bamford, C., & Ho, A. (2020). Covid-19 pandemic. A focused review for clinicians. *Clinical Microbiology and Infection*. <https://doi.org/10.1016/j.cmi.2020.04.023>.
- Concia, E. (2020). I test anticorpali nella diagnosi di infezione da Covid-19. Verona: Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri della Provincia di Verona.
- Cyranski, D. (2020). Profile of a Killer Virus. *Nature, 581, 7 May 2020*.
- ISTAT (2020). Impatto dell'epidemia Covid-19 sulla mortalità totale della popolazione residente primo trimestre 2020. www.istat.it, May 4, 2020.
- Istituto Superiore di Sanità (2020). COVID-19 in gravidanza, parto e allattamento: gli aggiornamenti nazionali e internazionali della settimana 30 aprile – 7 maggio. *EpiCentro, Maggio 2020*.
- Istituto Superiore di Sanità (2020). Caratteristiche dei pazienti deceduti positivi all'infezione da SARS-CoV-2 in Italia. *EpiCentro, Maggio 2020*.
- McIntosh, K. (2020). Coronavirus disease 2019 (COVID-19): epidemiology, virology, clinical features, diagnosis, and prevention UpToDate website.
- Orioli, A. (2020). Dopo il Covid-19. Propiziamo un nuovo Rinascimento. *Il Sole 24 Ore, 3 maggio 2020*.
- Polizzi, G. (2020). Combattere contro un parassitismo funesto. *Il Sole 24 Ore, 3 maggio 2020*.
- Qianfang Hu, Xiaoping Cui, et al. (2020). The production and clinical implications of SARS-CoV-2 antibodies. doi.org/10.1101/2020.04.20.20065953
- Quammen, D. (2012). *Spillover. Animal infections and the next human pandemic*. New York, NY: Norton. (Trad. it. *Spillover. L'evoluzione delle pandemie*. Milano: Adelphi, 2014).

- SARS (Severe Acute Respiratory Syndrome). <https://www.int/ith/diseases/sars/en/>
- Serres, M. (2019). *Il contratto naturale*. Milano: Feltrinelli.
- WHO (2020). Middle East respiratory syndrome coronavirus (MERS-CoV). [who.int/news-room/fact-sheets/detail/middle-east-respiratory-syndrome-coronavirus-\(mers-cov\)](http://who.int/news-room/fact-sheets/detail/middle-east-respiratory-syndrome-coronavirus-(mers-cov))
- WHO (2020). Coronavirus disease (COVID-19): Situation Report – 124. 23 May 2020.
- Zhangkai J. Cheng, & Jing Shan (2020). 2019 Novel coronavirus: where are we and what we know. *Infection*, 18, 1-9. [doi: 10.1007/s15010-020-01401-y](https://doi.org/10.1007/s15010-020-01401-y)

L'ipovitaminosi D: possibile fattore di rischio dell'infezione da COVID-19

Giancarlo Isaia e Enzo Medico

L'epidemia da coronavirus rappresenta certamente un evento tragico per l'umanità sotto molteplici punti di vista ed ha sorpreso i medici ed i sistemi sanitari di tutto il mondo per la rapidità e la virulenza con la quale si è sviluppata: di conseguenza, non è stato possibile mettere tempestivamente in atto i necessari ed efficaci meccanismi per difendere le popolazioni e, al di là di rilevanti problematiche di ordine sanitario, se non arginata, la pandemia rischia di creare nuove povertà, compromettere i rapporti sociali, mettere in discussione modelli di sviluppo consolidati e di rivoluzionare in misura potenzialmente epocale la civiltà occidentale.

Di fronte a una tale catastrofe sanitaria e sociale la comunità medica si è posta alcune domande alle quali per il momento nessuno ha potuto fornire risposte esaustive:

- Perché la malattia, e soprattutto le sue gravi complicanze, colpiscono soggetti di età più avanzata?
- Per quale motivo la malattia si è sviluppata, almeno nelle sue fasi iniziali, in zone situate al di sopra del tropico del cancro?

- Come mai questa malattia si distribuisce in modo così rapido e con complicanze che non sono soltanto polmonari ma anche vascolari, neurologiche e trombotiche?

Sulla base di alcune suggestioni di ordine epidemiologico, ma soprattutto di numerose evidenze scientifiche abbiamo cercato di dare una risposta a queste domande ricercando un fattore fisiopatologico comune ed identificando la carenza di Vitamina D come un elemento al quale si potesse imputare, almeno in teoria, un ruolo concausale della malattia: nell'ambito dell'attività divulgativa dell'Accademia di Medicina di Torino ed in collaborazione con l'Università di Torino, abbiamo redatto un documento di consenso al fine di richiamare l'attenzione dei Medici su un aspetto di prevenzione, l'Ipovitaminosi D il cui compenso, in associazione alle ben note misure di prevenzione di ordine generale, potrebbe contribuire a superare questo difficile momento (11).

In esso abbiamo riportato numerose evidenze ed alcune suggestioni di tipo epidemiologico, segnalando che:

1. L'Italia è uno dei Paesi Europei (insieme a Spagna e Grecia) con maggiore prevalenza di ipovitaminosi D (22) ed uno studio epidemiologico da noi condotto molti anni fa (10) aveva dimostrato che il 76% delle donne anziane presentano marcate carenze di vitamina D, senza peraltro presenza di significative differenze regionali; poiché in Italia le giornate estive sono più lunghe e la possibilità di esporsi al sole molto più facilitata, abbiamo culturalmente sottovalutato un problema, la carenza di vitamina D, che invece in altri paesi europei e americani è molto sentito, probabilmente in conseguenza della necessità di curare il rachitismo del bambino che un tempo era molto diffuso: pertanto, nei paesi del Nord la minore prevalenza dell'Ipovitaminosi D (paradosso scandinavo) è conseguente all'abitudine di aggiungere la Vitamina D ai cibi di largo consumo (latte, formaggio, cereali ecc.).
2. Nei bambini e nelle donne in gravidanza la malattia da Coronavirus è più rara e non risultano segnalate sue complicanze importanti: è possibile attribuire questo fenomeno al fatto che i bambini si espongono di regola al sole durante le vacanze estive, e che alle donne in gravidanza vengono somministrati preparati a base di vitamina D.

- Le donne in menopausa sono molto meno colpite rispetto agli uomini (Figura 1): ciò potrebbe essere riferibile alla maggiore attenzione prestata nel sesso femminile verso la prevenzione dell'osteoporosi, nell'ambito della quale la vitamina D rappresenta un elemento fondamentale. La Tabella 1, desunta da un recente report dell'AIFA (1), illustra la significativa differenza fra i due sessi nel consumo della Vitamina D, recentemente rilevato per verificare gli effetti della Nota 96 (ottobre 2019), che ha ridotto di circa il 30% il consumo della Vitamina D in Italia.

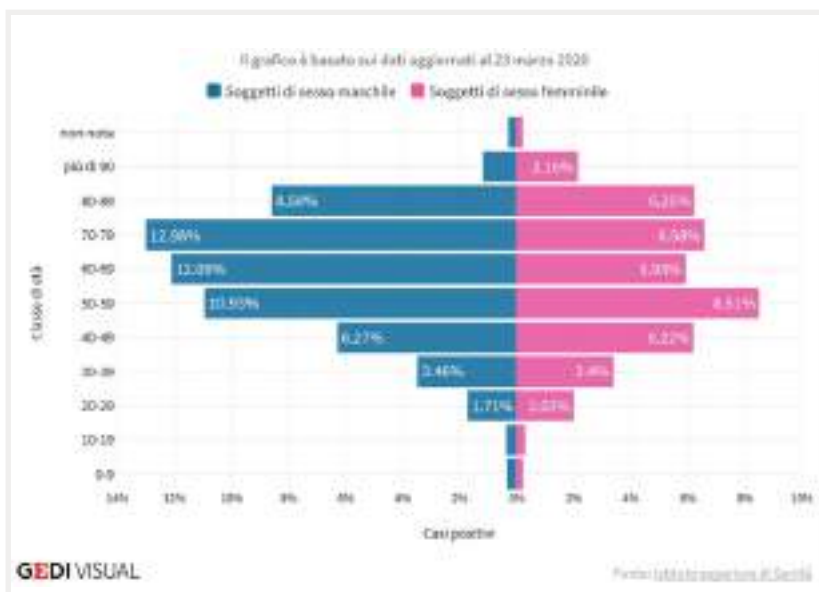


Figura 1

- Il COVID-19 colpisce prevalentemente gli anziani e le persone residenti in RSA, oppure in comunità: trattasi di particolari categorie di soggetti notoriamente carenti di Vitamina D in quanto le condizioni abitative non consentono, di regola, una loro sufficiente esposizione solare.
- Le complicanze che si manifestano in alcuni soggetti e che consistono non soltanto in una importante insufficienza respiratoria,

ma in diffusi e devastanti fenomeni tromboembolici, fanno presumere una loro causa sistemica e, al riguardo, occorre sottolineare che in pazienti carenti in Vitamina D si è osservato un incremento del D-dimero e del fibrinogeno (5): in particolare, poiché la somministrazione di elevate dosi di Colecalciferolo era seguita, solo nei pazienti gravemente ipovitaminosici D, da una riduzione nella generazione della trombina, si può presumere un effetto protettivo dalle trombosi vascolari da parte della vitamina D.

Tabella 2.3.3. Esposizione a farmaci nella popolazione di età ≥65 anni per ATC al III livello (2018)

ATC III livello	Categoria	Prevalenza d'uso (%)		
		Uomini	Donne	Totale
A11C	Vitamine A e D, comprese le loro associazioni	12,0	40,9	28,3

Tabella 1

- Da quanto sopra riportato, è pertanto assai importante, per la salute umana in generale, assicurare adeguati livelli di Vitamina D nella popolazione e particolarmente in alcune categorie di soggetti (anziani, bambini, donne in gravidanza) al fine di prevenire numerose patologie, in particolare quelle cronico-degenerative degli anziani.

La Vitamina D

- olio di fegato di merluzzo
- pesci, in particolare trota, sgombro, aringa, tonno, carpa, anguilla, pesce gatto e salmone
- ostriche e gamberi
- formaggi grassi
- burro
- tuorlo d'uovo
- funghi (unica fonte vegetale di vitamina D)
- carne di fegato

Tabella 2

Nonostante il suo nome, la Vitamina D non è una vitamina: infatti, se con questo termine si intende *“una sostanza essenziale per la vita dell’organismo che esso non è in grado di produrre e che pertanto deve essere assunta come tale dall’esterno (ad esempio con gli alimenti)”*, la Vitamina D, che può essere prodotta dall’organismo, si chiama così perché, quando venne scoperta, non lo si sapeva. Nella pelle, a seguito dell’esposizione ai raggi solari, viene sintetizzato il Colecalciferolo, che poi subisce due trasformazioni, la prima nel fegato, con sintesi di 25 OHD (Calcifediolo) e la seconda nel rene, con produzione della sua forma attiva (1-25OH₂D₃ o Calcitriolo) che, legandosi a specifici recettori, agisce su diversi tessuti con un meccanismo simil-ormonale. Il più documentato effetto della Vitamina D è quello che esercita nel controllo del metabolismo del calcio e della salute dello scheletro: esso è noto da molto tempo, da quando cioè se ne scoprirono i benefici nella cura del rachitismo dei bambini che, grazie alla Vitamina D è oggi quasi del tutto scomparso; nell’anziano, frequentemente carente di vitamina D, soprattutto in Italia, si manifesta una diffusa malattia, l’osteoporosi, caratterizzata da una riduzione della massa ossea e da un aumentato rischio di fratture. Inoltre, la carenza di vitamina D determina una compromissione della massa muscolare (sarcopenia), che si riduce, dando luogo a stanchezza, riduzione della forza e delle performance fisiche, nonché un aumentato rischio di cadere (4). Infine, vi sono numerose evidenze scientifiche sulla presenza di ridotti livelli di vitamina D in alcune patologie croniche particolarmente frequenti negli anziani, in varie patologie tumorali (mammella, colon, prostata), ma anche malattie infettive, soprattutto di origine virale (14); studi sperimentali hanno dimostrato che il calcitriolo, controllando le reazioni immunitarie, può coadiuvare le terapie antibiotiche o antivirali.

Aringa salata-affumicata-marinata	16
Sugarello	13
Trota	11
Salmone	8
Acciughe o alici sott'olio	5
Sgombro	3
Triglia	1

Tabella 3

La vitamina D circolante deriva in larga misura (80%) dall'esposizione alla luce solare, mentre soltanto il 20% dall'alimentazione: dalla Tabella 2, che riporta gli alimenti in cui la vitamina D è più presente, si evince come non sia facile soddisfarne con i cibi il fabbisogno giornaliero per gli adulti (10-15 µg), anche perché, essendo la vitamina D liposolubile, spesso gli alimenti che la contengono sono ricchi di sostanze grasse e pertanto sono controindicati per i loro effetti negativi sulle malattie cardiovascolari e metaboliche; di conseguenza, considerando la scarsa propensione degli anziani ad esporsi al sole, di fatto gran parte di essi è in carenza di questa importante vitamina, per ovviare alla quale vi sono due possibilità alternative: alimentarsi con cibi ricchi in Vitamina D, oppure assumere, sotto controllo medico, specifici preparati farmaceutici. A proposito dell'alimentazione, è bene ricorrere ad alimenti in cui essa sia presente in quantità adeguata, ma che siano anche a ridotto contenuto in grassi, come ad esempio i pesci (Tabella 3, valori in µg/100g): segnaliamo in particolare la trota iridea, che, oltre ad essere del tutto priva di zuccheri, contiene discrete quantità di vitamina D (10,6 µg/100 grammi), ma anche irrisorie quantità di grassi saturi e di colesterolo, mentre il suo contenuto in polinsaturi e monoinsaturi è molto significativo (oltre 2,5 gr/100 grammi) con un buon equilibrio fra -6 e -3. Inoltre, anche per il suo contenuto in aminoacidi, elementi costitutivi delle proteine, in vitamine B e C e in sali minerali, può essere considerata un alimento di fondamentale importanza per la prevenzione delle malattie croniche dell'anziano.

La Vitamina D nel sangue

Convenzionalmente il marcatore più attendibile per definire lo stato vitaminico D è il 25 OHD e, anche se non vi è pieno accordo fra le diverse Società Scientifiche, possiamo considerare come accettabili nella popolazione generale valori superiori a 20 ng/ml, mentre negli anziani sarebbe opportuno raggiungere almeno i 30 ng/ml (16). Il Colecalciferolo, prodotto dalla cute, oppure assunto con gli alimenti, tende ad accumularsi nel tessuto adiposo per essere poi gradualmente rilasciato: durante l'inverno i livelli di Colecalciferolo si riducono sensibilmente, sia per la minore possibilità di esporsi alla luce solare, sia per l'esaurimento delle riserve accumulate durante l'estate e per questo motivo, nei mesi di

febbraio/marzo vi è un maggiore rischio della sua carenza.

Motivazioni scientifiche a supporto degli effetti antiinfettivi della Vitamina D

1. Da molto tempo è noto che una ridotta concentrazione di 25(OH)D aumenta il rischio di osteoporosi e di cadute dell'anziano (4), ma sono presenti anche numerose evidenze scientifiche sulla sua associazione con molte malattie croniche e degenerative come tumori (particolarmente della mammella, del colon e della prostata), malattie cardiovascolari, malattie autoimmuni come l'artrite reumatoide, infezioni acute e croniche dell'apparato respiratorio, diabete mellito, malattie neurologiche e ipertensione (14). Queste patologie causano maggiore mortalità, soprattutto se questi pazienti si ammalano di COVID-19.
2. Di estremo interesse è il ruolo immunomodulatore della Vitamina D che agisce in prima istanza sulla immunità primaria, ma che presenta anche un effetto antagonista sulla replicazione virale nelle vie respiratorie: numerosi studi epidemiologici e di intervento hanno fornito sufficienti evidenze relativamente ad un aumentato rischio di sindrome influenzale e di infezioni del tratto respiratorio superiore in presenza di marcata carenza di Vitamina D, ma anche di infezioni da HIV. Studi in vitro su colture cellulari confermano gli effetti antivirali della vitamina D, anche se i meccanismi con i quali si sviluppa tale effetto non sono del tutto chiariti, sembra che la Vitamina D sia in grado di favorire la produzione di peptidi antimicrobici come LL-37 e la Beta-defensina 2 (3).
3. Una review del 2014 ha esaminato le interazioni fra la Vitamina D, il sistema immunitario e le patologie infettive, sottolineando l'associazione tra l'ipovitaminosi D e numerose patologie infettive, come le infezioni respiratorie ed enteriche, l'otite media, le infezioni da Clostridium, le vaginosi, le infezioni del tratto urinario, la sepsi, l'influenza, la dengue, l'epatite da attribuire alla capacità della 1-25 OH₂D₃ di favorire l'espressione

- di peptidi antimicrobici (catelicidina e beta-defensine) dotati anche di attività antivirale e immunomodulatoria (6).
4. Uno studio condotto in Sud Corea ha evidenziato valori ridotti di 25(OH)D (14 ± 8 ng/ml) in pazienti con polmonite acuta acquisita in comunità (12). Inoltre, è stata evidenziata una prevalenza dell'80% nei pazienti ricoverati per polmonite contratta in comunità (CAP) ed anche che la deficienza di Vitamina D costituisce un forte fattore predittivo di mortalità.
 5. Un recente studio controllato condotto su pazienti con malattie infiammatorie intestinali ha evidenziato che, in presenza di livelli di 25(OH)D < 20 ng/ml, la somministrazione di vitamina D3 (500 U/die) riduce di due terzi l'incidenza di infezioni delle alte vie respiratorie (2).
 6. Il mantenimento di livelli di 25 OHD superiori a 38 ng/ml sarebbe in grado di ridurre l'incidenza delle infezioni virali acute dell'apparato respiratorio durante l'inverno. I risultati dello studio suggeriscono l'opportunità di somministrare la Vitamina D per ridurre la frequenza e la severità delle infezioni virali, soprattutto in popolazioni a rischio come le donne in gravidanza, le persone di colore e gli obesi (7).
 7. Una metanalisi del 2017 ha considerato 25 studi randomizzati che hanno preso complessivamente in considerazione 10.933 pazienti, evidenziando che la supplementazione di Vitamina D riduce di due terzi l'incidenza di infezioni respiratorie acute nei soggetti con livelli di 25(OH)D inferiori a 16 ng/ml (15).
 8. Uno studio ha dimostrato che la forma attiva della Vitamina D, il Calcitriolo, è efficace nel ridurre il danno polmonare acuto indotto nei ratti da lipopolisaccaridi attraverso un effetto sul sistema renina-angiotensina, (23) aprendo nuove prospettive per il trattamento delle polmoniti acute.
 9. Sempre a proposito dell'importanza del sistema Renina Angiotensina (RAS), evidenze precliniche hanno puntualizzato che esso è un elemento importante per lo sviluppo dell'effetto protettivo della Vitamina D sul tessuto polmonare: è stato evidenziato infatti che i virus SARS-Cov-2 usano ACE2, un componente del RAS, come loro recettore (24).
 10. Riteniamo particolarmente attuale ed importante quanto con-

tenuto in una recentissima review (8) nella quale viene sottolineato un possibile ruolo della Vitamina D nella prevenzione e nel trattamento anche della malattia da coronavirus. Vi si legge che la Vitamina D riduce il rischio di infezioni respiratorie fondamentalmente attraverso tre meccanismi:

- Mantenimento delle tight junctions, e della barriera polmonare (7).
- Incremento dell'espressione di peptidi antimicrobici quali la catelicidina e beta-defensine, dotati anche di attività antivirale (13, 17).
- In pazienti con COVID-19 la Vitamina D ha evidenziato una capacità di stimolo dell'attività immunoregolatoria, potenzialmente rilevante rispetto al rischio di tempesta citochinica e di polmonite, osservata in pazienti con COVID-19 (9).

Riportiamo alcuni passi del testo che ci paiono particolarmente significativi:

- *A high-dose (250,000 or 500,000 IU) vitamin D3 trial in ventilated intensive care unit patients with mean baseline 25(OH)D concentration of 20–22 ng/ml reported that hospital length of stay was reduced from 36 days in the control group to 25 days in the 250,000-IU group and 18 days in the 500,000-IU group.*
- *In a pilot trial involving 30 mechanically ventilated critically ill patients, 500,000 IU of vitamin D3 supplementation significantly increased hemoglobin concentrations and lowered hepcidin concentrations, improving iron metabolism and the blood's ability to transport oxygen.*
- *During the COVID-19 epidemic, all people in the hospital, including patients and staff, should take vitamin D supplements to raise 25(OH)D concentrations as an important step in preventing infection and spread. A trial on that hypothesis would be worth conducting.*

11. Un recente lavoro ha evidenziato che il calcitriolo, prodotto dai

fibroblasti polmonari, presenta un effetto preventivo antiflogistico sulla polmonite interstiziale indotta sperimentalmente nei topi; inoltre, una dieta ricca di Vitamina D è risultata in grado di attenuare i sintomi della polmonite interstiziale in modelli murini e la carenza di vitamina D è stata correlata con la severità della polmonite interstiziale sperimentalmente indotta (21).

12. Particolarmente significative sono le recentissime raccomandazione della *British Dietetic Association* del 16 marzo 2020 (20) di cui riportiamo alcuni passaggi significativi:

- *Sunshine, not food, is where most of your vitamin D comes from. So even a healthy, well-balanced diet, that provides all the other vitamins and nutrients you need is unlikely to provide enough vitamin D. You make vitamin D under your skin when you are outside in daylight. Vitamin D works with calcium and phosphorus for healthy bones, muscles and teeth. It is also important in protecting muscle strength and preventing rickets, osteomalacia and falls.*
- *Observational and supplementation trials have reported higher 25(OH)D concentrations associated with reduced risk of dengue, hepatitis, herpesvirus, hepatitis B and C viruses, human immunodeficiency virus, influenza, respiratory syncytial virus infections, and pneumonia.*

13. In pazienti con severa carenza di Vitamina D la somministrazione di elevate dosi di Colecalciferolo è risultata associata ad una riduzione del rischio trombotico: questo dato, considerando la elevata prevalenza di massiccia coagulazione intravascolare nei pazienti Covid 19 che spesso conduce all'exitus, appare particolarmente suggestivo sull'efficacia della Vitamina D anche per controllare questa temibile complicanza (5).

14. Recentemente il governo scozzese (19) ha diffuso la raccomandazione di assicurare, particolarmente in questa critica situazione epidemiologica, normali livelli di Vitamina D nella popolazione in generale e negli anziani in particolare.

Nostri dati preliminari

Sulla base delle considerazioni scientifiche e delle suggestioni epidemiologiche che sono state esposte, abbiamo determinato i livelli di 25(OH) D in un gruppo di 33 pazienti ospedalizzati per COVID-19 in due ospedali dell'area torinese (4 femmine e 29 maschi), di età compresa fra 41 e 87 anni. La media generale è risultata di 15.35 (+/- 9.65) ng/ml ed in particolare solo in due pazienti, entrambi supplementati da tempo con Colecalciferolo, sono stati ritrovati valori normali (superiori a 30 ng/ml), escludendo i quali la media generale risulta pari a 13,65 (+/- 6.75) ng/ml. Dei restanti 31 casi, abbiamo registrato valori compresi fra 30 e 20 ng/ml in 6 casi, valori compresi fra tra 10 e 20 ng/ml in 17 e valori inferiori a 10 ng/ml in 8 casi; non abbiamo osservato alcuna associazione di genere e una marginale correlazione inversa con l'età.

Sebbene questi dati siano estremamente preliminari e risultanti da una casistica relativamente ristretta, riteniamo mettano in evidenza una marcata prevalenza della deficienza di vitamina D nei pazienti ospedalizzati per COVID-19.

Conclusioni

L'attento esame dei numerosi dati della letteratura consente di affermare che l'Ipovitaminosi D sia in qualche modo collegata all'infezione da Coronavirus, pur senza ancora la dimostrazione che ne sia in qualche misura causa o concausa: ne deriva la raccomandazione di somministrarla a fini preventivi, anche considerando i suoi modestissimi effetti collaterali, non solo ai soggetti già contagiati, ma anche ai loro congiunti, al personale sanitario, agli anziani fragili, agli ospiti delle residenze assistenziali, alle donne in gravidanza, alle persone in regime di clausura e a tutti coloro che per vari motivi non si espongono adeguatamente alla luce solare. Inoltre, potrebbe anche essere considerata la somministrazione in acuto del calcitriolo per via e.v. in pazienti affetti da COVID-19 con funzionalità respiratoria particolarmente compromessa.

Bibliografia

1. Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA) (2020). Ufficio Monitoraggio della Spesa Farmaceutica e Rapporti con le Regioni Nota 96. Monitoraggio andamento dei consumi della Vitamina D e analoghi.
2. [Arihiro, S.](#), [Nakashima, A.](#), [Matsuoka, M.](#), [Suto, S.](#), [Uchiyama, K.](#), [Kato, T.](#), [Mitobe, J.](#), [Komoike, N.](#), [Itagaki, M.](#), [Miyakawa, Y.](#), [Koido, S.](#), [Hokari, A.](#), [Saruta, M.](#), [Tajiri, H.](#), [Matsuura, T.](#), & [Urashima, M.](#) (2019). Randomized trial of vitamin D supplementation to prevent seasonal influenza and upper respiratory infection in patients with inflammatory Bowel disease. *[Inflamm Bowel Dis](#)*, 2, 1088-1095.
3. [Beard, J. A.](#), [Allison Bearden, A.](#), & [Striker, B.](#) (2011). Vitamin D and the anti-viral state. *J Clin Virol*, 50, 194-200.
4. [Bischoff-Ferrari, H. A.](#), [Orav, E. J.](#), [Abderhalden, L.](#), [Dawson-Hughes, B.](#), & Willett, W. C. (2019). Vitamin D supplementation and musculoskeletal health. *Lancet Diabetes and Endocrinology*. [https://doi.org/10.1016/S2213-8587\(18\)30347-4](https://doi.org/10.1016/S2213-8587(18)30347-4)
5. Blondon, M., Biver, E., Braillard, O., Righini, M., Fontana, P., & Casini, A. (2019). Thrombin generation and fibrin clot structure after vitamin D supplementation. *Endocrine connections*, 8, 1447-1454.
6. [Borella, E.](#), [Nesher, G.](#), [Israeli, E.](#), & [Shoenfeld, Y.](#) (2014). Vitamin D: a new anti-infective agent? *Ann N Y Acad Sci*, 1317, 76-83.
7. [Chen, H.](#), [Lu, R.](#), [Zhang, Y. G.](#), & [Sun, J.](#) (2018). Vitamin D receptor deletion leads to the destruction of tight and adherens junctions in lungs. *Tissue Barriers*, 6, 1-13.
8. Grant, W. B., Lahore, H., McDonnell, S. L., Baggerly, C. A., French, C. B., Aliano, J. L., & Bhattoa, H. P. (2020). Evidence that vitamin D supplementation could reduce risk of influenza and COVID-19 infections and deaths. *Nutrients*, 12, 988. [doi: 10.3390/nu12040988](https://doi.org/10.3390/nu12040988)
9. [Huang, C.](#), [Wang, Y.](#), [Li, X.](#), [Ren, L.](#), [Zhao, J.](#), [Hu, Y.](#), [Zhang, L.](#), [Fan, G.](#), [Xu, J.](#), [Gu, X.](#), [Cheng, Z.](#), [Yu, T.](#), [Xia, J.](#), [Wei, Y.](#), [Wu, W.](#), [Xie, X.](#), [Yin, W.](#), [Li, H.](#), [Liu, M.](#), [Xiao, Y.](#), [Gao, H.](#), [Guo, L.](#), [Xie, J.](#), [Wang, G.](#), [Jiang, R.](#), [Gao, Z.](#), [Jin, Q.](#), [Wang, J.](#), & [Cao, B.](#) (2020). Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in

Wuhan, China. *Lancet*, 395, 497-506.

10. Isaia, G., Giorgino, R., Rini, G. B., Bevilacqua, M., Maugeri, D., & Adami, S. (2003). Prevalence of hypovitaminosis D in elderly women in Italy: clinical consequences and risk factors. *Osteoporos. Int*, 14, 577-582.
11. Isaia, G. C. & Medico E. on behalf of Academy of Medicine of Torino (Italy) (2020). Possibile ruolo preventivo e terapeutico della Vitamina D nella gestione della pandemia da COVID-19. [https://www.unitonews.it/storage/2515/8522/3585/Ipovitaminosi D e Coronavirus 25 marzo 2020.pdf](https://www.unitonews.it/storage/2515/8522/3585/Ipovitaminosi%20D%20e%20Coronavirus%20marzo%202020.pdf)
12. [Kim, H. J., Jang, J. G., Hong, K. S., Park, J. K., & Choi, E. Y. \(2015\).](#) Relationship between serum vitamin D concentrations and clinical outcome of community-acquired pneumonia. *Int J Tuberc Lung Dis*, 19, 729-734.
13. [Liu, P. T., Stenge,r S., Li, H., Wenzel, L., Tan, B. H., Krutzik, S. R., Ochoa, M. T., Schaubert, J., Wu, K., Meinken, C., Kamen, D. L., Wagner, M., Bals, R., Steinmeyer, A., Zügel, U., Gallo, R. L., Eisenberg, D., Hewison, M., Hollis, B. W., Adams, J. S., Bloom, B. R., & Modlin, R. L. \(2006\).](#) Toll-like receptor triggering of a vitamin D-mediated human antimicrobial response. *Science*, 311, 1770-1773.
14. Maretzke, F., Bechthold, A., Egert, S., Ernst, J. B., Melo Van Lent, D., Pilz, S., Reichrath, J., Stangl, G. I., Stehle, P., Volkert, D., Wagner, M., Waizenegger, J., Zittermann, A., & Linseisen, J. (2020). [Role of vitamin D in preventing and treating selected extraskeletal diseases. An umbrella review.](#) *Nutrients*, 12, 969. [doi:10.3390/nu12040969](https://doi.org/10.3390/nu12040969)
15. [Martineau, A. R., Jolliffe, D. A., Hooper, R. L., Greenberg, L., Aloia, J. F., Bergman, P., Dubnov-Raz, G., Esposito, S., Ganmaa, D., Ginde, A. A., Goodall, E. C., Grant, C. C., Griffiths, C. J., Janssens, W., Laaksi, I., Manaseki-Holland, S., Mauger, D., Murdoch, D. R., Neale, R., Rees, J. R., Simpson, S. Jr, Stelmach, I., Kumar, G. T., Urashima, M., & Camargo, C. A. Jr \(2017\).](#) Vitamin D supplementation to prevent acute respiratory tract infections: systematic review and meta-analysis of individual participant data. *BMJ*. 2, 356, i6583. [doi:10.1136/bmj.i6583](https://doi.org/10.1136/bmj.i6583)

16. Nuti, R., Brandi, M. L., Checchia, G., Di Munno, O., Dominguez, L., Falaschi, P., Fiore, C. E., Iolascon, G., Maggi, S., Michieli, R., Migliaccio, S., Minisola, S., Rossini, M., Sessa, G., Tarantino, U., Toselli, A., & Isaia, G. C. (2019). *Guidelines for the management of osteoporosis and fragility fractures.* *Intern Emerg Med*,14, 85-102.
17. *Park, M. S., Kim, J. I., Lee, I., Park, S., Bae, J. Y., & Park, M. S.* (2018) Towards the application of human defensins as antivirals. *Biomol Ther (Seoul)*, 26, 242-254.
18. *Sabetta, J. R., DePetrillo, P., Cipriani, R. J., Smardin, J., Burns, L. A., & Landry, M. L. (2010).* Serum 25-hydroxyvitamin D and the incidence of acute viral respiratory tract infections in healthy adults. *PLoS One.* 14, 5, e11088. *doi: 10.1371/journal.pone.001108*
19. Scottish Government (2020). Vitamin D: advice for all age groups. Published: 2 Apr 2020. *<https://www.gov.scot/publications/vitamin-d-advice-for-all-age-groups/>*
20. The Association of UK Dietitians (BDA) (2020). COVID-19/ Coronavirus-Advice for the general public. *<https://www.bda.uk.com/resource/covid-19-corona-virus-advice-for-the-general-public.html>*
21. *Tsujino, I., Ushikoshi-Nakayama, R., Yamazaki, T., Matsumoto, N., & Saito, I. (2019).* Pulmonary activation of vitamin D₃ and preventive effect against interstitial pneumonia. *J Clin Biochem Nutr,* 65, 245-251.
22. Van der Wielen, R. P., *Löwik, M. R., Van den Berg, H., De Groot, L. C., Haller, J., Moreiras, O., & van Staveren, W. A.* (1995). Serum vitamin D concentrations among elderly people in Europe. *Lancet*, 22, 346, 207-210.
23. *Xu, J., Yang, J., Chen, J., Luo, Q., Zhang, Q., & Zhang, H. (2017).* Vitamin D alleviates lipopolysaccharideinduced acute lung injury via regulation of the reninangiotensin system. *Mol Med Rep,*16, 7432-7438.
24. Yan, R., Zhang, Y., Li, Y., Xia, L., Guo, Y., & Zhou, Q., (2020). Structural basis for the recognition of SARS-CoV-2 by full-length human ACE2. *Science*, 367, 1444-1448.

Le cinque lezioni di CoViD-19 per la sanità pubblica. Quello che CoViD-19 ci insegna... o dovrebbe insegnarci

Massimo Uberti

Stiamo vivendo un'emergenza sanitaria che non ha precedenti nell'epoca moderna, più in generale un'emergenza di dimensioni tale da non essere paragonabile a nulla che un occidentale al di sotto degli ottanta anni abbia vissuto.

Siamo ormai nella fase discendente della curva epidemica, almeno di questa fase dell'epidemia. Credo, infatti, vada precisato che non vi sono molte certezze a proposito dell'evoluzione futura della curva epidemica. Un secondo picco della curva? Più picchi periodici? Un andamento simile a quello dell'influenza con annuali ritorni nella stagione autunno/invernale? Sono queste le principali ipotesi che epidemiologi e virologi propongono nei loro costanti interventi sui media. Proprio dalla varietà dei pareri emerge la non prevedibilità del comportamento virale. Ciò non solo perché tentiamo di anticipare comportamenti di un virus sconosciuto sino a pochi mesi orsono, ma anche perché *è la prima esperienza di pandemia in un mondo come l'attuale: rapido, tecnologico, globalizzato*. Lo

sviluppo di un'infezione in una popolazione, infatti, dipende da due fattori: le caratteristiche dell'agente patogeno e l'ambiente in cui si diffonde. Non a caso infatti, in questa terribile esperienza, non sapendo come intervenire sul patogeno, siamo intervenuti sull'ambiente attraverso le misure del lockdown.

Tutto ciò premesso, superata la fase più acuta della curva epidemica in atto e con l'affievolirsi della paura, imperversano critiche e polemiche per denunciare cosa non ha (o non avrebbe) funzionato.

È un atteggiamento non condivisibile, perché errato il punto di vista: giudicare a posteriori i comportamenti relativi ad un evento che a priori era del tutto sconosciuto sia nella sua dimensione che nelle sue caratteristiche. Ingiusto e scorretto quindi ma soprattutto del tutto sterile.

A mio parere è invece più interessante chiedersi cosa ci insegni questa esperienza: solo dalle riflessioni sulle esperienze vissute maturano scelte future adeguate.

Con questo atteggiamento mentale e relativamente al mondo professionale a cui appartengo (quello della programmazione e della gestione dei servizi sanitari pubblici) propongo alcune considerazioni: in parte rivolte ai decisori politici e professionali, in parte a tutti i cittadini fruitori del Servizio Sanitario Nazionale.

La prima cosa che abbiamo tutti capito perché evidente in questa esperienza è che **il Servizio Sanitario Nazionale pubblico ed universale è un valore e come tale è di tutti: va difeso, valorizzato e finanziato opportunamente**. Può apparire oggi un'affermazione retorica, ma se facciamo scorrere la memoria a pochi mesi fa, alle dichiarazioni pubbliche dei decisori politici, all'informazione dei media, ed anche ad un certo clima sociale, tutti centrati sull'eccesso di spesa nella sanità, sulla inefficienza del sistema pubblico, sugli episodi di malasantità, scopriamo che si tratta di un cambio netto di prospettiva.

Sotto questa nuova luce allora, vale la pena evidenziare come l'underfinancing avvenuto negli ultimi 10 anni del SSN, e stimato complessivamente in 37 miliardi di euro (1), lo abbiamo pagato tutti sulla nostra pelle: operatori e pazienti. Lo abbiamo sofferto in termini di minor numero di operatori presenti, di scarsità di attrezzature, di strutture vetuste ed inadeguate. La crisi ha reso evidenti gli effetti dei risparmi accumulati negli anni, di quegli stessi risparmi che il pensiero dominante spacciava per virtuosi.

Allo stesso modo abbiamo completamente ribaltato in poche settimane il luogo comune del dipendente pubblico del SSN, pigro ed inefficiente per abbracciarne uno nuovo: quello degli eroi, entrambi atteggiamenti superficiali se non francamente infantili.

Il sistema sanitario è formato da operatori, anzi da Persone, dotate di elevata professionalità, di grande senso di responsabilità ed impegno. Tale giudizio non è riferibile solo a chi è visibile perché in prima linea, ma va esteso a tutti coloro i quali, in seconda linea, hanno permesso al sistema di reggere di fronte alla terribile ondata di pazienti CoViD ricoverati: agli operatori dei servizi tecnici (che dalla sera al mattino trasformano le sale operatorie in rianimazioni, i normali reparti in sub intensive, adeguano gli impianti dell'ossigeno a consumi che in 24 ore decuplicano); ai servizi approvvigionamenti che acquistano ovunque nel mondo materiali grazie ai quali si è impedito il collasso degli ospedali (mascherine, tute, respiratori, monitor...); ed a tutti gli altri servizi sanitari, tecnici ed amministrativi coinvolti a vario titolo.

La flessibilità è ossigeno. La seconda riflessione è relativa alla flessibilità. Esattamente ciò che ha consentito al sistema di evitare l'implosione, permettendo di accogliere e curare tutti anche nelle fasi più acute dell'epidemia. Flessibilità organizzativa e rapidità nelle azioni che hanno permesso adeguamenti e trasformazioni man mano che il flusso raddoppiava, triplicava... decuplicava.

Una flessibilità e una rapidità consentita solo dal diffuso sentimento di urgenza e pressione che l'epidemia ha creato. Al primo calare della percezione di urgenza torna però alla ribalta la cultura burocratica del paese: commissioni che si auto-riproducono, le più disparate cabine di regia, raccolte di dati che si moltiplicano disordinatamente e, soprattutto, i vecchi lacci e laccioli della pubblica amministrazione dove quasi ogni strada è impercorribile, e quando lo è, lo è con una lentezza esasperante e inadeguata alla rapidità degli accadimenti.

Il sistema sanitario ha invece necessità di snellimento, rapidità e di una piccola parte di quella flessibilità, tanto quanto i malati CoViD hanno bisogno di ossigeno. Di queste qualità sentivamo l'esigenza già in tempi ordinari, ancor più ne abbiamo un bisogno assoluto oggi, quando la fase di graduale ritorno alla normalità deve contemporaneamente garantire:

- percorsi differenziati e sicuri per pazienti CoViD e per pazienti non CoViD,

- il recupero delle prestazioni interrotte nei mesi scorsi,
- in qualunque momento l'inversione delle operazioni per tornare ad affrontare un'eventuale ripresa epidemica.

In questa fase dunque la flessibilità è vitale tanto quanto lo era nell'emergenza e l'esperienza vissuta deve diventare occasione per riflettere su questi temi nell'ambito della sanità pubblica e di tutta la pubblica amministrazione.

Ospedale, ultima trincea. I presidi ospedalieri rappresentano nelle Aziende sanitarie l'unità organizzativa più strutturata, con una tradizione secolare di assetti organizzativi relativamente stabili. Questo solido retaggio è la ragione per cui gli ospedali hanno sostenuto l'onda d'urto, trasformandosi di ora in ora, spesso con l'angoscia dell'incertezza di poter far fronte nelle ore successive al flusso crescente e di avere per il successivo turno di lavoro i dispositivi di protezione individuale per il personale (i famosi DPI: mascherine, tute, ecc.), ed alla fine hanno retto.

Anche in questo settore abbiamo imparato molto:

- che la riduzione dei posti letto operata nell'ultimo decennio ha pesato negativamente;
- che gli standard dei medesimi non possono essere calcolati su astratte formule aritmetiche, ma devono essere tarati in funzione dei bisogni sanitari della popolazione, mutevoli secondo i diversi contesti;
- che i ridimensionamenti degli ospedali in nome di maggiori servizi territoriali, non possono basarsi sulla promessa di successivi investimenti sul territorio grazie ai risparmi ottenuti. Perché è evidente che prima di chiudere un dato servizio devi averne creato uno alternativo onde evitare un vuoto assistenziale, ma anche perché, in un contesto di contrazione della spesa pubblica, i risparmi ottenuti sono immediatamente "sequestrati" senza che possano essere il volano per altri investimenti.

Mi rendo conto dell'apparente banalità del ragionamento, ma, nel ripercorrere le narrazioni diffuse prima di questa esperienza, evidenzio come non sia vano sottolinearlo.

Nonostante la positiva tenuta, c'è un assoluto bisogno di rinnova-

mento delle strutture ospedaliere. La già nota inadeguatezza strutturale ed impiantistica dei presidi del nostro Paese ed in particolare della nostra Regione Piemonte è tuttavia apparsa in tutta la sua drammaticità. Abbiamo ospedali vetusti, totalmente superati anche nell'impostazione funzionale e che faticano a mantenere una sufficiente operatività nelle situazioni ordinarie. L'emergenza ha reso ancora più evidenti tali limiti; termini come: "pressione negativa", "percorsi separati", "aree dedicate", appaiono più aspirazioni piuttosto che realtà. È quindi assolutamente indifferibile una politica di rinnovamento delle strutture ospedaliere.

Il territorio, la prima linea. Abbiamo capito che anche durante l'emergenza, anzi soprattutto durante un'emergenza, la figura del medico di famiglia è fondamentale grazie alla sua capillarità ed alla sua conoscenza degli assistiti. Abbiamo anche capito però, che non si può (o per lo meno risulta molto più difficile ed improduttivo) costruire nel corso di un'emergenza relazioni e reti che non si è saputo o potuto costruire negli anni precedenti.

Per rimediare a tale carenza, nel corso dell'epidemia è stata istituita la figura dei medici di Continuità assistenziale speciale per il CoViD, le cosiddette "USCA", medici che attivati dai medici di medicina generale o dal distretto, forniscono assistenza e cure ai pazienti CoViD al domicilio o nelle RSA. È una risorsa importante sia per attivare le cure precocemente, onde interrompere il decorso naturale della malattia verso l'aggravamento, sia per monitorare l'andamento del fenomeno sui territori e nelle RSA.

Spiace constatare che un modello esisteva già nel 2012, previsto dal cosiddetto Decreto Balduzzi successivamente convertito in legge (2). Questa legge prevedeva le Aggregazioni funzionali fra gruppi di medici di famiglia e i medici di continuità assistenziale per garantire 24 ore su 24 le cure primarie di un'area territoriale. Gruppi di medici funzionalmente collegati fra loro e con i Distretti Sanitari delle ASL, per condividere e realizzare percorsi clinici ed assistenziali integrati. Questo modello non è mai divenuto il modello diffuso delle cure primarie, ma è rimasto realizzato su base volontaristica in alcune lodevoli, ma limitate esperienze.

Se avessimo costruito tale rete negli anni scorsi, avremmo già avuto nel modello l'analogo dei medici USCA ed avremmo potuto intercettare con maggiore precocità i pazienti, limitare i casi gravi ed il ricorso all'ospede-

dale. Dobbiamo comprendere questa lezione e far diventare le aggregazioni funzionali fra medici il modello universale di erogazione delle cure primarie. Se oggi è evidente che i servizi territoriali vanno potenziati, e per tale ragione il governo ha previsto importanti investimenti nel settore, perché questi possano essere utilizzati al meglio è necessario che si innestino su un modello organizzativo diffuso ed uniforme con una forte integrazione clinica fra medici convenzionati e distretti sanitari delle ASL.

La prevenzione, l'avamposto. Anche i servizi di igiene pubblica (SISP) sono arrivati alla grande prova indeboliti da anni di contenimento dei costi, piani di rientro e blocchi delle assunzioni. Più di qualsiasi altro settore sanitario il SISP è stato travolto; servizi che gestivano casi sporadici di malattie infettive (meningite, tubercolosi, morbillo...) in pochi giorni hanno dovuto gestire centinaia di casi contemporanei e migliaia fra contatti, isolamenti, quarantene, controllo dei decorsi, ed esecuzioni di test. In una realtà quale è quella ove opero (una ASL di medie dimensioni), per gestire tale mole di attività siamo passati da poche unità di addetti a contare più di ottanta operatori, attraverso assunzioni straordinarie e trasferimenti da altri servizi.

Anche in questo settore oggi sono in arrivo importanti investimenti, ma ancora una volta ciò su cui dobbiamo interrogarci è il modello da mettere in atto per renderli efficaci. Non è realistico pensare ad organici pleotorici in attesa di pandemie che si realizzano una volta ogni 102 anni.

Ciò che credo si debba realizzare è la costituzione di un organico di professionisti fortemente specializzati nel settore con forti capacità di coordinamento, prevedendo contemporaneamente meccanismi di arruolamento straordinario di personale in caso emergenza epidemica, con procedure definite a priori, per consentire di costruire celermente una équipe che, correttamente coordinata, possa attuare la massa di azioni a medio-bassa specializzazione. Risulta inoltre determinante una piattaforma informatica, agile, completa e condivisa fra tutti gli attori: SISP, MMG, Distretti, RSA, Unità di crisi, Comuni, Protezione civile, Regioni e Ministero. Una buona base informativa ben strutturata ma agile nell'utilizzo, può davvero essere l'elemento vincente dovendo maneggiare e condividere quantità rilevanti di informazioni.

Ed infine una nota personale, ho sperimentato entrambe le esperien-

ze del fenomeno, quello dell'operatore del servizio sanitario investito da questa epidemia e quello del malato travolto dalla malattia stessa. Ho attraversato tutto il percorso: il reparto di rianimazione, il reparto di malattie infettive, quello CoViD, l'isolamento domiciliare sino, fortunatamente, alla guarigione.

Spesso mi chiedono cosa provi un “gestore della sanità a stare dall'altra parte”. Innanzitutto si prova ciò che ogni persona sente: paura, dolore, incertezza, speranza, commozione e, alla fine, gioia. Di peculiare ricordo la sensazione dei lunghi giorni nei letti in ospedali (che non erano quelli della mia ASL), diviso fra un grande senso di impotenza per non poter dare un contributo al lavoro dei miei colleghi in un momento eccezionalmente difficile, e contemporaneamente l'orgoglio perché di quella stessa squadra ero parte.

Così, quando ho finalmente ripreso il lavoro, il primo giorno ho scritto a tutti i colleghi una lettera di saluto e ringraziamento provando a rappresentare in un'immagine questo mio duplice sentire: “...È stata una esperienza dura che mi ha tuttavia lasciato una maggior consapevolezza: in quella sala operatoria trasformata in rianimazione, ogni volta che si aprivano le porte ed entravano OSS, Infermieri e Medici, dietro i loro occhi ed i loro sorrisi stanchi solo un po' nascosti dalle mascherine, vedevo tutti voi impegnati in analoghi sforzi...”.

Bibliografia

1. N. Cartabellotta, E. Cottafava, R. Luceri, M. Mosti: GIMBE (Evidence for health) – giugno 2019 – 4° rapporto sulla sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale.
2. L. 8 novembre 2012, n. 189 – (G.U. 10/11/2012, n. 263).

La malattia Covid-19 e la fragilità dei soggetti anziani

Bruno Bertagna

Il virus arrivò all'improvviso, inaspettato, non come quelle malattie che i medici si preparano ad affrontare per tutta la vita e che talora non incontrano mai, difensori di una Fortezza in attesa del nemico come nel romanzo di Buzzati *Il deserto dei Tartari*. Il virus arrivò come un moderno invasore, sulle frequenze radiofoniche e televisive. Venerdì 21 febbraio dalle prime ore del mattino tutte le principali emittenti riportavano la notizia dei primi casi diagnosticati in Lombardia il giorno precedente.

E la vita degli italiani cambiò, prima con passo lento, poi sempre più rapidamente, al ritmo delle notizie sul diffondersi dell'epidemia, dei commenti degli esperti, delle ordinanze, dei decreti. Cambiò la vita dei giovani e degli anziani, degli uomini e delle donne, dei lavoratori e dei pensionati, dei poveri e degli abbienti, delle persone in buona salute e degli infermi, come solo il principe De Curtis "Totò" avrebbe potuto immaginare nello scrivere la sua poesia più celebre *A livella*.

Al montare della marea del contagio gli italiani si mostrarono disorientati, incerti, inizialmente non particolarmente impauriti, spesso increduli. I primi giorni decorsero in modo apparentemente normale, fatto salvo l'aumento delle code negli esercizi commerciali, gli studi medici regolarmente affollati, poi vennero i giorni dell'isolamento sociale, della chiusura degli esercizi commerciali, degli uffici pubblici, dei luoghi di

lavoro, dei divieti e della grande paura.

Nel momento in cui si scrive (13 agosto 2020) risultano circa 253.000 i casi totali in Italia, di cui deceduti circa 35.200.

Le persone anziane sono risultate le più vulnerabili al coronavirus. Secondo recenti dati ISTAT (2020a) le persone con più di 65 anni sono 13,9 milioni, pari al 23% della popolazione italiana; quelle con più di 75 anni circa 7 milioni, di cui il 60% donne, le persone con 85anni e più sono 2,2 milioni e circa 15.000 i centenari; numeri che fanno dell'Italia il paese più vecchio d'Europa insieme alla Francia e secondo nel mondo dopo il Giappone.

Il criterio anagrafico non è però un indicatore sufficiente a identificare la popolazione anziana che appare essere eterogenea per numerosi fattori sia personali, che sociali, che economici.

L'invecchiamento a seconda del punto di vista considerato (biologico, psicologico, sociale) assume significati diversi. Classicamente si distingue un livello biologico, che determina l'età biologica, un livello psicologico che individua l'età psicologica e un livello sociale, a sua volta condizionante l'età sociale, riferita alla posizione raggiunta dalla persona nella comunità.

Sulla base, principalmente, del livello biologico si individuano numerosi fenotipi. Accanto ad anziani in buona forma fisica, cosiddetti robusti, e ad anziani attivi esistono gli anziani fragili e ampie fasce di persone anziane affette da plurime patologie croniche, da disabilità, da condizioni di non autosufficienza.

L'esperienza e gli studi confermano che l'invecchiamento può anche decorrere in condizioni di salute discrete, se non buone, e che non sarebbe l'invecchiamento di per sé ma piuttosto le malattie e le condizioni di vita, rappresentate in particolar modo dal welfare, dallo status economico, dalle relazioni sociali e dallo stile personale ad influenzare il declino fisico e psichico.

L'invecchiamento è quindi un processo molto complesso nel quale entrano in gioco numerosi fattori: biologici, psicologici, culturali, economici, sociali, ambientali.

La pandemia da Covid-19 ha determinato la più alta letalità fra le persone anziane.

La stragrande maggioranza dei deceduti è risultata avere più di 70 anni. Per motivi ancora da chiarire la letalità è risultata più elevata nei soggetti di sesso maschile in tutte le fasce di età (57,8% uomini contro

il 42,2% donne). I dati ISTAT recentemente pubblicati (ISTAT, 2020c) riferiscono di un eccesso di mortalità rispetto a periodi di confronto di circa 2,3 volte negli uomini di 70-79 anni e di 2,2 volte in quelli di età compresa fra 80 e 89 anni. In pratica è risultata maggiormente coinvolta la fascia di età dei giovani anziani (65-75 anni) a ridosso di quella degli anziani veri (75-85 anni), massimamente coinvolta, e in misura solo lievemente minore quella dei longevi (85-95 anni). L'età media dei deceduti è risultata 80 anni (ISTAT, 2020d).

La malattia non ha colpito in modo indiscriminato; sono state soprattutto le persone affette da gravi patologie croniche concomitanti (malattie cardiovascolari, malattie respiratorie, diabete, patologie neurodegenerative, oncologiche ecc.) ad aver pagato il maggior prezzo in termini di mortalità. Il 61% delle persone decedute risultava avere almeno 3 patologie croniche preesistenti. Una particolare incidenza di eventi fatali si è verificata fra le persone ospitate nelle Residenze Socio-Assistenziali e Socio-Sanitarie che, secondo dati parziali, accolgono oltre 300.000 anziani. È ragionevole pensare che il virus abbia colpito i presidi residenziali in ragione della vita comunitaria che vi si svolge, a causa delle difficoltà di isolamento, andando ad incidere su organismi già provati da situazioni di fragilità e di multipatologia, dove i danni provocati dal virus si sono sovrapposti a quelli causati dalle malattie coesistenti.

Il dato diffuso con regolarità e frequenza dai media, fin dal primo periodo di pandemia, sulla mortalità negli anziani ha sicuramente destato un elevato livello di preoccupazione nelle fasce di età più elevata della popolazione.

La pandemia ha slatentizzato e aggravato le paure tipiche dell'anziano: la paura rappresentata dall'incognita del futuro, della perdita dell'autonomia, dell'abbandono, della solitudine; la paura economica, la paura della malattia e della morte.

Di fronte alla paura le persone anziane hanno reagito, prevalentemente, adottando strategie per contenerla, mobilitando le risorse utili a ristabilire, nella situazione che si era creata, un sufficiente equilibrio interiore e, nello stesso tempo, fronteggiare le difficoltà pratiche della vita quotidiana. Si sono registrati in questo periodo dei comportamenti improntati ad una grande prudenza e una adesione massiccia e convinta degli anziani alle indicazioni di protezione e di isolamento sociale stabilite dalle autorità.

Le emozioni espresse dalle persone visitate dai medici di medicina primaria durante o subito dopo la fase del lockdown sono apparse diverse per tipologia e intensità a seconda delle fasce di età.

I soggetti più giovani sono risultati essere maggiormente interessati da anedonia, apatia, ansia, irritabilità, rabbia e talora sintomi francamente depressivi. Talora si sono registrati anche degli episodi di franco scompenso psicotico.

Le persone anziane hanno manifestato una serie di reazioni emotive molto più contenute rispetto a quelle espresse dai giovani e dagli adulti.

Le reazioni d'ansia, espresse da sintomi psicologici quali irritabilità, insofferenza e agitazione o sintomi fisici, registrate nel corso dei colloqui e delle visite mediche, sono state negli anziani inferiori rispetto alle fasce di popolazione più giovanile. La motivazione potrebbe risiedere nel riserbo tipico dell'anziano a manifestare i propri sentimenti o anche nella maggiore capacità dell'anziano nel controllarli. È infatti noto che *nell'età anziana le emozioni sono spesso meglio modulate e meno espresse rispetto ad età precedenti*. L'impressione che se ne ricava è quella di un buon equilibrio interiore della popolazione anziana in generale e di una reazione contenuta e appropriata delle persone anziane nei confronti delle conseguenze della pandemia e dell'isolamento.

Questi dati, per ora preliminari e aneddotici, che parrebbero confermati da un aumento molto contenuto del consumo di ansiolitici da parte degli anziani rispetto agli adulti, e che dovranno essere verificati da studi da effettuarsi nel prossimo futuro, farebbero propendere per strategie di coping messe in atto dalla maggioranza della popolazione anziana più efficaci rispetto agli adulti e ai giovani.

Il confinamento nella propria casa, ricca di significati affettivi ed emotivi, per un anziano è meno traumatico del cambiamento di domicilio o del trasferimento in una struttura protetta. *Nella propria casa l'anziano conserva il senso dell'autonomia e la competenza ambientale che conferisce la sensazione di sicurezza*.

L'isolamento domiciliare ha contribuito, in breve tempo, a svuotare gli studi medici e gli ambulatori dai loro abituali frequentatori, rappresentati soprattutto dagli anziani con multipatologia e dai soggetti fragili, quelli meno performanti nei compiti quotidiani, con minori riserve funzionali e pertanto più vulnerabili nei confronti delle malattie e, di conseguenza, più bisognosi di cure mediche.

Le strategie di isolamento adottate dagli anziani hanno comportato quasi sempre la mobilitazione delle risorse famigliari per le incombenze quotidiane, talora usufruendo in alternativa o in aggiunta dell'aiuto del vicinato o dei volontari per il rifornimento alimentare e dei farmaci. I contatti telefonici con il medico sono stati in questo periodo particolarmente frequenti.

L'isolamento nella propria abitazione volto ad evitare contatti a rischio con persone affette da Covid-19 è risultato efficace nell'evitare maggiori danni alle persone anziane.

Nell'adottare e mantenere questa modalità comportamentale è possibile che molti anziani siano stati facilitati da *un alto livello di coscienza e riflessività*, dalla tendenza fisiologica dell'anziano a *concentrarsi su se stesso ed evitare situazioni di rischio*, dalla tendenza di alcuni anziani ad isolarsi dal contesto in cui vivono. Tendenza quest'ultima che non va assecondata in condizioni normali, per gli effetti negativi sulle facoltà cognitive e il tono dell'umore, ma che nella situazione particolare della pandemia è stata efficace per evitare un maggior numero di contagi.

L'aver evitato un danno maggiore, tuttavia, ha significato e significa per gli anziani il dover affrontare altri possibili danni, legati alla riduzione della mobilità, ad una alimentazione non sempre congrua alle esigenze della persona, alla riduzione dei contatti sociali, con i famigliari, con il medico, alla posticipazione di accertamenti clinici ed esami programmati.

Il forzato isolamento provoca tutta *una serie di conseguenze negative per l'anziano*: dalla riduzione del movimento, deleterio per una serie di patologie croniche che vanno dalle malattie cardio-vascolari e metaboliche quali il diabete, alle patologie artro-degenerative, al favorire l'insorgenza di disturbi d'ansia e depressivi fino al peggioramento delle funzioni cognitive.

Alcuni pazienti segnalano preoccupazione per gli accertamenti rimandati, altri riferiscono sentimenti di ansia che tuttavia appaiono in generale abbastanza contenuti e ben gestiti. Quasi tutti hanno dovuto, per scelta propria o per effetto della chiusura o limitazione dei servizi, per motivi di cautela o dislocazione delle risorse sanitarie necessarie a fronteggiare l'emergenza, sospendere o posticipare visite, accertamenti e cure mediche e chirurgiche non urgenti. Destano preoccupazione le conseguenze del lockdown soprattutto sulle persone più fragili, gli ammalati cronici e i disabili. La riduzione dei contatti con il medico, spesso limitati alla con-

sultazione telefonica e alla richiesta di prescrizione dei farmaci abituali, la rinuncia alle visite periodiche, la posticipazione delle analisi e degli esami programmati e talora la rinuncia ad accedere ai servizi sanitari in occasione di insorgenza di nuovi sintomi, rappresentano un ulteriore motivo di preoccupazione per il possibile scompensarsi di situazioni precarie e instabili.

L'isolamento domiciliare è risultato essere particolarmente gravoso soprattutto per gli anziani che vivono da soli (quasi la metà delle donne ultra 75enni secondo le statistiche vive sola) (ISTAT, 2020b), per quelli che non hanno figli (circa il 9%, per i soggetti più fragili), per i disabili e gli ammalati cronici non autosufficienti, talora privati a causa di contagio o di rientro nel paese di origine del rapporto con l'abituale assistente personale, figura professionale essenziale anche per il sostegno psicologico atto a contrastare l'ansia e la tristezza. Queste situazioni, non maggioritarie nell'universo degli anziani ma largamente presenti, non possono che aggravare le paure e predisporre verso la depressione. Alla *fragilità fisica*, infatti, si affianca spesso la *fragilità psichica e sociale* che non può che essere aggravata nel corso di crisi epocali come la pandemia da Covid-19. Inoltre la riduzione dei contatti predispone verso il senso di solitudine, la riduzione degli stimoli e le funzioni che non vengono esercitate facilitano il declino cognitivo. Per poter interagire positivamente con l'ambiente esterno l'anziano deve essere in grado di comunicare, ma perché ciò avvenga non può prescindere da una condizione affettiva positiva e da una favorevole collocazione nell'ambiente familiare e sociale in cui vive.

La pandemia da coronavirus ha reso ancora più evidente il divario tra le varie classi di persone, in particolare tra i giovani e i più anziani, questi ultimi penalizzati dalla minore disponibilità di risorse economiche e strumenti tecnologici di comunicazione.

È indubbio che gli anziani necessitino della massima attenzione da parte della società e delle istituzioni. In situazioni di domiciliarità è essenziale che l'anziano mantenga il livello di funzionalità con una adesione convinta e consapevole ad un corretto stile di vita.

Le buone norme, quali il mantenere una alimentazione variata e sana, una buona idratazione, l'esecuzione di semplici esercizi fisici, assumono un'importanza anche maggiore in situazioni di confinamento.

È opportuno che l'anziano si mantenga in esercizio coltivando interessi, esercitando attività che diano soddisfazione e stimolino la mente,

possibilmente con progetti, letture, ricerche, studi. Ogni attività che richieda concentrazione, curiosità, interesse, interazione aiuta a mantenere integre le funzioni cognitive e conservare il tono dell'umore.

Qualora consentito dalle condizioni fisiche e ambientali, è utile effettuare delle passeggiate all'aperto rispettando la distanza interpersonale.

Il contatto con il medico per comunicare l'insorgenza o la variazione di sintomi deve essere non solo garantito ma facilitato.

Per molte settimane gli unici contatti degli anziani ricoverati negli ospedali e nei presidi residenziali con le proprie famiglie sono avvenuti per il tramite del personale sanitario.

È indispensabile che l'anziano confinato in casa abbia qualcuno che lo contatti frequentemente, utilizzando ad esempio il mezzo telefonico, per accertarsi delle sue condizioni di salute, rassicurare e trasmettere sentimenti di affetto, sostegno e umana solidarietà.

Ora che la fase 3 è finalmente arrivata e si prospetta una lunga fase di convivenza con il virus, l'impressione è che molti anziani preferiscano ancora cautelarsi soggiornando il più possibile nell'ambiente protetto delle proprie abitazioni, nell'attesa e nella speranza che le misure adottate a tutela della salute svolgano un effetto positivo sul contenimento della malattia.

In alcuni casi gli anziani dovranno riparare i danni psicologici riportati, ma l'impressione complessiva è quella di una maggior tenuta rispetto ad altre fasce di età che ora, con la riduzione della tensione emotiva legata all'isolamento e alla paura del contagio, lasciano emergere la paura per il danno economico e la perdita del lavoro.

Gli anziani possiedono il patrimonio dell'esperienza fattuale ed emotiva, rappresentano la memoria di una popolazione, i principali attori del dialogo intergenerazionale.

Il ritorno ad una condizione precedente l'infezione è impensabile per ciascuno di noi, ancora più problematica sarà la sutura tra il tempo precedente e quello successivo per le persone anziane più fragili a causa delle conseguenze fisiche, psichiche, relazionali ed economiche connesse a questo evento.

Tutti i professionisti della salute (medici, psicologi, infermieri, assistenti sociali) che dovranno intervenire per portare assistenza e aiuto nei confronti degli anziani più deboli dovranno valutarne con attenzione *il rischio e il grado di fragilità*. In altri termini la condizione di vulnerabilità

funzionale, cognitiva, sociale ed economica che lo espongono ad un alto rischio di perdita di competenza e di funzioni che può esitare nella disabilità, nella perdita dell'autonomia e dell'autosufficienza.

Occorrerà soprattutto “pensare” che la persona anziana possa essere un soggetto fragile e sospettare la presenza di cause di fragilità soprattutto quando non vengono denunciate.

L'approccio geriatrico alle condizioni di fragilità, evidenti o presunte, consiste nel rilevare i sintomi e i segni della fragilità (astenia, perdita di peso, riduzione della forza muscolare, difficoltà di movimento, diminuzione dell'attività fisica), confermare e misurare, attraverso appositi strumenti, il grado di fragilità, identificare i fattori di rischio predisponenti, spesso interagenti tra di loro, rappresentati dall'invecchiamento avanzato, da comorbidità fisiche e psichiche, da alimentazione inadeguata o carente, da mobilità ridotta, cui si aggiungono talvolta carenze ambientali o condizioni di svantaggio sociale ed economico. Viene valutata con criterio multidisciplinare e utilizzo di scale e test la funzionalità dei vari organi e apparati, il profilo psicologico, l'assetto affettivo e cognitivo, i cui deficit, in condizioni di stress, possono far precipitare l'equilibrio precario dell'organismo. La valutazione multidimensionale geriatrica è riconosciuta come fondamentale per contrastare l'effetto sinergico fra le varie patologie e gli “eventi a cascata” (eventi patologici che condizionano o facilitano l'insorgenza di altri), che possono condizionare l'insorgenza delle sindromi geriatriche con altissimo rischio di disabilità, perdita di autonomia e autosufficienza, ricoveri ed eventi fatali.

Attraverso la valutazione multidimensionale è possibile riconoscere tempestivamente le condizioni di rischio, effettuare la diagnosi precoce, identificare gli obiettivi e impostare in chiave multiprofessionale un piano assistenziale concreto, terapeutico e riabilitativo, centrato sulla persona e finalizzato al mantenimento delle funzioni conservate e al recupero di quelle perse, riducendo al minimo il rischio di ulteriori perdite di funzioni, ottimizzando nel contempo il trattamento delle comorbidità.

Sarà importante coinvolgere ancora di più nel processo di cura i familiari e il caregiver per aiutare l'anziano a recuperare e mantenere le migliori condizioni di salute e la massima autonomia possibile, recuperare la vita di relazione e rafforzare il senso di una vita che ha un valore di per sé, oltre che per quello che ha fatto e quello che ancora può fare.

L'emergenza attuale si combatte e si sconfigge con gli strumenti della

scienza, ma anche con il senso di comunità, la solidarietà, la tolleranza, il senso positivo della vita, la capacità di resistere con forza ma anche con ironia e, se possibile, buon umore. I “social media” ci hanno ampiamente abituato a condividere notizie, informazioni, immagini e messaggi, cambiando, almeno in parte, il nostro modo di comunicare.

Da questa traumatica esperienza abbiamo la possibilità di trarre alcuni importanti insegnamenti.

Dovremo considerare la vita dal punto di vista clinico ma non solo: la vita è anche rappresentata dall’insieme degli affetti e delle relazioni sociali.

La pandemia da Covid-19 ci ha aiutato a riscoprire i valori della solidarietà, degli affetti famigliari, dell’amicizia, della vita salubre, a riflettere sui temi della società e dell’ambiente in cui viviamo e sulla necessità di averne rispetto e cura.

Ci ha fatto riflettere sul senso profondo della vita personale, così indissolubilmente legata a quella degli altri, sul bisogno di dare delle risposte alle categorie sociali più deboli, riservare un’attenzione specifica alle persone più vulnerabili, quali le persone sole, gli anziani, i disabili, le persone ospitate nelle strutture residenziali e ricoverate negli ospedali alle quali devono essere assicurate la massima protezione, cure attente e appropriate. A questo proposito il Comitato Nazionale per la Bioetica (2020) si è espresso chiaramente: “Il criterio clinico è il più adeguato punto di riferimento per l’allocazione delle risorse. Ogni altro criterio di selezione come ad esempio l’età anagrafica (omissis) è eticamente inaccettabile”.

Una signora anziana (F.R. di anni 86) congedandosi con un sorriso dallo studio di chi scrive ha espresso questo pensiero:

“Tanti paragonano questa cosa alla guerra, perché non hanno visto la guerra... Ora dovremo ricominciare, ma allora, dopo la guerra, avevamo iniziato più dal basso. Malgrado tutto non ho perso la speranza in un mondo più buono”.

Quale miglior auspicio per il futuro?

Bibliografia

- Comitato Nazionale per la Bioetica (2020). Covid-19: la decisione clinica in condizioni di carenza di risorse e il criterio del “triage in emergenza pandemica”. bioetica.governo.it, 8 aprile 2020.
- ISTAT (2020a). Indicatori demografici anno 2019. www.istat.it, 11 febbraio 2020.
- ISTAT (2020b). Aspetti di vita degli over 75. www.istat.it, 27 aprile 2020.
- ISTAT (2020c). Impatto dell’epidemia Covid-19 sulla mortalità totale della popolazione residente. Primo trimestre 2020. www.istat.it, 4 maggio 2020.
- ISTAT (2020d). Impatto dell’epidemia Covid-19 sulla mortalità totale della popolazione residente. Periodo gennaio-maggio 2020. www.istat.it, 09 luglio 2020.

L'impatto dell'infezione da CoViD-19 sul sottile confine tra invecchiamento fisiologico e invecchiamento patologico

Gianluca Isaia

La vecchiaia, da molti considerata una malattia solo per il fatto che comporta radicali cambiamenti, spesso negativi, nel modo di vivere, dovrebbe essere invece intesa come una fase diversa della vita non più volta all'apprendimento o alla produttività. Certamente, una società che basa l'importanza dei ruoli solo o prevalentemente su quanto e come si produce, non potrà fare altro che tendere a isolare il vecchio, ignorando le qualità che ancora questi possa offrire, come l'esperienza, la memoria, la calma.

La vecchiaia non può essere considerata una malattia anche perché non ha le caratteristiche di una malattia. Si manifesta infatti in modo differente in persone diverse. Persone coeve con storia clinica simile, possono vivere

la vecchiaia con limitazioni marcatamente diverse. E questo in gran parte dipende dalle capacità individuali di adattamento, dalla resilienza. È risaputo che un cambiamento che avviene lentamente nel tempo, è in grado di essere acquisito e accettato in modo meno traumatico contrariamente a quanto avvenga nel caso di un cambiamento più repentino. L'insonnia, ad esempio, se si insinua in un individuo in modo lento, forse subdolo, viene tollerata meglio rispetto allo stesso sintomo che insorga acutamente in età avanzata.

L'invecchiamento comporta una serie di cambiamenti a diversi livelli, alcuni dei quali erroneamente vengono considerati "malattia", ma che dovrebbero essere interpretati come una evoluzione della condizione umana, attesa e imprescindibile. È evidente che tali cambiamenti comportano spesso un peggioramento delle condizioni generali e una maggiore suscettibilità alla patologia, ma non sono essi stessi una patologia. Nella Tabella 1 vengono riportati i cambiamenti più frequenti. L'aumento della massa grassa a scapito di quella magra riduce la forza muscolare e quindi incide sul movimento e sulla resistenza. La riduzione della concentrazione di acqua espone a un maggiore rischio di disidratazione o di ipotensione soprattutto nel passaggio da clino a ortostatismo. Le riduzioni di vista e udito favoriscono le cadute e l'isolamento sociale con conseguente aumento delle sindromi depressive, favorite anche dalla riduzione fisiologica della risposta serotoninergica. La riduzione delle ore di sonno associata a frequenti risvegli notturni favorisce l'alterazione del ritmo sonno-veglia, le variazioni umorali e l'esordio di deficit cognitivi.

- osteoporosi
- ↑ della massa grassa e ↓ della massa magra
- ↓ della concentrazione di acqua
- alterata risposta immunitaria
- ↓ della capacità respiratoria e ↑ del volume residuo
- ↓ della funzionalità renale
- ↓ della risposta serotoninergica (depressione)
- alterazione del sonno
- ↓ dei tempi di reazione e del movimento
- ↓ dei sensi (vista e udito)
- Alterazioni cardiache (scarsa risposta FC ai cambi posturali, alterata elasticità LV)
- Alterazione nel metabolismo dei farmaci

Tab. 1- Cambiamenti fisiologici

Tutti questi cambiamenti, spesso ineluttabili e inevitabili, generano conseguenze diverse se si presentano in modo graduale rispetto a quando invece sopraggiungono rapidamente, perché offrono la possibilità di un lento adattamento al cambiamento, permettendo dunque ai soggetti maggiormente resilienti di sostenere meglio l'urto. In particolare, la persistenza di uno stato funzionale integro o poco compromesso gioca un ruolo cruciale nel mantenere il processo di invecchiamento entro limiti "normali". Al contrario, uno stato funzionale precocemente alterato rappresenta un fattore di rischio significativamente relativo a un invecchiamento precoce, accelerato e pone i presupposti dunque per un invecchiamento patologico (Fig. 1). Può apparire come un concetto banale, ma il preservare buoni standard funzionali nelle attività della vita quotidiana è l'elemento essenziale per ambire a un invecchiamento di successo evitando o ritardando la disabilità, che rappresenta un peso psicologico, oltre che fisico, per il paziente, ma anche un carico assistenziale molto più elevato per il caregiver. Quando si instaura un quadro clinico caratterizzato da marcate limitazioni funzionali, aumenta anche la probabilità che il paziente debba ricorrere all'istituzionalizzazione o all'assistenza privata, condizioni che minano ulteriormente il tono umorale dell'individuo relegandolo a un ruolo sempre più marginale.

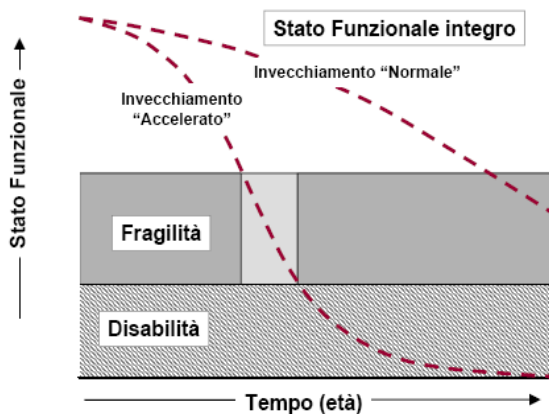


Fig.1 – Invecchiamento normale vs invecchiamento accelerato

Nel processo di invecchiamento, poi, la fragilità gioca un ruolo cruciale. Con questo termine non si intende l'essere deboli, ma il presentare delle caratteristiche fisiche che rendono l'individuo più suscettibile di disabilità pur non identificando la disabilità vera e propria. La perdita di peso, la debolezza, la lentezza, il basso livello di attività e la spossatezza sono cinque caratteristiche fisiche che non sottendono una malattia, ma che rendono l'individuo fragile nel senso geriatrico del termine. Una qualsiasi noxa patologica che incida su un individuo fragile, ma non ancora malato, determina delle conseguenze maggiori accelerandone l'invecchiamento che a questo punto traslerà da fisiologico a patologico. La frattura di femore è forse l'esempio più esplicativo, in quanto si tratta di un evento traumatico acuto che comporta spesso un intervento chirurgico, un periodo di allettamento e una riabilitazione lunga e talvolta faticosa. Tale evento, però, se si manifesta in un fisico giovane e tonico avrà conseguenze tutto sommato minime e una restitutio ad integrum totale, mentre se si verifica in un soggetto già fragile prima dell'evento, comporterà una degenza maggiore, una riabilitazione maggiore, una possibile non completa guarigione e probabilmente anche l'insorgenza di altre conseguenze cliniche apparentemente non direttamente legate alla frattura.

Se nel giovane è lecito far coincidere la malattia con lo stato di salute, nell'anziano questo concetto non è così saldamente valido. Certamente il numero delle patologie concomitanti e la loro gravità possono incidere significativamente sulla vita di ognuno, ma nel vecchio il valore delle capacità funzionali residue deve essere preponderante nella valutazione generale, in quanto predittivo di eventuale evoluzione negativa. La letteratura internazionale riporta diverse evidenze in tal senso, dimostrando come, ad esempio, una perdita delle funzioni della vita quotidiana (*Activities of Daily Living* – ADL; *Instrumental Activities of Daily Living* – IADL) già presente almeno due settimane prima di un ricovero ospedaliero per patologia acuta, sia significativamente associato a un ulteriore peggioramento delle stesse funzioni durante il ricovero e a una più frequente dimissione in strutture di lungodegenza. Questo significa che in molti casi non è la malattia a generare la disabilità e la dipendenza, ma le condizioni funzionali con le quali si affronta il ricovero per malattia. Coloro i quali manifestano già difficoltà nel mobilizzarsi o nello svolgere le comuni attività domestiche, se ricoverati, hanno una maggior probabilità di subire un ricovero più lungo, di non rientrare a casa dopo la dimissione o di manifestare ulteriori limitazioni,

rispetto a pazienti di pari età e funzionalmente più abili ricoverati per la medesima malattia¹.

La maggiore ospedalizzazione che ne consegue comporta dunque un'accelerazione dei normali processi fisiologici di invecchiamento che può essere oggettivata mediante alcune valutazioni. Una di queste è l'hand-grip, cioè la forza della stretta di mano. Uno studio condotto alcuni anni fa ha dimostrato come i pazienti che al termine di un ricovero ospedaliero presentavano una bassa forza nell'hand-grip, subivano un incremento di mortalità a tre e dodici mesi e un incremento di nuova ospedalizzazione a tre mesi rispetto a chi non presentava tale decremento (Fig. 2, Fig. 3, Fig 4)².

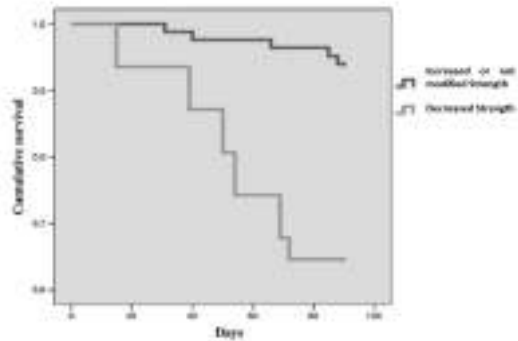


Fig. 2 – Cumulative survival at 3-month follow-up ($p=0.047$)

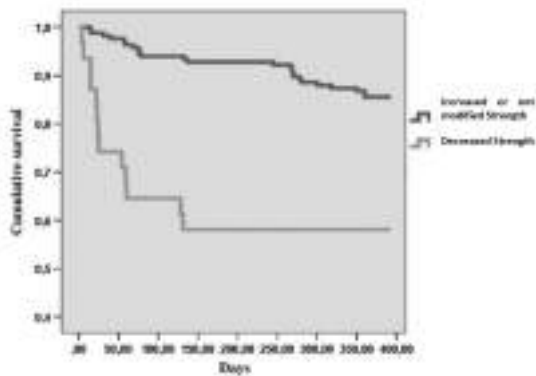


Fig. 3 – Cumulative survival at 1-year follow-up ($p=0.000$)

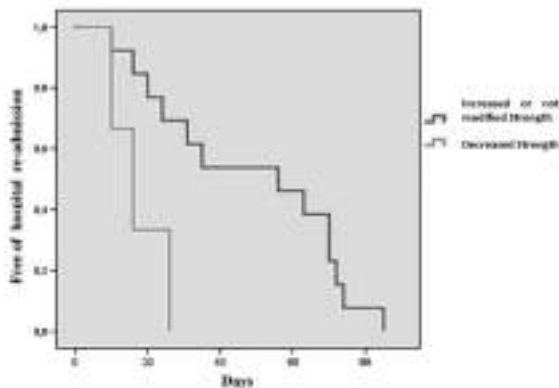


Fig. 4 – Time of hospital re-admission at 3-month follow-up ($p=0.001$)

L'invecchiamento di successo o fisiologico, dunque, si costruisce con il tempo sin dalla giovane età curando il fisico e le funzioni cognitive con attenzione maggiore di quella che abitualmente si rivolge alle malattie.

Pertanto, la causa scatenante e le capacità di resilienza individuali determinano l'equilibrio che segna il confine tra invecchiamento fisiologico e patologico. È facile dedurre dunque che un evento acuto di severa entità possa accelerare la transizione verso una condizione patologica dell'invecchiamento portando l'individuo ad essere non solo malato, ma soprattutto disabile. In questo risiede l'importanza dell'invecchiamento di successo, altrimenti detto fisiologico. Non solo nel preservare le capacità funzionali e cognitive il più a lungo possibile, ma soprattutto nel permettere una maggiore resistenza agli eventi acuti e una più rapida ripresa dopo l'evento stesso, fermo restando che l'età rimane un fattore determinante.

Un evento acuto come la polmonite interstiziale da coronavirus ben rappresenta il concetto di noxa patogena severa, essendo in grado di determinare conseguenze nefaste anche nel paziente privo di severa comorbidità, ma che certamente nel pluripatologico e fragile comporta danni maggiori rispetto a quanto non avvenga nel giovane sano. Questo concetto, seppur in modo più semplificato, è ormai stato accettato anche dalla popolazione non sanitaria, che non fa fatica a comprendere come un organismo minato dalle malattie possa cedere più facilmente in una situazione avversa. Meno diffusa è invece la consapevolezza che esistano

differenti modi di invecchiare.

Al di là, però, dell'evento acuto che, in quanto tale, può favorire l'exi-tus anche nei giovani, ciò che spesso viene sottovalutato o non conside-rato affatto né dalle persone comuni né tantomeno dai vertici politici nazionali e regionali, è che in regime di lockdown un vecchio patolo-gico può subire conseguenze maggiori anche se non viene in contatto con il Covid-19. E su questo punto gli esempi sono molteplici. Il caso più evidente si vede nel paziente affetto da demenza ad esordio precoce che sviluppa spesso disturbi comportamentali che lo rendono inadatto a comprendere il significato di un isolamento sociale. Egli si trova in una casa che talvolta non riconosce nemmeno come casa propria, con individui che lo sorvegliano che solo a tratti riconosce come familiari e che lo costringono a stare confinato tra le mura domestiche per ragioni a lui incomprensibili. Tale condizione genera inevitabilmente un'escalation sintomatologica che a volte non può nemmeno essere trattata adeguata-mente data la difficoltà nel raggiungere l'ambulatorio di riferimento. Per non parlare poi dello stress che questo genera nei caregiver incrementan-do in essi il rischio di comorbidità e avviandoli dunque su un percorso di invecchiamento patologico. La percezione sensoriale e il mantenimento della routine sono due elementi fondamentali che l'isolamento forzato altera inevitabilmente. È stato dimostrato come l'ipovisus e l'ipoacusia giochino un ruolo superiore a comorbidità più rilevanti, quali diabete o malattie cardiovascolari, nell'accelerare i processi di invecchiamento³, e quindi, traslando il significato di isolamento a quello di riduzione della percezione sensoriale, ben si comprende come un evento di tale portata possa alterare gli equilibri omeostatici anche nell'anziano "sano", ma cer-tamente in misura maggiore in chi soffre già di una condizione alterata.

Una sindrome che può essere portata ad esempio quando si parla di isolamento sociale e perdita dei punti di riferimento nell'anziano è senza dubbio il Delirium. Si tratta di una sindrome psico-organica caratterizza-ta da un'alterazione acuta dello stato di coscienza a decorso fluttuante che può avere molteplici fattori di rischio e cause scatenanti. La particolarità di questa sindrome è che può insorgere praticamente in ogni individuo, anche in chi è sostanzialmente sano, a seconda della noxa patogena che entra in gioco. È lecito attendersi un evento simile in chi viene sottoposto ad esempio a un intervento di chirurgia maggiore o che deve ricorrere a un ricovero in terapia intensiva. Tuttavia, spesso il Delirium si manifesta

nelle persone anziane quando queste vengono ricoverate anche in reparti di degenza tradizionali per patologie che non le espongono a imminente pericolo di vita. La letteratura internazionale ha imputato la causa di questa alterazione comportamentale proprio alla perdita dei riferimenti sensoriali e della routine quotidiana, dimostrando come i pazienti acuti trattati al proprio domicilio anziché in ospedale abbiano una minore incidenza di Delirium⁴. Certamente, la gestione domiciliare di pazienti acuti che avrebbero necessità di cure ospedaliere non è semplice e può essere fatta solo in particolari e isolati contesti quali quello dell'Ospedalizzazione a Domicilio (OaD), un servizio della Geriatria della Città della Salute e della Scienza di Torino, attivo dal 1985, che è in grado di addurre al domicilio del paziente quasi tutte le offerte della degenza tradizionale, inclusi l'esecuzione di esami ematochimici quotidiani, il supporto trasfusionale, l'esecuzione di esami radiologici ed ecografici. Nei pazienti acuti trattati in OaD, l'incidenza di Delirium si è dimostrata significativamente inferiore rispetto a quanto avvenuto nel gruppo di controllo ospedaliero, caratterizzato da condizioni cliniche e di acuzie sovrapponibili e senza differenze statisticamente significative. Questo dimostra che la propria casa, i propri affetti e la familiarità con una routine conosciuta possano avere un peso rilevante nel rallentare o ridurre il passaggio a una condizione cognitiva peggiore, ma cosa potrebbe succedere se anche la casa venisse intesa come un luogo di degenza dal quale non è possibile uscire e nel quali ci si ritrovi soli anziché circondati dall'affetto dei propri cari?

In particolare, l'isolamento determinato dalle misure coercitive necessarie a contenere l'avanzata del virus, e tutte le ulteriori misure di cautela finalizzate a mantenere quantomeno stabile il numero dei contagi comportano inevitabilmente un'alterazione marcata della routine quotidiana di ciascuno di noi. Se però il giovane ha gli strumenti fisici e cognitivi per ridistribuire e ridisegnare le proprie attività lavorative e ludiche, lo stesso non si può dire per l'anziano che si trova ad essere ancora più isolato e confinato di quanto già non fosse. Le piccole abitudini giornaliere, fatte magari solo di contatti veloci con i vicini di casa o i commercianti di zona, si riducono o si annullano. Anche le visite dei familiari si limitano allo stretto necessario. I contatti con i nipoti avvengono solo via telefono. L'anziano si trova dunque a vivere una realtà alterata oltre ogni modo, a rivivere ogni giorno lo stesso orizzonte temporale percepibile dalle finestre di casa sua, a non provare più la sensazione piacevole delle relazioni

interpersonali, fino a provare l'amarezza che queste misure coatte, fatte apposta per proteggerlo, lo stiano contemporaneamente anche danneggiando. Si definisce vicolo cieco una situazione nella quale ogni strada non sembra percorribile. La cura talvolta può essere o sembrare più dannosa della malattia, perché, in questo caso, potrebbe accelerare l'innescio di una serie concatenata di eventi. L'anziano esce di meno, si muove di meno, perde gli interessi, mangia di meno, il suo fisico si modifica più rapidamente facendogli perdere forza ed equilibrio, lo conduce alla sarcopenia e poi alla cachessia, a un aumento del rischio di cadute al domicilio. E tutti questi cambiamenti spesso non vengono individuati precocemente proprio perché si riduce l'attenzione sull'individuo non per trascuratezza, ma in virtù delle misure di isolamento cautelative che i familiari più giovani applicano nel contesto domestico. A questo si deve poi aggiungere la riduzione delle visite di controllo ambulatoriali. È eclatante il dato emerso da più fronti in merito alla riduzione degli accessi in Pronto Soccorso per evento cardiaco acuto. Questo è l'esempio estremo di come anche un dolore toracico possa venire sottovalutato o sottodimensionato in relazione al possibile rischio di contagio che si avrebbe afferendo a una struttura ospedaliera. Quanti pazienti eviteranno di recarsi in visita per il routinario controllo della glicemia, delle funzioni cognitive, dei valori pressori? Le conseguenze di tali azioni le pagheremo tutti: i pazienti in primis che vedranno complicarsi le loro condizioni di salute accelerando dunque il passaggio da invecchiamento fisiologico a quello patologico, ma anche i familiari si troveranno a dover affrontare una complessità clinica di difficile gestione domiciliare con conseguenze economiche ed emotive non trascurabili. Sarebbe però riduttivo limitare al solo ambito individuale o familiare l'impatto del coronavirus e delle misure ad esso legate. È il ruolo della collettività che viene messo in discussione, delle relazioni interpersonali, del tessuto sociale che non può prescindere dall'esperienza del vecchio per poter guardare al futuro in modo sereno. Se non si troverà il modo di invertire la rotta, il passaggio dall'età lavorativa a quella dell'isolamento e della dipendenza non avrà soluzione di continuità e assisteremo a un incremento dell'invecchiamento patologico a scapito di quello fisiologico.

Infine, è doveroso sottolineare un ultimo punto che deriva dall'esperienza maturata personalmente nella gestione di pazienti anziani in un reparto Covid della Città della Salute e della Scienza di Torino. Molti

degli anziani ricoverati non presentano i comuni sintomi da infezione da coronavirus. Certamente la gran parte di essi è affetta da una polmonite interstiziale con necessità assistenziali però non molto differenti da quanto si era soliti fare per i pazienti con affezioni comuni del tratto respiratorio prima dell'avvento del Covid-19. Una buona parte dei ricoverati, però, si è presentata in PS per sintomi differenti da quelli respiratori e ha appreso di essere infetta in modo accidentale, in quanto il protocollo prevede l'esecuzione dei tamponi nasofaringei a tutti coloro i quali presentino sintomi anche solo vagamente e lontanamente riconducibili al Covid. Al di là di queste considerazioni, tutti i degenti in ambiente Covid vengono istantaneamente privati di ogni contatto sociale. Possono comunicare con i propri familiari solo via telefono, se sono in grado di usarlo, oppure fuggacemente via videochiamata grazie alla disponibilità del personale sanitario che si presta ad alleviare in questo modo la sensazione di sconforto. Non voglio definire questo tipo di gestione come una deportazione in quanto ha finalità diverse ed è volta a salvaguardare la collettività, ma certamente chi era bambino negli anni '40 potrà percepire una sensazione analoga a quella già vissuta anche solo indirettamente in passato. E questo avviene anche perché da anni l'attenzione si è spostata dal malato ai DRG. Il paziente è un numero indipendentemente dall'età. Per molti, un letto ospedaliero occupato da un giovane equivale a quello occupato da un vecchio. Per molti, le esigenze di giovani e anziani sono le stesse e questo pensiero resta fermo e immutato almeno finché non si invecchia veramente, allorquando ci si rende conto dell'errore, ma ormai è troppo tardi.

È questo il motivo per cui le istituzioni politiche e sanitarie devono prevedere percorsi protetti per gli over 65 nell'accesso alle risorse sanitarie, ma anche alle occasioni di svago e in tutti gli altri ambiti della vita. È inammissibile che gli anziani debbano seguire gli stessi percorsi dei giovani in tutti i settori, da quello sanitario a quello quotidiano. In questo modo non si persegue una politica di attenzione ai bisogni di chi è fisiologicamente vecchio, ma se ne accelera il passaggio all'invecchiamento patologico e onestamente non si raggiungono nemmeno i minimi livelli di equità sociale. Inoltre, in caso di eventi nei quali è possibile prevedere un elevato rischio di contagio, devono essere previste analisi tempestive dedicate alle popolazioni fragili e ai loro congiunti anche per dare una sensazione di fiducia e sicurezza e scongiurare il rischio che la paura di

uscire di casa si traduca in una sorta di autolimitazione funzionale e cognitiva che difficilmente potrà poi essere reversibile. In conclusione, anche chi non è un geriatra di professione ma riveste un ruolo di gestione o coordinamento della salute pubblica e in generale della collettività, deve iniziare a pensare con una mentalità geriatrica nell'interesse del singolo oltre che della comunità.

Bibliografia

- Aging Clin Exp Res.* 2010 Aug;22(4):352-5. Functional decline two weeks before hospitalization in an elderly population. Isaia G, Bo M, Aimonino N, Isaia GC, Michelis G, Miceli C, Balcet L, Tizzani A, Zanocchi M.
- Aging Clin Exp Res.* 2013 Dec;25(6):633-6. [doi: 10.1007/s40520-013-0162-2](https://doi.org/10.1007/s40520-013-0162-2). Epub 2013 Oct 23. Predictive effects of muscle strength after hospitalization in old patients. Isaia G, Greppi F, Pastorino A, Bersano EM, Rrodhe S, Aimonino Ricauda N, Bo M, Molinar Roet K, Zanocchi M.
- Lancet.* 2017 Dec 16;390(10113):2673-2734. [doi: 10.1016/S0140-6736\(17\)31363-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)31363-6). Dementia prevention, intervention, and care. Livingston G, Sommerlad A, Orgeta V, Costafreda SG, Huntley J, Ames D, Ballard C, Banerjee S, Burns A, Cohen-Mansfield J, Cooper C, Fox N, Gitlin LN, Howard R, Kales HC, Larson EB, Ritchie K, Rockwood K, Sampson EL, Samus Q, Schneider LS, Selbæk G, Teri L, Mukadam N.
- Age (Dordr).* 2009 Jun;31(2):109-17. [doi: 10.1007/s11357-009-9086-3](https://doi.org/10.1007/s11357-009-9086-3). Delirium in elderly home-treated patients: a prospective study with 6-month follow-up. Isaia G, Astengo MA, Tibaldi V, Zanocchi M, Bardelli B, Obialero R, Tizzani A, Bo M, Moiraghi C, Molaschi M, Ricauda NA.

Sociologia delle grandi epidemie: come cambiano le abitudini e gli stili di vita

Paola Lazzarini

È difficile descrivere un fenomeno mentre lo si vive eppure le epidemie (pandemie) sono fenomeni contemporaneamente sociali, biologici, medici, economici, politici e sono una costante nella storia dell'umanità, dal momento che tornano periodicamente e, per questo, la sociologia si interroga sul mutamento che inducono nella società. Un piccolo, invisibile, nemico è in grado di mettere in crisi qualunque mondo, anche quello ipertecnologico nel quale viviamo.

Quello a cui si assiste è il fatto straordinario che ogni aspetto della vita sociale è stato modificato o quanto meno toccato dalla pandemia, innescando cambiamenti e accelerando processi già in corso. Proveremo in questo breve testo a presentare alcuni dei più significativi elementi in gioco.

Nel 1990 il sociologo Philip Strong pubblicò sulla rivista *Sociology of health and illness*¹ un saggio dal titolo: "Psicologia delle epidemie: un modello" nel quale affermava che *"quando le condizioni sono favorevoli, le epidemie possono potenzialmente creare una versione medica dell'incubo hobbesiano – la guerra di tutti contro tutti. Un'epidemia nuova e fatale può*

1 Strong P., Epidemic psychology: a model. *Sociology of health and illness*, 12 (3).

essere seguita rapidamente sia da piaghe di paura, panico, sospetto e stigma, sia da epidemie di massa di polemiche morali, di potenziali soluzioni e di conversione personale alle diverse cause che ne derivano. Questa peculiare psicologia sociale collettiva ha una sua forma epidemica, può essere attivata da altre crisi oltre a quelle della malattia ed è radicata nelle proprietà fondamentali del linguaggio e dell'interazione umana. È quindi una parte permanente della condizione umana – ed è ampiamente nota per essere tale²².

In questa crisi abbiamo visto realizzarsi le parole di Strong: dalle aggressioni iniziali a cittadini dai tratti asiatici al proliferare di teorie complottiste irrazionali e potenzialmente eversive, come la creazione del virus in laboratorio con i conseguenti piani mondiali per l'asservimento dell'umanità. In questo clima sono cresciuti paura e sospetto, non solo il nemico invisibile può celarsi dietro volti familiari, ma si dubita anche di sé, ci si interpreta come potenziali untori dei propri cari. Ed è una lettura corretta, ma anche potenzialmente molto pericolosa.

Le libertà personali sono state drasticamente limitate e alle persone è stato chiesto un lungo periodo di isolamento all'interno delle proprie abitazioni, per limitare la diffusione del virus.

L'esperienza dell'isolamento forzato, oltre ad avere ricadute in termini psicologici e psicopatologici, ha determinato inevitabilmente avvicinamenti e allontanamenti relazionali, ha modificato la mappa delle relazioni decostruendo comunità e costruendone di nuove. Proprio l'allontanamento ha dimostrato quanto valore si attribuisca alla comunità e per questo, se l'idea di comunità ne uscirà probabilmente rafforzata, quella reale avrà bisogno di essere sostenuta, incentivata, curata perché possa nuovamente esprimere il proprio potenziale dopo questa crisi, anche se si esprimerà in forme nuove e ora solo appena immaginabili.

Questa fase ha anche sottolineato e accentuato le disuguaglianze già esistenti nella società, tra chi ad esempio ha potuto praticare l'isolamento e chi ha dovuto continuare a lavorare, anche con mezzi pubblici ridotti e con un alto rischio personale; tra chi ha una casa salubre e chi no; tra chi dispone dei mezzi tecnologici necessari per far continuare i propri figli a studiare e chi no. Eppure la pandemia è stato soprattutto un evento collettivo, condiviso da tutti e che ha segnato tutti. Nessuno è rimasto inattaccato, nessuno al sicuro.

Sono cambiate, in questa pandemia, molte delle nostre funzioni essenziali: il modo in cui si impara, in cui ci si approvvigiona degli alimenti,

2 Ibidem p. 251.

come ci si muove nelle città, come ci si rapporta agli altri e molte altre. Sono stati ridefiniti i parametri della vita pubblica, delle relazioni private e lavorative, andando a impattare su tutta la vita delle persone. In questo senso possiamo certamente parlare di un evento epocale, la cui portata è difficile ora da quantificare.

La socialità dell'uomo si era fin qui nutrita di scambi dal vivo, ma la pandemia lo ha limitato per un lungo periodo, togliendo l'apporto di protezione, sicurezza, ma anche di formazione informale e reciproca che le persone avevano. Spostando le interazioni sul digitale, la qualità delle interazioni si è modificata e questo, oltre a segnare il solco tra chi può accedere a queste tecnologie e chi non può, influisce sul modo in cui ci si relaziona, sull'interpretazione del paraverbale, che viene anche dalla imperfetta sincronia della trasmissione, oltre ai limiti, le linee disturbate, i dialoghi interrotti.

Il mondo piccolo al quale avevamo iniziato ad abituarci grazie ai viaggi aerei frequenti e a basso costo, è tornato immenso, oggi che non ci si può neppure spostare da una regione all'altra d'Italia senza una buona ragione. È anche una crisi di mobilità questa e si misura dal fatto che le aree più colpite sono proprio le grandi metropoli o aree urbane, con tanti scambi. La nostra società interconnessa e globalizzata mostra tutta la sua vulnerabilità: la delocalizzazione della produzione ha reso difficile l'accesso a beni essenziali, come medicinali e materiale sanitario, in caso di crisi, come si è visto a fine febbraio con l'impossibilità anche per gli ospedali di approvvigionarsi di mascherine e indumenti protettivi.

La distanza e l'interdipendenza

L'esperienza della malattia del Covid-19 è, per alcuni aspetti, diversa da quella di altre patologie acute, perché la sua altissima contagiosità obbliga all'isolamento dei malati, non permette la vicinanza dei familiari né durante il ricovero, né al momento della morte: niente funerali, né veglie e questo rappresenta l'aspetto umanamente più drammatico legato a questa pandemia.

Una delle questioni centrali riguarda la cosiddetta distanza sociale, cioè lo spazio fisico che deve intercorrere tra le singole persone per evitare la reciproca contaminazione. Questo distanziamento sta mutando le modalità relazionali e, in un certo senso, cozza con il richiamo politicamente

e mediaticamente preponderante che “uniti ce la faremo”. Ma bisogna distinguere: in questo contesto la distanza sociale è rispettosa, ben altra cosa rispetto all’isolamento, che porta con sé una connotazione depressiva, per questo resta valida – anche in contesto di distanziamento – la chiamata a stare uniti, a fare gruppo, ad aiutare chi non ce la fa.

Per la cultura mediterranea toccare era particolarmente centrale, la stretta di mano, l’abbraccio erano fondamentali, ma verosimilmente l’idea che un minimo di distanza è rispettoso e salubre resterà e questo rappresenta una rivoluzione profonda del nostro modo di comunicare.

In qualche maniera stiamo comprendendo quello che in paesi dell’estremo oriente come Cina e Giappone sapevano già: che la distanza fisica e l’uso della mascherina, quando non si sta bene, sono espressioni di cura reciproca e non di distacco. In Asia infatti, ben prima della pandemia, si usava la mascherina non per difendersi dal contagio (per il quale è scarsamente efficace), ma per non essere contagiosi quando si sa di non stare del tutto bene. Si è sempre trattato di un atteggiamento in qualche modo definibile come “altruista”, e non “egoista” come rischia di diventare – sull’onda della paura attuale – in Italia. In ogni caso le mascherine certamente resteranno anche quando – se – la pandemia finirà, diventerà un accessorio imprescindibile e non è un caso se il mercato dell’abbigliamento sta già iniziando a proporre mascherine lavabili da abbinare agli indumenti, mentre il mercato del lusso ha iniziato a produrne a prezzi altissimi.

Le questioni che il distanziamento pone sono molteplici e non hanno a che fare soltanto con il modo in cui ci si rapporta agli altri, ma anche alla città e in generale agli spazi pubblici. L’attuale sistema dei trasporti pubblici, nei quali è praticamente impossibile rispettare la distanza di sicurezza, ad esempio, entrerà in crisi e non è detto che si troveranno soluzioni in grado di sostituire le attuali. Le possibili strade che chi si occupa di sociologia urbana vede all’orizzonte sono due: o il ritorno all’uso dell’auto (in Italia e altri paesi mediterranei) oppure l’opzione di “un ritorno alla prossimità. Gli spostamenti avverranno su distanze più brevi. E poi, considerando la prevedibile contrazione dell’economia, è indubbio che nei prossimi anni saremo meno mobili”³ e questo in particolare per i paesi del nord Europa che hanno già perso da tempo l’attrazione verso le auto.

3 Cfr. intervista a Vincent Kaufmann, professore associato di sociologia urbana e analisi della mobilità al Politecnico federale di Losanna (EPF) in “La pandemia rimette in discussione il nostro modello di mobilità” di Andrea Tognina, Swissinfo.ch, 24 aprile 2020.

Tappe del ritorno alla normalità

Con l'inizio della pandemia sono andate perdute le pseudocertezze che reggevano il nostro sistema sociale e che rappresentavano il quadro – per quanto imperfetto – nel quale eravamo in grado di muoverci con una certa agilità. Con l'inizio della fase 2 della reazione alla pandemia, però, ci si è resi conto che in qualche modo il lockdown in quanto “stato di sospensione”⁴ oltre a segnare in profondità i singoli (e in maniera differente a seconda delle condizioni socio-economiche e relazionali di ognuno), aveva anche offerto paletti certi che, con l'andare delle settimane, sono diventati faticosi, ma anche rassicuranti. La data della prima riapertura ha invece spalancato le porte a reazioni molto diversificate e in alcuni casi anche polarizzate. Si è assistito da un lato a chi è corso immediatamente ad approfittare delle nuove possibilità e dall'altro chi è rimasto chiuso in casa, incapace di recuperare anche il poco di libertà concessa.

Sono reazioni legittime, comprensibili, in qualche modo prevedibili, il senso di incertezza⁵ che penetra tutte le più piccole scelte non è facile da sostenere, soprattutto se si pensa che arriva dopo mesi di informazioni contraddittorie, incoerenti, ma in ogni caso gravissime, con una sospensione delle libertà personali in grado di generare il panico. È quindi normale, in queste condizioni, ricorrere a semplificazioni⁶: che sia il “liberi tutti” o il “restiamo nelle caverne”.

Ben più difficile è rendersi conto che oltre ad assumere comportamenti corretti⁷, che diventeranno meccanici in poco tempo, si dovrà imparare a discernere di volta in volta rischi e benefici connessi alle proprie azioni. Entrare nell'ordine di idee che c'è una quota ineliminabile di rischio di infezione e decidere sulla base di quella.

Il grosso tema che il Covid-19 ha posto sulla scena è l'interdipendenza

4 Giorgio Agamben lo definisce come uno stato: «con gravi limitazioni dei movimenti e una sospensione del normale funzionamento delle condizioni di vita e di lavoro in intere regioni». Cfr. G. Agamben, *Lo stato di eccezione*, Bollati Boringhieri, Torino 2003.

5 Cfr. Z. Bauman, *La società dell'incertezza*, il Mulino, Bologna 2014.

6 Cfr. P. Dominici, *la comunicazione nella società ipercomplessa. Istanze per l'agire comunicativo e la condivisione della conoscenza nella network society*, Aracne editrice, Roma 2015.

7 Come: lavare continuamente le mani, mantenere il distanziamento sociale, usare la mascherina.

che non è solo economica: nessuno è al sicuro se non lo sono tutti, neppure il più ricco può pensare di essere irraggiungibile, la malattia arriva dappertutto, senza fare distinzioni. Le distinzioni ci sono poi certamente nell'affrontarla, ma di per sé la malattia è assolutamente democratica e rivela come la sanità pubblica sia un vero bene comune: senza la salute di ciascuno, tutti sono a rischio. E questa esperienza ha prodotto, in poco tempo, anche altri beni comuni, che hanno a che fare con la globalizzazione delle intelligenze, come ad esempio gli scienziati che, al di fuori di qualsiasi piattaforma pubblica o privata, si sono coordinati spontaneamente attraverso l'iniziativa OpenCovid19, per mettere in comune le informazioni sulle buone pratiche di *screening* dei virus.

Resilienza economica in presenza di pandemia: non sbagliare sui contenuti del bene comune

Daniele Ciravegna

1.

Lo scoppio della pandemia provocata dal COVID-19 (“corona virus”) ha visto emergere in modo prepotente la questione riguardante la precedenza fra due obiettivi entrambi assai rilevanti che, in presenza di limitata conoscenza delle linee di evoluzione della pandemia e di limitate risorse utilizzabili, si presentano come alternativi: intervenire dando precedenza alle esigenze di salute della popolazione o al sostegno dei livelli di produzione all’interno della comunità considerata? In contrapposizione poiché l’attività economica, così come è organizzata ai nostri giorni, richiede intense relazioni interpersonali di vicinanza, mentre la lotta per arginare la diffusione di una pandemia ha assoluto bisogno che queste relazioni siano ridotte il più possibile, quindi anche quelle relative allo svolgimento delle attività produttive, se non si vuole imboccare la via che la pandemia abbia a terminare per effetto dell’an-

nullamento, non delle relazioni fra le persone, ma della popolazione stessa.

Prima di continuare, desidero mettere in evidenza come l'alternativa sopraddetta non sia presentata in modo corretto poiché, se è vero, e in modo evidente, che la salute (la prosecuzione della vita) è un relevantissimo obiettivo di benessere civile per la popolazione, non è altrettanto vero che i livelli produttivi della comunità costituiscano il benessere economico per la stessa. Quest'ultimo ha nel prodotto interno lordo (PIL) una misura approssimata di benessere economico potenziale, che viene però vanificata in parte se la comunità economica considerata esporta molto più di quanto importa: il benessere economico non è dato dal livello dei beni prodotti, ma dal livello dei beni disponibili, che è uguale a: $PIL + importazioni - esportazioni$. Gli indicatori quantitativi – assunti negli ultimi tempi come punti di riferimento imprescindibili per qualsiasi disquisizione in campo economico, e non solo economico – sono rilevanti, ma devono avere un solido fondamento concettuale, ineccepibili nel saper rappresentare il fenomeno che interessa. Paesi come Germania e Cina, che hanno rilevanti eccedenze positive delle esportazioni sulle importazioni, hanno un livello di benessere inferiore rispetto al potenziale rappresentato dal livello del PIL. Accumulano ricchezza netta finanziaria rispetto al resto del mondo ma – semplificando di molto il ragionamento – una persona che accumuli ricchezza riducendo al minimo i consumi, e perciò muoia di fame, non si può dire che abbia un elevato livello di benessere economico, anche se è molto ricca!

Ma, a monte, v'è un'altra considerazione altrettanto importante. Quale indicatore di benessere potenziale, il PIL dovrebbe misurare il valore dei beni prodotti nel senso di utilità prodotte, e i prezzi correnti non sono buoni indicatori delle utilità prodotte dai beni. Per di più, dalle attività produttive escono, non solo cose buone, ma anche emanazioni e rifiuti dannosi, i cui valori (stimabili con il costo delle attività necessarie per la loro eliminazione o neutralizzazione) dovrebbero essere aggiunti – come valore negativo (disutilità) – al valore della produzione di utilità. A parità di quantità prodotte, più s'inquina più il valore del PIL, al netto della predetta disutilità totale, si abbassa.

2.

Ritorniamo alla prima parte del punto precedente: in presenza di risorse

limitate, dare la precedenza al sostegno dei livelli di salute e di vita della comunità oppure al sostegno dei livelli di disponibilità dei beni (consumi e investimenti) della stessa?

La risposta sta nella posizione relativa che i due obiettivi hanno nella determinazione del bene comune della comunità; bene comune che discende dalla declinazione dei valori che stanno alla base della vita della comunità.

Già, il bene comune: concetto sulla cui realizzazione tutti concordano, semplicemente perché ognuno lo intende a modo suo, come sempre avviene quando un termine è largamente impiegato. È quindi essenziale impostare un approfondimento stringente sul contenuto del “bene comune”. Che le persone, specie quelle impegnate in politica, mettano sul tappeto quale è il contenuto che danno al “bene comune”, anziché lasciarlo non spiegato e sottinteso! Questo non può emergere che presentando e confrontando i valori, venendo i gruppi a contrapporsi apertamente se i valori differiscono fra gruppo e gruppo.

In effetti, la sana (etica) lotta politica consiste nel tentativo di condurre la *pólis* verso un determinato obiettivo che risulti in contrasto con l'obiettivo di una o più controparti. Non invece nella contrapposizione di gruppi che hanno obiettivi simili (o che non ne hanno) e che si contrappongono solamente perché ognuno di essi vuole acquisire potere di governo, emarginando gli altri gruppi di potere. Questa sarebbe solo lotta di potere senza contenuti etici. Quindi è essenziale saper distinguere in modo chiaro gli obiettivi finali, realizzando i quali il benessere della comunità migliora, e dirlo in modo aperto e chiaro.

Non è che sia difficile sentire elencare obiettivi da raggiungere: i programmi di governo dei vari partiti normalmente ne snocciolano decine e anche centinaia. Ad esempio, in campo economico: crescita economica, stabilità dei prezzi, piena occupazione, equilibrio nella bilancia dei pagamenti con l'estero, diminuzione del deficit pubblico, diminuzione del debito pubblico, diminuzione del carico fiscale sulle imprese e/o sui lavoratori e/o sulle famiglie, aumento dei salari reali, equità nella distribuzione del reddito fra le persone, fra i diversi tipi di reddito, fra le diverse aree territoriali ecc. Ma i predetti sono in parte in contrasto fra di loro e non tutti sono veri obiettivi finali, le “cose veramente buone da realizzare”; alcuni possono essere semplicemente intermedi, che cessano di essere fattori positivi se sono in contrasto con gli obiettivi finali prevalenti.

Che le “cose veramente buone” non siano sempre così evidenti, che ci

sia grande confusione, lo si vede assai di frequente. Così se, per ridurre il debito pubblico, obiettivo chiaramente intermedio, s'introducono misure fiscali o monetarie restrittive che strangolano l'economia dal lato della domanda aggregata, creando crisi produttiva e disoccupazione, o comportando forti restringimenti della spesa pubblica per sanità, istruzione e politiche sociali di *welfare* – obiettivi, questi, finali, o per lo meno più prossimi ai finali – si va nella direzione che pare buona, ma ci si allontana dalle vere cose che contano. Se si riduce il debito pubblico per far abbassare il “rischio paese” (per fare migliorare la valutazione del paese data dalle agenzie di *rating* finanziario) e, con esso, i tassi d'interesse di mercato del proprio indebitamento, al fine d'incentivare (forse) la domanda d'investimento del paese, e si fa questo attraverso “politiche di rigore”, che sicuramente faranno ridurre la domanda aggregata, si prendono luciole per lanterne. Se s'imposta una politica per la crescita economica cercando di allungare il lato dell'offerta aggregata ma, allo stesso tempo, si riduce la domanda aggregata, quando essa è l'elemento più basso fra le determinanti del PIL, si fa un buco nell'acqua ecc.

Or bene, come fare a distinguere gli obiettivi finali da quelli intermedi? Questo è possibile solo se si hanno ben chiari i valori che ispirano questi obiettivi; non serve un generico riferimento al bene comune. Si può dire che obiettivi finali sono quelli che contribuiscono ai fondamenti del bene comune che discende da specifici valori e obiettivi intermedi sono quelli che sono semplicemente funzionali rispetto agli obiettivi finali, rispetto al bene comune.

I valori possono essere quelli radicati nella natura stessa della persona, principi universali posti in ogni persona da Dio e che costituiscono la tutela di tutto ciò che di umano c'è in ogni comunità. Sono l'espressione dei “diritti naturali”, cioè quei diritti fondamentali che una persona ritiene tipici e comuni di tutti gli essere umani e segnano i limiti non intaccabili né da parte sua né dagli altri. Possono quindi anche essere valori che ogni sistema, ogni cultura, ha costruito nel corso della sua evoluzione e che costituiscono la giustificazione della comunità stessa. E poi vi sono i valori elaborati autonomamente da ogni persona, nella continua interazione con le altre persone, individualmente e comunitariamente. I valori coinvolgono anche i rapporti con Dio (anche nel senso di considerarli assenti): sono i valori religiosi della persona.

L'insieme dei “valori” posseduti da una persona costituisce la sua “eti-

ca”, la quale ha al centro della sua attenzione, oltre al rapporto con Dio e con la natura, il rapporto con le altre persone, il rispetto della persona umana, della sua libertà, del suo sviluppo. Alla luce della sua etica, la persona prenderà le sue decisioni e manifesterà quindi la sua “morale”, il suo comportamento abituale (“morale” da *mores*, costumi/abitudini), che concorre a determinare le norme di comportamento (la “morale”) accettate e tenute in considerazione, più o meno alta, all’interno della comunità cui la persona appartiene. Nessuna attività umana è esclusa da considerazioni etiche, le quali portano all’assunzione di responsabilità sia per sé sia per gli altri, in ogni ambito di vita.

Importante fonte di valori è la Dottrina Sociale della Chiesa (DSC), la quale indica, come suoi principi fondanti, la *centralità della persona* e la *fraternità*. La fraternità completa la centralità della persona, dando dignità alla persona stessa, e la DSC fa pienamente proprie la *centralità e dignità della persona*, al punto di assumerle quali assiomi di base delle proprie argomentazioni, e indica esse quali unico modo attraverso il quale si realizza lo *sviluppo umano integrale (tutti gli aspetti della persona e tutte le persone)*.

La centralità e dignità della persona si declina con il rispetto della vita umana (dal concepimento alla sua fine naturale), della famiglia (comunità necessaria per lo sviluppo della persona, cellula primaria della comunità, da sostenere e da distinguere dalle altre forme di unioni), dell’educazione e del lavoro: questi due ultimi rivestono primaria importanza per la realizzazione dell’uomo e della donna e, per questo, occorre che essi siano sempre organizzati nel pieno rispetto della dignità della persona e al servizio del bene comune.

Tra persona e lavoro esiste comunque una priorità ben definita. La persona è l’obiettivo finale (*l’assoluto etico*), rispetto al quale il lavoro è l’obiettivo intermedio principale, anche se non di solo lavoro vivono la donna e l’uomo. Dai diversi documenti con i quali si è venuta formando la DSC, possiamo creare la seguente sequela etica del lavoro: *il lavoro è un bene dell’uomo, per l’uomo e per la comunità; ma l’uomo ha il primato sul lavoro, perché il lavoro è per l’uomo e non l’uomo per il lavoro e per l’economia; il lavoro ha il primato sul capitale e non il lavoro è al servizio del capitale; quale sintesi, la fabbrica (lavoro e capitale) è per l’uomo e non l’uomo per la fabbrica*¹.

1 Cfr. San Giovanni Paolo II, Lettera enciclica *Laborem Exercens*, Città del Vaticano 1991, § 12 e 13.

Il lavoro riveste primaria importanza per la realizzazione dell'uomo e della donna e per lo sviluppo della comunità e per questo occorre che esso sia sempre organizzato e svolto nel pieno rispetto dell'umana dignità e al servizio del bene comune. Così dicendo, si dà al lavoro, all'attività produttiva, all'economia un'impostazione antropologica. Se così non fosse, si finirebbe per trattare il lavoro quale semplice "forza lavoro", alla stregua di qualsiasi altro fattore produttivo, di qualsiasi altra fonte di energia. Il lavoro fa parte della vita della donna e dell'uomo. Oggi, soprattutto nei paesi più sviluppati, ci sono molte persone che sembrano vivere *solo* per il lavoro, dal quale dipendono pressoché totalmente. È il lavoro che dice agli altri chi è la persona stessa; è il lavoro che crea le gerarchie sociali. Eppure l'uomo e la donna si realizzano certamente nel lavoro espletato, ma non in modo esclusivo: la persona è sempre più del lavoro in cui si esprime.

Condividendo quanto or ora scritto, è indubbio che fra salute delle persone e attività produttiva, che porti (quando porta) a benessere economico, la prima deve avere la precedenza sulla seconda, per cui, se si trovano a essere in conflitto, la salute della popolazione deve avere la precedenza, anche se a discapito della salute dell'economia.

Dell'alternativa in parola si è avuta esperienza in presenza della pandemia da COVID-19, quando i governi dei paesi coinvolti hanno dovuto scegliere fra lotta ad oltranza alla pandemia – bloccando le relazioni interpersonali ("Io resto a casa"), con il conseguente blocco di gran parte delle attività produttive, con perdita di produzione e di reddito per gran parte della popolazione – oppure permettere che le attività produttive continuassero senza intoppi, con probabile ampia diffusione della pandemia. L'alternativa era quindi fra priorità alla difesa della salute della popolazione o difesa della salute dell'economia. È stata scelta la prima, *in primis*, penso, per motivi etici (la persona è più importante dell'economia), ma forse anche perché – se ne abbia coscienza o no – non si può avere un'economia sana in una popolazione malata, fisicamente o moralmente.

3.

L'ordine di precedenza predetto dovrà valere anche nella fase di uscita dalla pandemia: non aver fretta di riprendere le attività economiche, poiché si deve evitare che questa ripresa vada ad attivare una ripresa dell'e-

pidemia che pareva debellata. Quindi non una riapertura indiscriminata o che ripercorra una strada assai poco trasparente – come è stato fatto nella fase di chiusura per il contrasto all’epidemia – che non sia basata sul tipo di beni prodotti, bensì sulla salubrità dei posti di lavoro e dei punti di contatto con l’esterno sia in entrata sia in uscita: organizzazione dei processi produttivi e della distribuzione che impedisca la diffusione del contagio. Né ha solido fondamento avere un occhio di riguardo per le imprese che fortemente esportano (se non nel caso in cui siano state quelle che hanno avuto le maggiori flessioni di fatturato; il che dovrebbe far pensare sulla bontà del puntare sulle esportazioni, qualora ciò significhi dover fronteggiare mercati fortemente instabili). D’altra parte, se la crisi economica ha portato alla flessione delle importazioni, ci sarà anche minor bisogno di esportare per pagare le importazioni (ridotte) e poi, se si pensa alla necessità di mantenere i mercati esteri per il marchio di qualità “Made in Italy”, questo non dovrebbe essere fonte di preoccupazione perché il “Made in Italy” è incentrato sulla qualità dei prodotti, il che dovrebbe permettere di mantenere bene le piazze estere.

Ma non ci si può arrestare su questo punto, assai importante, ma di breve periodo. Occorre inquadrare la ripresa in una prospettiva di lungo periodo. Per illuminare questa prospettiva non possiamo non ricorrere al principio fondante che ci ha già illuminato *supra*: la centralità e dignità della persona, fulcro e motore dello sviluppo umano integrale (di tutta la persona e di tutte le persone). Questo e quella potranno affermarsi solo se avranno il sostegno di un adeguato ambiente costruito sui valori di verità, libertà, pace, giustizia, responsabilità, rispetto della natura, declinati e vivificati dai principi di solidarietà e di sussidiarietà per la realizzazione della sostenibilità sociale, economica e naturale dell’umanità².

a) Verità

La prima verità che dev’essere acquisita è che l’economia non ha soluzioni tecniche che la vincolino; non ha leggi ferree cui doversi sottomettere. Le leggi ferree dell’economia, che dovessero esistere, non sono leggi

2 Più ampiamente si veda: Ciravegna, D., *Un modello alternativo di economia e di società. La costruzione dell’edificio della Dottrina sociale della Chiesa*, Studium Edizioni, Roma 2018.

proprie dell'economia, bensì leggi tecniche che vincolano il fenomeno della produzione, in senso lato, per la parte che dipende dalle leggi della fisica, della chimica, della biologia e delle altre leggi naturali (anche se è pure possibile che queste leggi naturali possano essere manipolate nei loro effetti sul sistema economico-sociale). A parte queste leggi naturali imm modificabili, le leggi della produzione e della distribuzione sono pienamente endogene, poiché espressione delle preferenze umane. Le leggi economiche (come le usanze e le strutture istituzionali) sono quelle che le donne e gli uomini stessi si danno, che discendono dai principi etici che essi possiedono, e le soluzioni sono quindi quelle che derivano da queste leggi, e quindi da questi principi etici.

In verità, è ancora diffusa, fra molti economisti, l'analisi marginalistica (neoclassica), scuola di pensiero che si sviluppò a partire dall'ultimo quarto dell'Ottocento, la quale assume una prospettiva speculativa storica e asociale, in cui l'analisi dei sistemi economici è completamente separata dallo studio delle istituzioni sociali e politiche. L'analisi economica si riduce a modelli interpretativi del comportamento dei soggetti economici basato sulle scelte ottimizzanti le loro funzioni obiettivo, in presenza di vincoli dati dalle risorse disponibili, che riduce il tutto a regole meccanicistiche prive di coordinate sociali e storiche: l'*homo oeconomicus*, ricondotto a produttore e inventore di nuove tecniche o a consumatore, l'uno e l'altro guidati dalla spinta dell'interesse individuale e della massima utilità per se stesso, e nulla più.

Dopo la rivoluzione keynesiana degli Anni Trenta-Settanta del secolo scorso – che relegò in un angolo l'approccio neoclassico – quest'ultimo ha ripreso il sopravvento e la capacità esplicativa dell'analisi economica – nel filone *mainstream* – ha ripreso a veleggiare nell'ambiente ovattato dell'equilibrio economico generale, svuotato di contenuto sociale e di riferimento storico, in cui agenti rappresentativi anonimi fanno le loro scelte razionali.

Negli ultimi lustri, tuttavia, ha preso un certo spazio (minoritario) un'analisi del comportamento di agenti personalizzati, arricchiti di coordinate relazionali e sociali, che interagiscono fra di loro in modo tale da condizionarsi a vicenda, all'interno di un ambiente sociale attivo. Una delle conseguenze di quest'apertura è stata l'entrata nell'analisi economica del fattore etica. Con le parole di Papa Benedetto XVI (Lettera enciclica *Caritas in Veritate*, Città del Vaticano 2009, § 37 e 45): «ogni decisione

economica ha una premessa e una conseguenza di carattere morale [per cui] l'economia ha bisogno dell'etica per il corretto funzionamento; non di un'etica qualsiasi, bensì di un'etica amica della persona». Più precisamente, si può dire che *il fiume dell'economia scorre nell'alveo dell'etica*, per cui la scienza economica non nasce per separazione dall'etica, bensì all'interno dell'etica stessa. "Scorrere nell'alveo dell'etica" non significa solamente comportarsi in modo corretto, rispettando le regole di un comportamento che rispetti le altre persone e faciliti lo svolgersi della vita in comune. Significa assai di più; significa operare in modo da far crescere il bene comune, che deriva dalla disponibilità di beni accessibili in modo adeguato per tutte le persone, dalla diffusa presenza di beni relazionali e di beni naturali, tutti ottenuti rispettando la giusta gerarchia dei valori. Si tratta di un'etica sociale.

Facciamo un esempio notevole. Nell'Otto-Novecento del millennio scorso è prevalsa la seguente cultura economica: la crescita della produttività di un sistema porta a maggiore disponibilità di beni solamente a favore di chi ha concorso direttamente alla crescita della produttività stessa. Si è così formato il seguente bipolarismo: da un lato, alta produttività, alti redditi, alti consumi finali; dall'altro lato, bassa produttività, bassi redditi e bassi consumi finali interni (ma si è anche avuto e si ha, in certi paesi, alta produttività e bassi redditi e bassi consumi finali, in quanto l'alta produzione, derivante dall'elevata produttività, è stata, o è, assorbita da surplus esportati e goduti in altri paesi!).

Avrebbe potuto essere altrimenti; potrebbe anche essere che gli incrementi di produttività oraria, che il progresso tecnico-economico sa creare, non vadano solo a beneficio di chi realizza direttamente questi guadagni di produttività (maggiori redditi nell'arco della vita produttiva), ma vadano distribuiti anche all'interno della collettività attraverso una diminuzione delle ore di lavoro pro capite (con conseguente minore crescita dei redditi percepiti da chi partecipa, a vario titolo, ai processi produttivi), che permetta a più persone di lavorare (meno disoccupati) e attraverso la destinazione della maggior quantità di beni, che gli incrementi di produttività permettono di realizzare, alle persone che non possono partecipare al godimento dei benefici produttivi: i deboli dei paesi in cui gli incrementi di produttività si stanno realizzando o i deboli del mondo, che vivono nelle zone in cui la produttività non sa crescere. Nel contingente, la cancellazione dei debiti accumulati dai paesi sottosvilup-

pati avrebbe, appunto, quest'ultimo significato; d'altra parte, il principio che, non necessariamente, i produttori diretti vengano a godere, essi soli, di quanto prodotto sta alla base dell'elemosina, ma anche dello Stato sociale e di tutti gli interventi volti alla redistribuzione dei redditi e dei beni a favore dei meno fortunati e dei bisognosi.

Siamo di fronte a una scelta culturale che, se accolta, porterebbe a un *nuovo umanesimo nell'economia*, inteso nel senso di mettere la persona umana al centro della vita economica. Se condivisa, essa permetterebbe di affrontare, con chiarezza e coerenza, la questione degli interventi a favore dei paesi sottosviluppati, per aiutarli a uscire da due *circoli viziosi della povertà*: *i)* basso prodotto pro capite, basso consumo finale pro capite, basso o nullo investimento pro capite (sia in termini di infrastrutture sia in termini di capitale impiegato direttamente nelle unità produttive sia in termini d'investimento in capitale umano, cioè in istruzione e formazione professionale) poiché tutto ciò che è prodotto va necessariamente in consumi finali essenziali per la sopravvivenza, e non basta; conseguentemente, poca o nulla crescita del prodotto pro capite e così via; *ii)* basso prodotto pro capite, basso consumo finale pro capite, insufficiente livello di alimentazione e di acquisizione di capitale umano e quindi lavoratori scarsamente produttivi, per mancanza di energie e di istruzione/formazione; conseguentemente, poca o nulla crescita del prodotto pro capite e così via.

Per uscire da questi circoli viziosi, occorre poter aumentare i consumi finali pro capite di tipo alimentare (non c'è possibilità di sviluppo per una popolazione che muoia di fame!) e aumentare gli investimenti in capitale fisico e in capitale umano, per intraprendere una via di sviluppo; il che non può essere fatto che attraverso un aumento delle importazioni senza pagarle, o senza pagarle subito, cioè senza aumentare contemporaneamente le esportazioni, che sono concorrenti dei consumi finali e degli investimenti interni.

Talvolta, quando si parla di solidarietà internazionale, si sente affermare che i paesi sviluppati dovrebbero abbassare le tariffe doganali applicate ai beni provenienti dai paesi poveri, per lasciar libero accesso ai beni prodotti da questi. Cosa significa ciò? Null'altro che permettere a questi paesi di pagare, con le proprie esportazioni, i beni che importano dai paesi ricchi. È questa vera solidarietà o è semplicemente uno scambio commerciale? Lo scambio commerciale alla pari va bene fra i paesi ricchi.

Se i paesi ricchi vogliono intraprendere la via della giustizia, *devono regalare i beni* che servono ai paesi poveri per poter uscire dai predetti circoli del sottosviluppo.

Si potrebbe sostenere che lasciare libero accesso nei paesi sviluppati ai beni provenienti dai paesi sottosviluppati o in via di sviluppo costituisce un'azione di solidarietà attiva, mentre regalare beni da parte dei primi verso i secondi costituisce un'azione di mera solidarietà passiva. Sullo snodo fra solidarietà passiva e solidarietà attiva ritornerò *infra*; però si può qui già anticipare che solidarietà passiva e solidarietà attiva devono essere distinte sul piano temporale: talvolta è impossibile instaurare un'azione di solidarietà attiva poiché si è in presenza di una situazione in cui c'è bisogno di un'azione preliminare di solidarietà passiva. È pressoché impossibile impostare un programma di crescita, di sviluppo autonomo nei riguardi di una popolazione che sta morendo di fame. Se una popolazione ha insufficienza di beni di consumo finale essenziali per la sopravvivenza, far avere questi beni chiedendo in cambio il pagamento degli stessi, è un'azione che non funziona, che non merita attenzione. Ma non ci si deve limitare a meri interventi di solidarietà passiva; una volta realizzata, con successo e in tempi rapidi, l'azione di eliminazione dello stato di denutrizione, proseguire solo su questa linea sarebbe un errore capitale, non sarebbe più un aiuto. Occorre passare a fornire risorse affinché si formino sistemi produttivi in grado di attivare processi di crescita e di sviluppo. Alla solidarietà passiva deve subentrare, appena possibile, la solidarietà attiva; quest'ultima non può funzionare se preliminarmente la solidarietà passiva non ha già lenito la situazione di povertà assoluta preesistente e dev'essere messa in piedi il più presto possibile, onde creare un sistema produttivo autonomo e non perpetuare lo stato di assistenzialismo.

Il predetto aforisma del *regalare i beni* alle comunità, alle nazioni povere³, abbisogna quindi di una specificazione di qualità, come sempre, dirimente: *regalare i beni nella maniera che permetta la più rapida attiva-*

3 È il fenomeno degli aiuti e dell'assistenza dei paesi sviluppati per lo sviluppo di quelli sottosviluppati o in via di sviluppo, da diversi decenni acquisito e proclamato a livello mondiale, a partire dall'Assemblea Generale dell'Organizzazione delle Nazioni Unite del 1970, ma ancora ampiamente disatteso. L'indicazione era che i paesi sviluppati destinassero a queste iniziative non meno dello 0,7 per cento del loro reddito nazionale lordo. Attualmente solo pochi paesi (Danimarca, Lussemburgo, Norvegia, Regno Unito e Svezia) hanno superato questo traguardo (la media dei paesi europei è attestata sullo 0,5 per cento).

zione delle capacità di autonomia delle comunità destinatarie, comunque all'interno di un contesto globalizzante che permetta l'ossigenazione di questo corpo una volta che esso cominci a camminare autonomamente.

Fra i beni in parola, non devono mancare servizi d'istruzione e formazione professionale (erogati in *loco* o nei paesi donatori), che sovente i paesi poveri non possono fornire o perché incapaci di fornirli o perché impossibilitati a farlo perché totalmente presi dalla produzione di beni di sussistenza che non riescono a produrre in misura adeguata. Si ricordi che non si esce da nessuna situazione di sottosviluppo, di povertà di emarginazione economica e sociale senza un *grande investimento in capitale umano*. Se questo fosse fatto in modo e in misura corretta, verrebbe data una soluzione efficace a un altro aforisma: *aiutiamoli a stare a casa loro*; non nella prospettiva di fare un piacere (*sic?*) ai paesi sviluppati, ma di dare un veritiero aiuto a vantaggio dei paesi sottosviluppati o in via di sviluppo.

b) Libertà economica

La storia dell'umanità ha mostrato come vi siano diversi modi per produrre beni, distribuire il prodotto all'interno dell'intera collettività e allocare i beni prodotti tra i possibili impieghi. C'è il modo di produrre qualsiasi cosa si pensi possa essere venduta (e, se lo sbocco non c'è, lo si crea con la pubblicità), con chi decide – l'imprenditore – volto a realizzare, costi quel che costi, il massimo profitto (o un utile ritenuto adeguato), in un contesto prettamente autocratico. È questo il modello capitalistico, caratterizzato da alcuni elementi propri, che si ritrovano sempre, pur nelle diverse forme storiche del capitalismo ideologico. Questi elementi comuni essenziali sono: la proprietà privata dei mezzi di produzione; il mercato di libera concorrenza; la separazione fra capitale e lavoro; il proprietario del capitale svolge la funzione di combinare tra loro i fattori produttivi, razionalizzandone l'impiego, in modo da minimizzare i costi e permettere il conseguimento del massimo profitto, assumendo il rischio della conseguenza di scelte non corrette e avendo nel profitto (positivo o negativo) la remunerazione (positiva o negativa) del rischio stesso. Oppure imprese nelle quali chi decide è un *senior manager* non proprietario del capitale a rischio, che amministra l'impresa avendo l'incarico di realizzare il massimo profitto, ma che potrebbe anche forzare l'incarico avuto, nel senso di ottenere il massimo beneficio per se stesso.

Prima di proseguire sul tema della tipologia delle imprese, è d'obbligo, per amore di verità, inquadrare correttamente il significato e la funzione del profitto. La DSC riconosce la giusta funzione del profitto, come indicatore di buon andamento dell'impresa: quando un'impresa produce profitto, significa che i fattori produttivi sono stati *adeguatamente* impiegati. Tuttavia il profitto non è l'unico indicatore delle condizioni dell'impresa. È possibile che i conti economici siano in ordine, ma che lavoratori/lavoratrici, che costituiscono il patrimonio più prezioso dell'impresa, siano umiliati e offesi nella loro dignità. Oltre a essere moralmente inammissibile, ciò non può non avere riflessi negativi per l'efficienza stessa dell'impresa. In effetti un'impresa è una comunità di persone che, in diverso modo, perseguono il soddisfacimento dei propri bisogni ma, allo stesso tempo, costituiscono un particolare gruppo al servizio dell'intera comunità. Il profitto è indicatore della vita dell'impresa, ma non è l'unico; a esso va aggiunta la considerazione di altri fattori umani e morali che sono almeno ugualmente essenziali per l'impresa produttrice.

Fra questi fattori, v'è la *domanda di qualità*: qualità dei beni prodotti (merci e servizi), qualità dell'ambiente naturale, qualità della vita in generale. In passato, l'umanità è vissuta sotto il peso della necessità: i suoi bisogni erano pochi, ma essenziali, fissati dalle caratteristiche oggettive della sua costituzione corporea e l'attività economica era orientata a soddisfarli; questo era il significato della "domanda di qualità" in quel contesto. Come mostrato *supra*, ciò vale tuttora per la parte povera dell'umanità; per i paesi ricchi, la domanda di qualità è andata evolvendo verso "nuovi bisogni" e, attraverso le scelte di produzione e di consumo, si manifestano nuove culture, come concezione globale della vita e si possono anche creare abitudini di consumo e stili di vita oggettivamente illeciti e spesso dannosi per la salute fisica e spirituale della persona: si pensi agli effetti deleteri del *consumismo*.

Riprendendo l'analisi dei tipi d'impresa esistenti, c'è il modo, simile ai precedenti per altri aspetti, in cui però chi decide ha riguardo alla qualità sociale dei beni prodotti; più in generale, ha riguardo a creare valore economico avendo un impatto positivo sul contesto sociale in cui opera e sull'ambiente naturale, poiché ritiene parte della sua missione il perseguimento di una stretta integrazione con la comunità e l'ambiente naturale (modo denominato anche con il termine *benefit corporation*). C'è il modo analogo a uno dei precedenti, in cui però le decisioni sono prese con ap-

proccio cogestionale da parte dei diversi fattori di produzione che partecipano all'attività produttiva.

C'è il modo cooperativo, nel quale le strutture produttive perseguono fini di democrazia – nella sua organizzazione si conta per quello che si è e non per quello chi si ha – e di mutualità fra i soci, che favorisce sia la collaborazione fra persone con gli stessi bisogni economici sia l'occupazione sia un'equa distribuzione, fra i produttori, della produzione realizzata dall'impresa. In questo contesto, si favorisce la relazionalità fra le persone, la reciprocità, la solidarietà aperta verso gli altri portatori di bisogni analoghi a quelli dei soci e nei confronti degli interessi specifici della comunità economica e sociale all'interno della quale la cooperativa opera; atteggiamento, quest'ultimo, tipico delle cosiddette “cooperative di comunità” – le quali operano per ridare vita, attraverso la restituzione di servizi, a territori fragili e marginali – ma che comunque impregna lo spirito cooperativistico, in generale. Questo può essere sintetizzato dicendo che il cooperativismo ha, nel suo patrimonio genetico, la vocazione e la capacità dell'inclusione sociale.

C'è il modo delle imprese di comunione, nelle quali si punta a creare una comunione totale, economica e metaeconomica, fra le diverse persone in esse operanti. C'è il modo delle cosiddette imprese con finalità sociali: imprese di proprietà privata che non hanno come motivazione della loro azione la massimizzazione del profitto (nel breve e nel lungo periodo), bensì il conseguimento di obiettivi sociali quali la produzione di beni di primaria necessità (comprese l'abitazione, l'istruzione, l'assistenza sanitaria, la cura e assistenza alla persona, l'avviamento al lavoro, il credito) a prezzi accessibili a tutta la popolazione (compresi i poveri e gli altri soggetti deboli), in modo comunque da essere sostenibili, cioè da coprire, con i ricavi, i costi di produzione – mantenendo così il capitale – con remunerazione netta nulla, o pressoché nulla, dello stesso. Valori economici e valori sociali sono quindi fusi nell'operare delle imprese con finalità sociali (dimensione economica e dimensione sociale vengono a compenetrarsi in esse), che operano secondo la logica del mercato, ma non nel modo in cui operano le imprese capitalistiche – che perseguono un fine di carattere esclusivamente economico, come la massimizzazione del profitto, e che operano nei mercati, non per soddisfare bisogni, ma preferenze solvibili (posso essere assetato al limite della sopravvivenza ma, se non dispongo di potere d'acquisto, il mio bisogno non potrà essere

soddisfatto) – bensì collettivi e d'interesse comune; quindi quanto mai adatti nell'ambito delle politiche di *welfare* sociale e della gestione dei beni collettivi e dei beni comuni. Nelle imprese con finalità sociali – similmente a quanto avviene, in varie forme e gradi, nella famiglia, nei piccoli gruppi di produttori informali, nelle associazioni di volontariato – punto essenziale e qualificante è la pratica della reciprocità, che genera fiducia reciproca e crea quindi un ambiente relazionale di elevata qualità.

Le imprese di comunione e le imprese con finalità sociale vengono spesso incluse nel concetto di economia civile: un approccio che introduce principi etici e morali nel sistema politico, economico e sociale; per rendere la società attenta non soltanto agli aspetti produttivi; per indirizzare l'economia verso una situazione di perenne giustizia, verso uno sviluppo duraturo e sostenibile – cioè *degno dell'uomo* – per “civilizzare l'economia” (e i sistemi politico-socio-economici), nel senso che il discorso politico, sociale e politico e il discorso etico camminino uniti, contaminandosi vicendevolmente. In particolare, l'economia civile costituisce un'applicazione reale dei principi di “reciprocità-amicizia” e di “reciprocità incondizionale”; basata sull'altruismo e consistente nella sfida di mostrare che, non solo i tradizionali principi dell'etica sociale – quali la trasparenza, l'onestà e la responsabilità – devono essere mantenuti e rinforzati, ma anche che, nei rapporti mercantili, il *principio di gratuità* e la *logica del dono*, come *espressioni della fraternità*, possono e devono trovare posto entro la normale attività economica.

Ma c'è anche il mondo delle imprese pubbliche. Un tempo, il ventaglio dei soggetti economici rilevanti comprendeva espressamente anche la comunità politica, nelle sue varie articolazioni (Stato, regioni province, comuni), la quale poteva, anzi doveva, intervenire per creare benessere economico, al servizio dei cittadini, nelle componenti più nobili: il soddisfacimento dei bisogni fondamentali, la garanzia dei servizi della persona, la difesa e l'accessibilità ai beni comuni, al bene comune. In quest'azione, rilevante era anche il ruolo delle imprese pubbliche, *longa manus* delle comunità politiche. Ma il vento neoliberistico – che, si sa, ha al centro della sua attenzione il mondo delle imprese capitalistiche e non la persona umana – ha fatto piazza pulita di ogni idea di comunità politica imprenditrice di se stessa, convincendo la maggior parte dei politici che solo le imprese orientate alla produzione e al mercato capitalistici sono in grado di creare benessere economico, per cui si devono fare ponti

d'oro per attrarre le imprese private, specie se multinazionali, affinché queste – nel loro sfarfallare da un paese all'altro alla ricerca di quello che offre le condizioni più vantaggiose – decidano d'investire nel territorio proprio del politico. Di qui il *must* di fare tutte le riforme che piacciono alle imprese private: imposizione fiscale che favorisca i grandi detentori di capitale, bassa imposizione parafiscale che, assieme al contenimento dei salari e dei diritti dei lavoratori, tenga basso il costo del lavoro; alta flessibilità del lavoro (nell'accezione che interessa solo il lato della domanda di servizi lavorativi); indebolimento dei sindacati dei lavoratori, per tarpare le ali a qualsiasi rivendicazione sociale organizzata; assetto istituzionale sicuro (governi stabili capaci di garantire continuità e serenità politica) e rapido nella sua azione (parlamenti capaci di produrre in fretta leggi favorevoli agli affari).

Le imprese pubbliche possono svolgere un argine a questo strapotere economico e politico delle grandi imprese private nazionali e multinazionali, specie con riferimento a settori strategici, quali salute, difesa e sicurezza, infrastrutture riguardanti energia e acqua, ricerca, comunicazioni, trasporti, intelligenza artificiale, robotica, nano e biotecnologie *et similia*. Non solo, poiché le imprese pubbliche possono e debbono svolgere un ruolo importante all'interno del mercato del lavoro, assumendo una funzione di riferimento in sede di contratti collettivi di lavoro, nella direzione di dar vita a un lavoro che (per usare un'espressione cara a Papa Francesco) sia *libero, dignitoso*⁴, *creativo, solidale e partecipativo* (nella con-

4 Come può essere inteso il "lavoro dignitoso"? A mio avviso: *i*) ha da essere un lavoro *decente*, di qualità, per l'attività svolta, l'ambiente di lavoro in cui essa si svolge, la sua autonomia decisionale, l'interazione con i colleghi e con l'organizzazione, la capacità di far realizzare la persona del lavoratore/lavoratrice e le sue possibilità di crescita e di miglioramento; *ii*) avere una *remunerazione giusta*; *iii*) avere una *buona copertura di tipo previdenziale* nei confronti di malattia, infortuni, invalidità, disoccupazione e vecchiaia; *iv*) produrre *cose buone* (materiali così come immateriali e relazionali) per la lavoratrice e il lavoratore, la sua famiglia e il bene comune della collettività; *v*) rispettare *l'ambiente naturale*. A proposito del punto *iv*), ricordo la natura di bene intermedio (oltre che di bene finale) del lavoro, anche perché sovente si sente dire che una certa iniziativa è positiva perché crea occupazione (che una certa opera pubblica ha da farsi perché crea occupazione; addirittura sentir dire – con un accento di positività – che la produzione di foglia di coca e la sua trasformazione in pasta di coca e in polvere di cocaina danno lavoro a migliaia di persone in Amazzonia o che la progettazione, produzione e manutenzione di una certa arma o di un certo sistema d'arma dà lavoro a migliaia di persone!) senza avvertire la necessità di scendere in profondità: lavorare è premessa per avere produzione di "cose", ma occorre che queste cose siano

sapevolezza che non c'è organizzazione economica – imprese private e imprese e aziende pubbliche – che possa prescindere dalla partecipazione, particolare o globale, di lavoratrici/lavoratori alla gestione della stessa) affinché si crei vera inclusione sociale e non già lavoro emarginato, lavoro discriminato e discriminante, lavoro avvilito, lavoro mal retribuito e sfruttato, lavoro precario, lavoro che si dissolve, lavoro che non c'è, che rende precaria l'esistenza delle persone.

Il valore della libertà porta a non volere ostacolare nessuna delle predette tipologie d'impresa, riconoscendo nella libertà economica uno stimolo qualificante per il miglioramento delle condizioni economiche e sociali delle diverse comunità di persone e dell'intera umanità. Di questo sono convinti i liberalisti, secondo i quali gli individui e le imprese sono sempre capaci di organizzare da sé, in modo ottimale, con efficienza ed efficacia, le proprie attività economiche e gestire i rischi che da essa derivano, e i mercati sono meccanismi perfetti, spersonalizzati, nei quali ognuno opera nel suo interesse ma, così facendo, realizza l'obiettivo della massima utilità totale.

Ma la storia economica ha chiaramente mostrato che i mercati non sono stati mai meccanismi perfetti e spersonalizzati; tale tipo di mercati è una costruzione teorica, quella della concorrenza perfetta, che non ha riscontri con la realtà, poiché ipotizza la presenza di moltissimi venditori e moltissimi acquirenti, tutti privi di qualsiasi potere di mercato, perché vendono e comprano beni non differenziabili fra di loro, in presenza di preferenze assai bene definite, di informazioni perfette per tutti gli operatori e di aspettative e di percezioni pienamente razionali, di perfetta mobilità dei fattori produttivi e di piena libertà di entrata nei mercati sia per venditori sia per i compratori, in quanto non esistono vincoli di natura istituzionale, né di natura economico-finanziaria, che impediscano di fatto e l'una e l'altra.

Nella realtà, i mercati sono di concorrenza imperfetta, di concorrenza monopolistica, di oligopolio, di oligopsonio, di monopolio, di monopsonio, di monopolio bilaterale, all'interno dei quali si hanno asimmetrie nei poteri contrattuali dei soggetti coinvolti: alcuni soggetti hanno poteri di mercato esorbitanti rispetto a quelli delle controparti (l'altro lato del mercato) o dei cointeressati (lo stesso lato del mercato). Inoltre, i ritorni privati e quelli sociali non sono bene allineati, per cui esistono molti

“cose buone”, siano “beni”, per la persona e la comunità.

settori in cui i mercati, da soli, non funzionano come dovrebbero e non sono quindi meccanismi ottimali.

In altre parole, i mercati non hanno alcuna morale intrinseca; dobbiamo decidere noi come costruirli e gestirli. Le “leggi” dei mercati derivano dall’etica degli operatori presenti in essi e la comunità deve saper esprimere regole capaci di dare un’anima etica ai mercati, impedendo che i soggetti deboli del mercato soccombano (siano sfruttati) dai soggetti forti.

Due esempi. Nel mercato del lavoro, a parte casi particolari, il singolo lavoratore ha un potere contrattuale assai debole rispetto a quello del datore di lavoro; di qui l’essenzialità, per ragioni di equità, dell’esistenza delle aggregazioni sindacali dei lavoratori e della presenza di contratti collettivi di lavoro, per la stipulazione dei quali i lavoratori riuniti in sindacati vengono ad avere un potere contrattuale assai maggiore di quello che avrebbero se si presentassero singolarmente. Il potere contrattuale dei sindacati dei lavoratori sarà tanto maggiore quanto più rappresentano una quota rilevante dei lavoratori occupati nel settore cui il contratto si riferisce, ma soprattutto quanto più elevata è la domanda di servizi lavorativi rispetto all’offerta: alto quando c’è bassa disoccupazione e basso quando la disoccupazione complessiva e di settore sono alte.

Un altro mercato, quello della finanza che, con la liberalizzazione dei movimenti internazionali dei capitali finanziari (a partire da metà degli Anni Ottanta del secolo scorso) ha smarrito la sua funzione di servizio dell’economia reale: la “finanza buona”, che facilita il passaggio delle risorse produttive, che occorre anticipare rispetto all’ottenimento del prodotto, da chi ne ha (risparmiando o avendo risparmiato in passato) a chi ne ha bisogno, per utilizzarle nella produzione di nuovi beni; da chi ha disponibilità economiche, ma non ha idee produttive, a chi invece ha idee produttive, ma non ha sufficienti risorse economiche da anticipare. La “finanza buona” – diffondendo informazioni e creando opportunità d’investimento – consente di aggregare risparmi per utilizzarli in modo efficiente (tramite mercati ben regolati) e in modo efficace (destinandoli a impieghi individualmente e socialmente proficui); permette di trasferire, nel tempo e nello spazio, il valore delle attività; permette di gestire il rischio, realizzando meccanismi diversificativi e assicurativi che riducono l’esposizione ai rischi insiti in un’economia di mercato.

I mercati finanziari sono molto importanti poiché, se funzionano correttamente, agevolano gli scambi di beni fra i soggetti economici e la

circolazione del risparmio fra chi lo genera e chi lo impiega per acquisire capitale reale. C'è comunque un "però". Perché viene normalmente accettato che, nei mercati dei beni, possano essere scambiati solo beni che rispettano alcuni requisiti (che non siano di per sé fonte di pericolo per le persone, quali armi, giocattoli pericolosi per i bambini, prodotti alimentari deteriorati (scaduti), autoveicoli privi di apparati per la sicurezza della circolazione e in generale che, per quanto riguarda composizione chimica, caratteristiche fisiche, apparati tecnici, non siano dannosi per la salute umana e l'ambiente naturale) e non si richiedano simili bollini di qualità per molti prodotti finanziari, quali i conglomerati di crediti che prendono il nome generico di "derivati" dalla cartolarizzazione di crediti di varia (e non ben nota) origine e natura o di "criptomone"? I mercati dei crediti necessitano di regole ben precise poiché in essi vengono scambiati prodotti nei confronti dei quali vi sono diffuse e ampie asimmetrie informative fra gli operatori presenti; nei quali quindi è molto facile che circolino prodotti altamente pericolosi (rischiosi), il cui rischio non è però ben avvertito da una parte degli operatori, facilmente quindi coinvolgibili in operazioni che possono anche essere percepite (o volutamente dichiarate) come del tutto sicure. In poche parole, commercializzare alcuni prodotti finanziari, di per sé leciti, in una situazione con forti asimmetrie informative e contrattuali, e quindi approfittando delle lacune cognitive o della debolezza contrattuale di una delle controparti, costituisce di per sé una violazione della debita correttezza relazionale ed è grave infrazione sotto l'aspetto etico.

c) Giustizia

In campo economico, la giustizia si declina innanzitutto nell'assenza di povertà assoluta e nella costruzione di un assetto istituzionale che regoli tutti i mercati, in modo che sia eliminato ogni squilibrio di potere contrattuale fra le parti. In questo ambito, un ruolo importante è svolto dalla politica fiscale (entrate e spese pubbliche) che segue l'intento di tipo redistributivo rispetto ai risultati dei mercati.

Quindi produzione di beni pubblici e beni privati meritevoli, in modo che tutta la collettività ne abbia disponibilità in misura adeguata. Quindi entrate pubbliche improntate al principio di progressività impositiva: contribuisce maggiormente al finanziamento della spesa pubblica

il soggetto economico che ha maggiore reddito e ricchezza. Perciò non imposte dirette con un'unica aliquota, bensì imposte dirette con aliquote crescenti al crescere della base imponibile, e imposte indirette con aliquote modellate sul tipo di operazione commerciale sulle quali incidono: aliquote tanto più basse quanto maggiore è la bontà sociale delle operazioni o dei beni sottostanti.

d) Solidarietà

Principio di organizzazione sociale che mira a *consentire ai diseguali di diventare uguali, per via della loro uguale dignità; principio d'ordine sociale e, allo stesso tempo, virtù morale*. La solidarietà è espressione concreta del principio di gratuità, della logica del dono, che discendono dal principio di fraternità. È il fondamento della concordia sociale, chiamata a favorire l'incontro fraterno e l'aiuto vicendevole, sia all'interno di ogni comunità, di qualsiasi dimensione, sia nelle relazioni internazionali; ciò che vivifica lo sviluppo.

Occorre però distinguere la solidarietà *attiva* da quella *passiva*. La seconda cerca di ridurre o di eliminare le situazioni di sofferenza, ma non interviene sulle cause di queste situazioni; la prima cerca, invece, di ridurre o eliminare le cause, permettendo alle persone di alzarsi o di rialzarsi per camminare con le proprie gambe. Il "reddito d'inclusione" è misura che appartiene al novero della solidarietà attiva, poiché sostiene il reddito di chi sicuramente è coinvolto in un processo d'inclusione economica e sociale; il "reddito di cittadinanza" puro (non nella modalità mista attuata nel nostro paese) è una misura di solidarietà meramente passiva, poiché viene erogato indipendentemente dalla presenza o no di un processo d'inclusione.

Ma c'è anche il modello dell'economia di produzione di reciprocità, nella quale non si applica né la "reciprocità debole", propria del mercato, né la "reciprocità-amicizia" o la "reciprocità incondizionale", proprie dell'economia civile. È la "reciprocità produttiva", che consiste nel concorso a produrre i beni in un contesto di scambio non anonimo, ma personalizzato e non separabile dalle persone che lo attuano. Il soggetto che beneficerà del prodotto concorre a realizzare il prodotto stesso; il che, da un lato, non può che elevare la qualità del prodotto e, dall'altro lato, dà luogo alla creazione di rilevanti beni relazionali⁵. Questo significa rendere

5 Vedi il mio *Un modello alternativo di economia e società*, cit., § 3.7.

la persona che utilizzerà il bene protagonista dei modi in cui i suoi bisogni verranno soddisfatti e ciò sulla base dell'assunto che il portatore di bisogni non è un soggetto passivo, anche se bisognoso di cura e di aiuto, ma un soggetto che è comunque portatore di conoscenze e di risorse, non solo monetarie. Se queste conoscenze sono utilizzate, coinvolgendole, per produrre la merce o il servizio, questi non potranno non essere di elevata qualità agli occhi di chi l'utilizzerà o si varrà del suo servizio. L'economia di produzione di reciprocità mette appunto in atto questo principio: utilizzare le conoscenze e la creatività dell'utilizzatore per costruire assieme (produttore e cliente) il bene che il cliente utilizzerà.

L'atteggiamento culturale della reciprocità produttiva può essere adottato nella produzione di merci, ma si adatta assai bene soprattutto alla produzione di servizi – e ricordiamoci che, nel mondo occidentale, grosso modo oggi, il settore dei servizi privati e pubblici conta per il 70 per cento del PIL e per più del 75 per cento dell'occupazione complessiva. In molti casi, il servizio non ha qualità se non riesce a coinvolgere la persona del fruitore che apporta la sua personalità alla costruzione del servizio stesso. Si pensi ai servizi alla persona, al lavoro di cura, ai servizi socio-assistenziali, per la cui erogazione la personalità del fruitore è elemento essenziale per la qualità del servizio, nella cui utilizzazione il soggetto può trovare la realizzazione della propria personalità. Si pensi ai servizi per l'impiego, per il cui successo la capacità di creare relazioni profonde fra lavoratore/lavoratrice e operatore del servizio è elemento essenziale. Si pensi alla formazione professionale la quale, per essere efficace, dev'essere costruita pennellandola sulle caratteristiche della lavoratrice/lavoratore (e lo stesso si può ovviamente dire, in termini generali, anche a proposito delle attività di educazione e d'istruzione) e, con riferimento alla formazione da farsi sul posto di lavoro, alle esigenze d'inserimento del lavoratore/lavoratrice e alle esigenze dell'impresa che concorre all'attività di formazione. Si pensi ai servizi di accoglienza e inserimento delle persone di recente immigrazione, impostati in modo da permettere a questi di esercitare, in modo completo, la nuova cittadinanza. Si pensi al microcredito, che non è semplicemente l'erogazione di prestiti di piccolo ammontare senza la richiesta di adeguate garanzie in capo al prestatario. Il microcredito ha, quale proprio elemento caratteristico ed essenziale, l'attenzione alla persona, che porta ad accogliere, ascoltare e accompagnare coloro che si rivolgono alle istituzioni di microcredito, fino alla chiusura del programma

di finanziamento e di restituzione. Così facendo, il microcredito, oltre a creare relazionalità, dà luogo a un prodotto finanziario di elevata qualità: attraverso l'attenzione alla persona – propria del microcredito – si creano rilevanti beni relazionali e si aumenta la fidelizzazione del prestatario che, seguito in modo continuativo, esprimerà un'elevata propensione (oltre che capacità) a restituire, nei tempi e modi dovuti, il prestito ricevuto.

e) **Sussidiarietà**

Principio normalmente inteso come una modalità di relazioni fra istituzioni pubbliche, gruppi sociali e persone, per cui lo Stato deve riconoscere, sostenere e promuovere le iniziative sociali che nascono dal basso, nella comunità, in risposta ai bisogni collettivi. Sussidiarietà significa porre al centro dell'azione sociale, economica e politica la persona, soggetto caratterizzato da una libertà capace di scegliere, di avere un'attitudine alla responsabilità, di rapportarsi con le altre persone, di operare per il bene comune, più rilevante di ogni interesse particolare. Significa voler e saper coniugare la condivisione di responsabilità con il principio di solidarietà cooperativa, riconoscendo e ribadendo che ogni cittadino deve affrontare, in prima persona, responsabilità d'ordine sociale.

Un'applicazione del principio di sussidiarietà può essere individuato nel senso che l'affiancamento, al sistema dell'economia di mercato capitalistica, dell'intervento dello Stato volto alla realizzazione dell'equità distributiva, avvenga, non attraverso il *Welfare State* burocratizzato e accentrato, ma attraverso la *Welfare Society*, nella quale si realizzi un ampio coinvolgimento del Terzo settore, non come mero esecutore di programmi statali, ma come co-programmatore del *Welfare State* e con ampia delega alla realizzazione delle politiche di *welfare*, con la promozione, l'indirizzo e il controllo dello Stato, appunto secondo il principio di sussidiarietà.

I valori sopra sintetizzati, e in più il valore della pace, definiscono il contenuto della sostenibilità sociale.

A fianco di questa v'è la sostenibilità dell'ambiente naturale.

f) **Sostenibilità dell'ambiente naturale**

Oggi significa, da un lato, eliminare quei comportamenti umani che ri-

sultano avere rilevanti effetti negativi per la vita del creato (inquinamento e cambiamenti climatici, ad esempio) e, dall'altro lato, impostare l'attività economica produttiva e di utilizzo dei beni alla luce del principio dell'economia circolare, secondo il quale nulla di quanto prodotto viene disperso nell'ambiente poiché tutto è riutilizzabile e va riutilizzato.

La DSC indica quale fondamento della "questione ecologica", che sta avendo un'importanza notevole in pressoché tutti i campi, la presa di coscienza e di coscienza, da parte dell'umanità, dei limiti che essa ha nell'utilizzare le risorse della natura. La cura del creato è stata elevata a questione sociale a pieno titolo; il che non significa che la natura sia diventata il centro dell'attenzione della DSC – questo continua a essere la persona umana – ma questa non è però separabile dalla natura: la sofferenza della Terra è legata alla sofferenza dell'umanità. Con le parole di Papa Francesco: «Oggi non possiamo fare a meno di riconoscere che un *vero approccio ecologico diventa sempre un approccio sociale*, che deve integrare la giustizia nelle discussioni sull'ambiente, per ascoltare *tanto il grido della Terra quanto il grido dei poveri* (Lettera enciclica *Laudato Si'*, Città del Vaticano 2015, § 49). Quindi custodire la natura coincide con la capacità di custodire noi stessi.

Ma "coltivare e custodire" non comprende solo il rapporto fra noi e l'ambiente naturale, l'umanità e il creato. Comprende anche i rapporti umani: ecologia umana ed ecologia naturale camminano assieme. Noi tutti dovremmo prendere il serio impegno di essere attenti ad ogni persona, di rispettare e custodire il creato, di contrastare la cultura dello scarto e dello spreco, per promuovere una cultura dell'incontro, della solidarietà e del rispetto del creato.

Sostenibilità sociale e sostenibilità dell'ambiente naturale – in misura parimenti importante e in modo inscindibile – definiscono il contenuto del bene comune.

g) Bene comune

Il bene comune dev'essere determinato con riferimento alla natura umana integrale; non si limita ai soli aspetti materiali, economici e sociali; ha un respiro ben più ampio: certamente comprende tutte le condizioni di vita materiale che si richiedono per il perfezionamento della vita uma-

na ma, nello stesso tempo, non può fare a meno di aprirsi ad altri beni altrettanto essenziali per una vita veramente umana, quali sono l'educazione, la cultura, l'arte nelle sue varie espressioni, la contemplazione, la dimensione spirituale e religiosa. Si può dire che una politica, la quale tagliasse le ali agli spazi del trascendente nel concreto della convivenza sociale, priverebbe il bene comune della sua stessa anima. Il bene comune dipende dalla *qualità* della vita umana (negli aspetti materiali, morali e spirituali; quindi non tanto la "qualità della vita" interpretata come bellezza e godibilità della vita fisica, quanto piuttosto nelle dimensioni più profonde – spirituali, religiose e relazionali – dell'esistenza), più che della *quantità* delle disponibilità materiali, e questo, non solo a livello di comunità locale o nazionale, ma anche a livello planetario.

Infatti, fondamento filosofico del bene comune è che la persona umana non è un'isola. «L'uomo nasce per vivere con gli altri» – afferma Aristotele – sia nel senso che ha una propensione innata alla compagnia con i suoi simili (una propensione affettiva che fa dell'uomo un animale sociale e politico e che genera la figura ideologica del "genere umano", al quale ognuno sente di appartenere ed è coinvolto emotivamente, fino al limite di sentirsi sminuito, se muore una persona o se questa soffre) sia nel senso di avvertire l'utilità che trae dallo stare con gli altri. Anche se, sul piano biologico, l'individuo – forse la famiglia – precede la comunità, ciò non significa che, sul piano storico-antropologico, sia asociale, perché egli, nella norma, ha bisogno della comunità per realizzare i suoi obiettivi. Persegue molte delle sue aspirazioni in un contesto sociale, comunicando, cooperando, scambiando e sviluppando un ampio sistema di relazioni personali, talvolta anche anonime.

La realizzazione del bene comune è precipuo compito dello Stato, ma non solo; per la DSC tutte le persone, singolarmente o aggregate in gruppi, possono e debbono concorrere, con le proprie attitudini e con le proprie attività, al bene comune della comunità cui appartengono, e quindi anche al bene comune mondiale: la propria comunità espansa al massimo, al livello planetario.

L'espansione del principio del bene comune a livello mondiale trova non poche resistenze, specie nel mondo laico, specie nella parte di questo che è perplesso nei confronti del concetto di bene comune fondato su valori etici. Per questo mondo, l'impegno politico dev'essere piuttosto l'agire per l'affermazione della democrazia, in quanto ordinamento atto

a registrare e recepire le convinzioni della maggioranza della comunità, previo libero confronto e dibattito fra le diverse istanze.

Non è così, perché il carattere etico della democrazia non è automatico. Dipende dalla conformità alla legge morale; dall'eticità dei fini che persegue e dei mezzi di cui si serve. *La democrazia o è etica o non è niente!* L'etica non sposa la democrazia, ma la giustizia e gli altri valori sopra enunciati e declinati.

COVID-19: come comunicare durante un'emergenza sanitaria

Igor Graziato

Negli ultimi anni abbiamo dovuto affrontare diverse emergenze sanitarie, come la SARS ed Ebola ma anche tante altre situazioni complesse come ad esempio il terrorismo internazionale. Tali eventi hanno generato una forte preoccupazione nella popolazione mondiale (soprattutto in alcune aree geografiche) creando anche un impatto a livello psicologico sia a livello cognitivo che emozionale. Nulla però di paragonabile all'attuale scenario pandemico dovuto al COVID-19. Oggi il Coronavirus rischia di avere un impatto psicologico sulle persone ancora maggiore a causa della diffusione dei *social network* e delle *fake news*. La modalità con cui i media diffondono queste notizie può aumentare il livello di ansia nelle persone rischiando di provocare l'insorgere di pensieri catastrofici, di alimentare ulteriori preoccupazioni o peggio ancora di promuovere comportamenti errati. Un clima generale, questo, che può spaventare non solo gli adulti ma anche soprattutto i bambini. Infatti, ci sono alcuni video e alcune foto provenienti da tutto il mondo che sembrano ricordare visivamente qualche film catastrofico.

Gli psicologi lavorano da tempo per individuare le migliori strategie di comunicazione nelle situazioni di emergenza

Durante una qualsiasi emergenza la comunicazione rappresenta un elemento strategico e centrale nella gestione sia psicologica che organizzativa degli eventi. I media, ma anche molta parte della politica, hanno sotto-stimato il fenomeno del COVID-19 definendolo *“una semplice influenza”* e relegando il problema al mondo orientale attribuendone in questo modo una valenza sia geografica che culturale (ad esempio con definizioni come *“virus cinese”* o *“virus di Wuhan”*) o evitando di riconoscere la portata del fenomeno con manovre tipicamente difensive di negazione del problema (ad esempio l’hashtag #milanononsiferma). Fattori questi che possono interferire non solo con la dimensione psicologica ma anche con la stessa salute. L’idea che il *“SARS-CoV-2”* potesse arrivare solo da certe zone del mondo e che si potesse controllare il fenomeno adottando una visione lineare e non sistemica può essere stato uno dei fattori che ha reso più complesso il contenimento della diffusione del contagio. Un altro aspetto da tenere in seria considerazione è il rischio che una comunicazione caotica sul COVID-19 generi uno stigma sulle persone positive, sui caregivers e sul personale sanitario. La ricerca ha dimostrato negli anni come la discriminazione e i pregiudizi possano influenzare negativamente la dimensione psicologica di alcuni gruppi sociali. Lo *“stigma”* rende le persone ancora più fragili ed esposte soprattutto durante le epidemie e le pandemie. Questo può accadere perché le persone che appartengono ad una minoranza rischiano di nascondere i sintomi della malattia per evitare ulteriori discriminazioni che potrebbero emergere durante una visita medica. Infatti in queste ultime settimane sono stati numerosi gli atti di violenza sia verbale che fisica contro le persone di *“origine asiatica”*. Il timore di essere vittime di ulteriori discriminazioni rischia di incrementare indirettamente la diffusione del SARS-CoV-2. Se a questo aggiungiamo una comunicazione istituzionale confusa e paradossale e una leadership politica poco assertiva il rischio di generare una *“tempesta perfetta”* è dietro l’angolo. L’abuso del termine *“psicosi”* ha creato un’ulteriore confusione e ha rischiato di produrre un effetto di sottovalutazione del problema incrementando i comportamenti a rischio che bisogna sempre evitare soprattutto in questo periodo storico.

Il pregiudizio e la xenofobia alimentano la diffusione del Coronavirus

L'idea che il virus sia cinese rischia di creare un frame potenzialmente negativo che non solo aumenta la xenofobia, ma può anche introdurre un bias per i decisori. Se è vero che l'origine del COVID-19 si può attribuire ad una specifica zona della Cina nessuna persona al mondo può dirsi esclusa dal rischio di infezione o di diffusione del virus. Anche un occidentale avrebbe potuto rappresentare il veicolo principale del contagio. È importante ricordarsi quanto sia letteralmente impossibile ricostruire la rete di contatti che una persona contagiata ha avuto e questo accade per una serie di questioni psicologiche che vanno dalla dimensione emozionale (la paura di aver contratto una malattia potenzialmente mortale, o il senso di vergogna per aver contagiato altre persone) a quella sociale (lo stigma). Ma sono anche coinvolti aspetti cognitivi come ad esempio la memoria che nell'essere umano non funziona certamente come quella di un hard disk. Per questa ragione le tecnologie potrebbero rappresentare un ottimo esempio per tracciare in modo efficace la diffusione del contagio. Inoltre, l'OMS raccomanda vivamente di evitare di collegare una malattia trasmissibile ad una specifica area geografica. Il rischio è quello di cadere in un errore di valutazione o anche diagnostico.

La dimensione psicologica è fondamentale

È importante ricordare che il cosiddetto fattore umano è alla base di molti "incidenti" o catastrofi che coinvolgono i sistemi complessi (ad esempio Chernobyl ma anche il Ponte Morandi per fare un esempio più recente). Alla base di queste catastrofi emerge, oltre alla dimensione tecnica, un problema di carattere organizzativo che coinvolge alcuni tipici vincoli informativi dell'essere umano (ad esempio l'attenzione, la memoria, la comunicazione e la comprensione) ed altre dimensioni come la leadership e le dinamiche di gruppo. Tutti aspetti questi che potrebbero essere presi in carico all'interno di contesti organizzativi attraverso l'applicazione di alcuni principi di psicologia e di sociologia. La sicurezza non è solo una questione normativa o ingegneristica ma richiede una visione sistemica. Purtroppo in Italia siamo abituati ad osservare, in modo passivo,

il susseguirsi di incidenti e di emergenze senza che vengano approfonditi alcuni aspetti centrali come la componente psicologica ed organizzativa che spesso sono alla base di queste situazioni drammatiche. Solo negli ultimi anni il nostro Paese è stato attraversato da diversi “incidenti”: l’esplosione della cisterna sulla Via Salaria, il Ponte Morandi e la tragedia al concerto Sfera Ebbasta ad Ancona. L’approccio che viene proposto sui media ricalca uno stile narrativo che rischia di promuovere una visione “superficiale” del problema della sicurezza. Nel nostro paese la tendenza è quella di ricercare un colpevole senza analizzare le cause che hanno contribuito a produrre uno scenario catastrofico. Senza questa parte di analisi è in realtà impossibile fare prevenzione in modo efficace.

La comunicazione paradossale

Le minacce derivate da virus sconosciuti al grande pubblico ed etichettati con un nome scientifico rischiano di stimolare un livello di ansia elevato nelle persone molto maggiore rispetto alle minacce conosciute. Un pericolo nuovo è quindi in grado di impattare in modo importante sulla componente psicologica, generando stress, promuovendo comportamenti alimentati dalla paura e portando le persone a sottostimare altri pericoli. Ad esempio la pericolosità del morbillo viene normalmente sottovalutata proprio perché si ritiene di conoscere la patologia al punto da portare alcuni a promuovere degli atteggiamenti “anti-vax”. Tutti comportamenti dettati in gran parte dalla paura ma anche rinforzati da stereotipi e pregiudizi. Quello che sta accadendo, a livello sociale, è per certi versi prevedibile soprattutto quando la comunicazione tende a fornire un messaggio paradossale. Se da un lato si cerca di rassicurare le persone sul fatto che la situazione sia sotto controllo dall’altro canto sui social network e sui media tradizionali vengono diffusi titoli ed immagini che richiamano, a livello simbolico e semantico, le narrazioni tipiche di alcuni film di fantascienza catastrofici. Quando le persone vivono una situazione di incertezza verso una minaccia “invisibile” come un virus “sconosciuto” c’è il rischio concreto che possano mettere in atto dei comportamenti dettati dalla paura; e la paura è il peggior nemico da affrontare in una situazione di potenziale “emergenza”. È importante ricordare che, davanti ad un pericolo (reale o percepito la differenza è relativa) è naturale che nell’essere

umano si attivi una componente emozionale che è mediata da precisi meccanismi di sopravvivenza. Possiamo prevedere abbastanza facilmente che davanti ad un pericolo, qualunque esso sia, reale (un cane minaccioso), percepito (un insetto in realtà innocuo) o anche solo “immaginato” (il timore di ammalarsi di una grave malattia) il nostro comportamento di base legato alla sopravvivenza ci porterà alla fuga, all’attacco o al cosiddetto “freezing” (ovvero il fatto di rimanere completamente bloccati, inermi e non in grado di reagire). Questi comportamenti automatici in realtà sono utili per la sopravvivenza e possono essere gestiti se la persona ha strutturato delle adeguate strategie di coping. È sempre possibile imparare a comportarsi in modo adeguato durante un’emergenza partendo dalle scuole. Un esempio classico è il Giappone dove tutta la popolazione fin dall’infanzia è preparata ad affrontare i terremoti e gli tsunami. La comunicazione istituzionale deve prestare attenzione a questi aspetti per ridurre al minimo l’attivazione di alcuni comportamenti umani che sono ampiamente prevedibili.

La comunicazione gioca un ruolo essenziale durante una crisi

Durante un’epidemia o una situazione di crisi (ad esempio un attacco terroristico) è fondamentale la presenza di un’unica fonte autorevole, trasparente e tempestiva per gestire in modo efficace l’ansia e la preoccupazione nel grande pubblico. La comunicazione, in una situazione di emergenza, deve essere semplice, comprensibile e contenere delle indicazioni comportamentali facilmente attuabili dalle persone nel loro quotidiano (ad esempio nel caso del COVID-19 “*lavarsi bene le mani*”, “*starnutire nel gomito*”, “*utilizzare la mascherina*” e “*tenere un’adeguata distanza interpersonale*”). È importante inoltre che sia solo una fonte ufficiale, come ad esempio il Governo e il Ministero della salute, a diffondere delle notizie in modo da limitare l’impatto delle informazioni diffuse in modo caotico sui social network. Un alto livello di attivazione, stress e di ansia può produrre un effetto paradossale nella popolazione.

Ad esempio, una persona potrebbe adottare delle misure completamente inutili come fare incetta di provviste, di medicinali o di mascherine evitando però nel contempo di adottare quelle contromisure realmente utili per evitare la diffusione di un virus. Un protocollo di comunicazione

deve essere preparato prima dell'emergenza e non può essere improvvisato. Infatti il rischio è quello di alimentare la confusione e di generare una serie di problemi pratici.

Una comunicazione semplice, diretta e visiva

Per limitare la diffusione di un dato virus è fondamentale nella comunicazione utilizzare delle infografiche e dei brevi video che mostrino i comportamenti da tenere nel quotidiano. Non sono sufficienti quindi proclami o comunicati scritti. Anche gli scienziati possono comunicare le loro incertezze con onestà e trasparenza ma evidenziando anche il lavoro in rete che stanno svolgendo per affrontare una data minaccia. Inoltre, per riuscire ad intervenire in modo efficace in una situazione di emergenza, è importante prepararsi in anticipo. Infatti, ci vuole tempo per rendere autorevole una fonte nel grande pubblico.

Comunicare in base al target

La comunicazione istituzionale deve anche essere diversificata in base ai target di riferimento. Infatti, è diverso informare gli adolescenti rispetto agli anziani. Il linguaggio, lo stile e il contenuto devono adeguarsi in base a diversi fattori (ad esempio all'età, agli aspetti socio-culturali, al contesto di provenienza e ad altre variabili). Non è pensabile quindi costruire un'unica comunicazione standard.

I nostri limiti cognitivi ed emozionali

L'essere umano ha delle limitazioni cognitive che influenzano l'attenzione, la memoria, la comunicazione e la comprensione. Non siamo dei computer né la nostra memoria funziona come quelle di un computer. I nostri processi decisionali sono basati su euristiche e non su algoritmi. Andiamo incontro ad errori percettivi, di valutazione dei problemi e siamo abili nel creare delle correlazioni illusorie. Tutti questi aspetti sono un vantaggio nella vita di tutti i giorni dato che ci garantiscono la

sopravvivenza, ma possono anche rappresentare un serio problema durante le emergenze e nella gestione delle situazioni critiche oltre che in generale tutte le volte che si cerca di fare prevenzione. L'essere umano tende, per sua natura, a valutare il mondo da un punto di vista causale e lineare mentre le emergenze coinvolgono in modo sistemico una società. Un fattore apparentemente debole potrebbe dare via ad una cascata di effetti difficilmente rappresentabili a livello mentale. Inoltre, un sistema complesso, prima di collassare, può apparire stabile regalando l'illusione ai decisori che tutto sia sotto controllo. Questo aspetto è dimostrabile se si ripensa alla situazione iniziale del COVID-19 in Italia. Nel mese di febbraio tutto sembrava stabile poi nel giro di pochi giorni il contagio si è diffuso in tutta la sua virulenza. Le catastrofi si comportano in questo modo e questo richiede a livello organizzativo ed istituzionale una visione "probabilistica" e non deterministica.

Il contributo della psicologia

L'approccio alla sicurezza si è basato per decenni su un semplice presupposto: ad esempio quando suona un allarme antincendio o accade una qualche emergenza imprevista le persone devono seguire in modo ordinato le istruzioni ricevute. Una visione ormai "ingenua" e che non tiene conto della componente psicologica, emozionale, cognitiva e comportamentale degli esseri umani. Questo approccio alla sicurezza presenta diversi problemi dato che non prende in considerazione in modo approfondito gli schemi comportamentali delle persone che vengono messe in atto durante le emergenze. Infatti, le persone non sempre si accorgono immediatamente di un pericolo e a volte possono sopravvalutare o sottovalutare la presenza di un problema ed agire di conseguenza attivando un comportamento di fuga (ad esempio il caso di Piazza S. Carlo a Torino) con conseguenze drammatiche per gli individui presenti. In altri casi, come durante questa pandemia, le persone quando temono per la propria sopravvivenza prendono di assalto i supermercati, diventano aggressive o perdono rapidamente la propria "razionalità". Inoltre è risaputo che il tempo di latenza nella risposta ad un segnale di pericolo può ampliarsi dato che l'essere umano deve decodificare il contesto e in queste situazioni si affida al comportamento che osserva negli altri per agire. Se il panico

prende il sopravvento i meccanismi di attacco, fuga e freezing avranno la meglio mettendo in crisi qualsiasi schema “rigido” di gestione della sicurezza. La componente emozionale si attiva sempre in funzione di precisi meccanismi di sopravvivenza. È importante mettere in luce come questi comportamenti automatici in realtà siano utili all’uomo per la sua sopravvivenza e come possano essere gestiti solamente se la persona ha elaborato specifiche strategie di coping oppure ha seguito un addestramento come quello che fanno normalmente i militari o gli astronauti. In realtà è sempre possibile imparare a comportarsi in modo adeguato durante un’emergenza e per riuscire a farlo bisognerebbe partire dalle scuole.

Come promuovere dei comportamenti virtuosi?

L’essere umano tende a conformarsi a quanto osserva nel gruppo di riferimento. Tale modalità, che ha un suo significato in termini evolutivi, può portare a commettere errori piuttosto grossolani. Nel classico esperimento di Asch condotto negli anni ’50 del secolo scorso fu evidente come l’effetto del gruppo portasse un individuo a conformarsi ad una scelta anche quando questa era visibilmente errata. Nei momenti di incertezza tutti noi cerchiamo delle informazioni osservando il comportamento degli altri. Nei contesti sociali le interazioni tra persone sconosciute sono molto brevi, altro aspetto questo che riduce la probabilità di un intervento concreto e che incrementa la distorsione di quanto osservato. Quindi se ad esempio tutti portano la mascherina “abbassata” potremmo ritenere che quello sia il comportamento migliore da tenere e saremmo quindi portati ad uniformarci a quanto osservato. Rischiando così di contribuire anche noi, con il nostro comportamento, alla diffusione virus.

Le fake news: un vecchio nemico della comunicazione

Lo scrittore Norman Mailer coniò il termine di factoid per definire quei “fatti che non avevano esistenza prima di comparire su una rivista o su un giornale”. Si tratta di notizie inventate di sana pianta o riportate attraverso il “passa parola” che divengono reali solo una volta pubblicate e condivise. Il fenomeno esiste da ben prima dell’avvento di internet e dei

social media e, per certi versi, le dinamiche che osserviamo oggi su web, non sono una novità.

Le cosiddette “fake news” o “bufale” possono influenzare gli atteggiamenti, le decisioni politiche, alimentare la superstizione e orientare le scelte di consumo. I social hanno semplicemente accelerato un fenomeno noto da decenni. A differenza del passato oggi la tecnologia consente di condividere in modo istantaneo qualsiasi informazione. Un gesto quotidiano, rapido e spesso fatto in modo inconsapevole.

La narrazione, per risultare efficace, deve essere verosimile ma alle volte può anche contenere delle derive di pura fantasia. Uno dei più noti “factoid” è stato realizzato da Orson Welles nel 1938 quando presentò una versione radiofonica del noto romanzo di fantascienza *La guerra dei mondi* scatenando il panico e la preoccupazione tra i radioascoltatori.

Oltre l’innegabile talento dell’attore è importante contestualizzare il periodo storico che fece da sfondo a questa trasmissione, il mondo si trovava all’indomani del secondo conflitto mondiale, in un periodo di forte crisi economica e le persone vivevano già in un clima di profonda incertezza. Un racconto realistico dell’invasione aliena andò a stimolare paure e preoccupazioni già presenti. Negli anni ’70 del secolo scorso, in Francia, era circolato un documento il cosiddetto “volantino di Villejuif”, un testo dattiloscritto che invitava i genitori a proteggere i loro figli dai “pericolosi coloranti” contenuti nelle bevande e nelle merendine in quanto cancerogeni. Il volantino aveva avuto una diffusione capillare arrivando al punto di influenzare il comportamento d’acquisto di migliaia di persone. Anche le persone colte come i professori e i medici cascarono nell’inganno e secondo alcuni dati solo il 10% dei professionisti in ambito sanitario si era premurato di approfondire quanto riportato nel volantino. In molti istituti scolastici erano stati tolti dei distributori di alcune marche, il tutto perseguendo un obiettivo nobile ovvero quello di tutelare l’infanzia. L’agente cancerogeno più temibile indicato nel volantino era l’E330 che corrisponde all’innocuo acido citrico mentre alcuni elementi pericolosi venivano considerati del tutto sicuri. Il volantino di Villejuif non solo conteneva informazioni errate, ma dava anche indicazioni potenzialmente pericolose. Con il passare del tempo il volantino ha subito diverse trasformazioni. Secondo una delle ultime versioni, disponibili su web, il documento è stato realizzato da un non meglio precisato “Centro Antitumori di Aviano”. Un caso attuale di “factoid” riguarda la

presunta correlazione tra il 5G e il COVID-19 e malgrado le smentite ufficiali questa “fake new” continua a proliferare producendo un impatto concreto sul comportamento delle persone (proprio in queste settimane sono emersi degli atteggiamenti neo-luddisti sfociati anche nella distruzione di alcune antenne proprio nel momento in cui il bisogno di banda per la connessione internet è particolarmente necessario). Anche questo fenomeno trova terreno fertile in un diffuso atteggiamento anti-scientifico che viene costantemente alimentato da varie “teorie del complotto”, da alcuni VIP e da certe trasmissioni che grazie al web hanno trovato una più rapida capacità di penetrazione sfruttando anche la paura e le preoccupazioni delle persone. Ma dietro il complotto in realtà si cela anche una rassicurazione psicologica. Un mondo governato da oscuri decisori è per certi versi più tranquillizzante. Credere che esista un “colpevole” è molto meglio che accettare l’idea di vivere in un contesto instabile e turbolento. Un altro aspetto importante, che gioca a favore della diffusione delle tesi “complotte”, è un tipico problema insito nel ragionamento umano. La nostra mente è abile nel costruire collegamenti tra eventi diversi in modo del tutto spontaneo e questo fenomeno è chiamato “correlazione illusoria”.

Così se compare il COVID-19 e nel contempo si stanno installando le antenne 5G il gioco è fatto. Ma la correlazione non è sinonimo dell’esistenza di un rapporto causale. Solo il metodo scientifico può aiutarci a dipanare il mistero. Purtroppo la scienza richiede tempo, esige prove ed analisi e spesso deve ammettere di “non sapere”. In alcuni casi la scienza deve formulare anche delle risposte complesse che mal si addicono al nostro modo “ingenuo” di vedere il mondo. Sappiamo tutti che è la Terra a ruotare intorno al Sole ma i nostri sensi forniscono una visione ben diversa del fenomeno. La scienza non è quindi in grado di placare l’ansia delle persone di fronte ad un evento pandemico e potrebbe anche essere messa sul “banco degli imputati”.

Le fake news si diffondono più rapidamente delle notizie “ufficiali”

Un recente studio pubblicato sulla rivista *Science* ha evidenziato come le cosiddette “bufale” si propagano con una velocità significativamente maggiore delle notizie vere. I ricercatori hanno analizzato l’evoluzione di 126 mila Tweet su un campione di circa 3 milioni di utenti (nel periodo

compreso tra il 2006 e il 2007). Le fake news hanno raggiunto, in modo significativo, un bacino di persone molto più ampio rispetto a quelle la cui fonte era certa. Il sistema di invio dei “tweet” era realizzato in forma automatica attraverso dei bot mentre la fonte per verificare la veridicità delle notizie avveniva attraverso il riferimento a sei organizzazioni indipendenti. Questa preoccupante dinamica riguarda ogni tipologia di notizia. Si è infatti osservato come il fenomeno delle fake news coinvolga ambiti diversi come la politica, il terrorismo, i disastri naturali, l’economia, la ricerca scientifica. Le leggende metropolitane infatti trovano, come è logico aspettarsi, un terreno fertile per diffondersi ed evolversi rapidamente soprattutto attraverso la rete dei social network. In particolare la politica sembra essere la più esposta e la più fragile di fronte a questo fenomeno. Esistono, come è noto, dei sistemi automatici (bot) che diffondono automaticamente sui social questa tipologia di notizie e le persone tendono a condividere queste informazioni in modo automatico e senza verificarne la fonte originaria. Il dato preoccupante è che, nel campione analizzato, una fake news si è diffusa rapidamente tra 100000 persone mentre le notizie “verificate” hanno coinvolto solo 1000 persone. Infatti, la modalità con cui certe notizie vengono costruite attiva non solo la componente emozionale ma anche un percorso periferico di elaborazione dell’informazione come proposto nel modello di Petty e Cacioppo. È evidente, quindi, come questo uso poco consapevole dei social (ad esempio Facebook o Twitter) rischi di diffondere degli atteggiamenti “populisti”, delle credenze ascientifiche (come nel caso del “COVID-19”) e persino di alimentare dei pregiudizi. Inoltre la diffusione delle “Fake news” genera delle conseguenze sul clima generale di una società. Queste storie, infatti, fanno emergere emozioni come la paura, il disgusto o la sorpresa mentre le storie tratte da una fonte seria tendono a stimolare la gioia, la tristezza ma anche la fiducia. La deriva aggressiva che sta caratterizzando il periodo storico che stiamo vivendo ha probabilmente diverse cause che coinvolgono sia gli aspetti sociali che quelli economici. Inoltre, la diffusione delle fake news e l’uso “politico” dei social alimenta un’ulteriore polarizzazione degli atteggiamenti producendo un generale aumento della conflittualità, di incertezza e di smarrimento. Per questa ragione, durante un’emergenza come quella attuale, è fondamentale che le istituzioni siano in grado di contrastare efficacemente la diffusione di queste notizie false. Il rischio che persone spregiudicate o addirittura delle agenzie estere possano manipolare l’atteggiamento delle persone è molto elevato.

Le notizie sul COVID-19 dovrebbero essere fornite solo da fonti ufficiali scientifiche e da personale specializzato abituato a trattare con i media.

Le fake news alimentano l'aggressività e gli scontri "politici"

A prescindere dall'ideologia di riferimento assistiamo, soprattutto sui social, ad un atteggiamento aggressivo nei confronti dell'avversario politico. Una ricerca pubblicata sul *Journal of Personality and Social Psychology* ha indagato le potenziali cause che alimentano un atteggiamento violento nei contesti politici. Da questa analisi emerge che tutti coloro che sono attratti dagli sport "estremi", che sono alla ricerca costante di un significato da dare alla propria esistenza e sono, in generale, affascinati dall'avventura tendono ad esprimere un atteggiamento aggressivo nella politica. Gli psicologi hanno scoperto che proprio le persone che avevano un costante bisogno di eccitazione e di attivazione tendevano anche a sostenere, con maggiore probabilità, i gruppi estremisti e le posizioni "violente" in politica al netto dell'ideologia di riferimento (destra o sinistra). Tale atteggiamento emerge con una maggiore frequenza negli adolescenti e nei giovani adulti che tendono, di conseguenza, ad aderire con maggiore facilità alle idee proposte dai movimenti estremisti sia politici che religiosi. Secondo la psicologa sociale Birga Schumpe in alcuni gruppi sociali la presenza di un forte ideale "politico" tende anche a giustificare l'uso di metodi "violenti" (sia verbali che "fisici") e tale atteggiamento, se correlato con la necessità di dare senso alla propria esistenza, può produrre un ulteriore fattore di rischio di esplosioni rabbiose e violente. Gli interventi mirati a ridurre l'impatto delle posizioni estremiste dovrebbero essere rivolti ad aiutare le persone a dare senso alla propria esistenza non limitandosi a un confronto "dialettico" che potrebbe, per paradosso, amplificare ulteriormente il livello di conflittualità.

Le fake news generano falsi ricordi nelle persone

Le notizie false possono generare nelle persone dei falsi ricordi soprattutto se la narrazione risulta coerente con le loro credenze politiche. È quanto emerge da una ricerca che ha coinvolto oltre 3000 elettori irlandesi

prima del referendum del 2018 sulla legalizzazione dell'aborto.

Gli psicologi hanno presentato ad ogni soggetto sei rapporti giornalistici due dei quali erano completamente inventati. Le due fake news raccontavano del comportamento disonesto di un leader e differivano solo per un particolare: in un caso l'esponente politico era a favore dell'aborto mentre nell'altro era contrario.

Circa il 50% del campione ha riferito di ricordare perfettamente la notizia mentre circa un terzo ha aggiunto dei particolari non presenti nella "fake news". Da questa ricerca risulta che le persone tendono a ricordare più facilmente le notizie false che coinvolgono i loro avversari politici piuttosto che quelle vere.

Questo studio evidenzia come, durante una campagna elettorale, sia possibile manipolare le persone rafforzando le convinzioni politiche soprattutto attraverso l'uso di "fake news". È possibile ridurre, ma solo parzialmente, questo effetto informando le persone sulle dinamiche legate alla disinformazione ma l'impatto sui falsi ricordi rimane comunque piuttosto elevato.

In pratica gli elettori non solo tendono a credere alle "fake news", ma arrivano ad aggiungere dei particolari inesistenti alla notizia e soprattutto a generare dei "falsi ricordi". Con la diffusione dei social questo aspetto "persuasivo" ha semplicemente subito un'accelerazione dato che, questo fenomeno, era già stato rilevato in passato anche con i media tradizionali.

Lo scontro tra "scienziati"

Rappresentare un concetto astratto come "il metodo scientifico" è molto complesso, ne consegue che tutti noi preferiamo far riferimento a un personaggio pubblico a cui attribuire una serie di caratteristiche "stereotipate". Un grande classico è la rappresentazione iconografica di Einstein che è divenuto anche il protagonista di un recente spot televisivo. Questo approccio alla scienza trasforma poi il dibattito in una sorta di derby tra due tifoserie. Uno scontro che ci riporta all'*ipse dixit* e ad una visione dogmatica ed ascientifica. Paradossalmente oggi l'umanità ha a disposizione il più potente mezzo di comunicazione di sempre ed ognuno di noi potrebbe in pochi minuti comprendere se quanto viene affermato da una data fonte è sostenuto o meno sul piano scientifico. Purtroppo la nostra mente

desiderosa di risparmiare risorse cognitive ed emozionali viene sempre attratta dalla risposta più semplice o peggio ancora da quella che ci pare più credibile. Peccato che la Natura sia ricca di spiegazioni contro-intuitive. Ad esempio, credere ad un Premio Nobel è un atteggiamento pericoloso dato che non dobbiamo fare affidamento tanto sulla persona quanto sulle ricerche scientifiche pubblicate. Anche i Professori, i Nobel commettono errori o perdono la loro verve scientifica, si ammalano o vanno incontro a problemi emozionali. L'effetto alone di citare un Premio Nobel produce un sicuro fascino a livello mediatico ma oscura nuovamente il pensiero scientifico. Ma cosa accade nella mente di una persona quando ha abbracciato l'idea che il COVID-19 sia il prodotto nella "perfida mente" di Bill Gates e diffuso attraverso il 5G? E che cosa accade quando questa persona ha esposto le sue posizioni sui social? È abbastanza prevedibile che manterrà una posizione sempre più radicale e assolutista. Osserviamo questi fenomeni in tanti ambiti. Un caso noto riguarda i fumatori i quali conoscono benissimo ormai i danni che la sigaretta può provocare sulla salute (è scritto persino sui pacchetti) ma ricorrono, ovviamente in modo inconsapevole, ad un meccanismo ben noto a noi psicologi ovvero la "dissonanza cognitiva". Tutti coloro che fumano quando lo fanno pensano più o meno quanto segue: "Il mio vicino di casa è vissuto fino a 90 anni e fumava un pacchetto al giorno!", "Ci sono vizi più dannosi del fumo!" oppure un grande classico "Di qualcosa bisogna pur morire!". Tutti pensieri che però incideranno direttamente sulla loro salute provocando una momentanea serenità ma aprendo la strada a problemi seri per il futuro. Anche nel caso dell'attuale pandemia di COVID-19 possiamo osservare l'emergere di diversi atteggiamenti. È probabile che una persona che abbia sempre mantenuto una posizione radicale di contrasto verso i vaccini non possa che amplificare questo atteggiamento paradossalmente proprio oggi durante la pandemia. È possibile quindi che un "no-vax" vada alla ricerca attiva di informazioni che possano valorizzare la sua posizione e che, almeno pubblicamente, mantenga questo tipo di atteggiamento. Ad esempio uno dei classici modi per ridurre l'impatto psicologico del COVID-19 è quello di comparare le morti da Coronavirus con altre situazioni (ad esempio incidenti stradali). Ma si tratta di un grave e fazzo errore metodologico che potrebbe ridurre il grado di attenzione delle persone e promuovere comportamenti a rischio. Per questa ragione la comunicazione scientifica rischia di essere poco ascoltata o addirittura

evitata soprattutto da questo cluster di persone. Esistono anche qui delle precise strategie per informare correttamente la cittadinanza durante una qualsiasi emergenza e ci sono anche indicazioni utili per aiutare i bambini a gestire la componente emozionale. Applicando quanto emerge dalla psicologia del marketing si potrebbe tranquillamente affrontare questo fenomeno strutturando una corretta campagna pubblicitaria che tenga conto dei meccanismi cognitivi ed emozionali che caratterizzano ogni consumatore in quanto essere umano. Un altro dato interessante da sottolineare è come, durante le emergenze, possano comparire delle logiche che non seguono i percorsi causali e lineari a cui la nostra mente è abituata. Un sistema complesso può quindi subire degli effetti inaspettati e collassare rapidamente. Prepararsi alle emergenze significa investire durante i periodi tranquilli nella formazione e nelle nuove tecnologie. L'improvvisazione, la disorganizzazione e la superficialità sono il peggior nemico perché non permettono di agire in modo efficace ed efficiente.

Perché le fake news funzionano?

Il passaparola avviene utilizzando reti amicali dirette e quindi viene mediato attraverso persone di nostra fiducia o che stimiamo. Raramente ci fermiamo a riflettere sulla veridicità di una notizia se viene veicolata attraverso la nostra rete di conoscenze e se risulta credibile (ad esempio seguendo alcuni stereotipi o alimentando i nostri pregiudizi). Ovviamente con l'avvento dei social network la velocità di diffusione di tali contenuti è praticamente immediata. Per costruire una "fake news" efficace è sufficiente far leva su alcune paure e visioni stereotipate. Ed ecco qui dieci semplici consigli per non cadere vittima delle bufale nella vita e nel web.

1. Prima di condividere una notizia sui social verifica sempre che la fonte sia attendibile
2. Sviluppa un minimo di conoscenza scientifica, questo ti aiuterà a discriminare meglio le notizie palesemente false da quelle vere. Se ti sembra di aver compreso troppo velocemente o facilmente un concetto complesso fermati un attimo ad approfondire bene il tema.
3. Se un tuo amico pubblica una notizia, verifica comunque la

fonte.

4. Fai riferimento agli esperti. Evita di informarti solo attraverso il web, potresti illuderti abbastanza facilmente di aver acquisito una conoscenza approfondita su fenomeni complessi che richiedono anni e anni di studio.
5. Evita di dar credito al passa-parola. Dopo pochi passaggi un'informazione viene completamente stravolta.
6. La tua esperienza personale è importante, ma può essere parziale. Presta attenzione al tuo intuito soprattutto quando riguarda ambiti che non conosci. La mente è abile nel costruire correlazioni “illusorie” e portarti “fuori strada”.
7. I gruppi social e i forum sono strumenti importanti ma possono diffondere delle teorie prive di fondamento scientifico e le persone in rete possono rinforzare i loro stereotipi e pregiudizi.
8. Diffida dei professionisti che prendono posizioni “estreme” o al di fuori dalla comunità scientifica. La ricerca oggi è avanzata, viene portata avanti da team internazionali ed eventuali scoperte di rilievo sono pubblicate su riviste con elevato IF (impact factor). La figura poetica e magica del “ricercatore indipendente” è anacronistica.
9. I titoli enfatici sono creati ad hoc per stimolare la tua curiosità e per produrre un ritorno a chi pubblica la notizia. Verifica con attenzione il sito web a cui fa riferimento l'articolo.
10. Google si armonizza in base alle tue ricerche e alle tue preferenze. Apprendi come realizzare una ricerca sul web approfondita e non limitarti ai risultati forniti dalla prima pagina.

Come affrontare il tema della pandemia con i bambini?

La situazione lo sappiamo è complessa dato che il COVID-19, a differenza di una “banale influenza”, può produrre serie complicazioni ma soprattutto può mettere in crisi rapidamente un sistema sanitario come è accaduto in Italia e in altre nazioni. Ma che ruolo possono giocare i genitori? Proprio durante una situazione di emergenza sanitaria come questa il ruolo degli adulti può diventare un'occasione preziosa per aiutare i bambini a fronteggiare e a gestire le proprie paure. Se le notizie che

provengono dai media, ma soprattutto le fake news, rischiano di generare uno stato di tensione globale è fondamentale da parte degli adulti tenere un atteggiamento assertivo ed approfondire con cura quanto sta accadendo dalle fonti ufficiali evitando di diffondere teorie complottiste.

Che cosa devono fare gli adulti?

- I genitori, gli insegnanti ed in generale tutti coloro che si occupano dei bambini devono raccogliere con cura e calma le informazioni che provengono dalle fonti ufficiali. Apprendere come si può diffondere un virus e quali siano i comportamenti che si possono adottare nel quotidiano; infatti questo modo di agire è già utile per fornire un esempio concreto ai bambini. Se il livello di tensione in loro dovesse incrementarsi in modo rilevante interferendo, ad esempio, con il sonno potrebbe essere utile un supporto psicologico.
- È importante prestare attenzione al comportamento dei bambini e se dovessero esprimere anche in modo indiretto, ad esempio con un silenzio eccessivo o attraverso qualche “gioco” particolare, qualche preoccupazione non bisogna sottovalutarla o svalutarla. Nel caso in cui accadesse ciò è importante parlare in modo aperto e trasparente affrontando il discorso in funzione dell’età e della fase di sviluppo del bambino.
- È essenziale ascoltare i bambini e far esprimere loro le proprie emozioni e le proprie paure. Ricordatevi del vostro ruolo adulto nel modulare la dimensione emozionale e nel fornire loro un supporto sicuro.
- Condividete con loro i comportamenti da adottare durante la diffusione di un virus influenzale come lavarsi le mani con cura, starnutire sui “gomiti” ed in generale parlate di igiene spiegando, nel contempo, le motivazioni alla base di questi gesti. L’adulto deve, con il suo esempio, promuovere questo tipo di azioni.
- È importante evitare che i bambini siano vittime della disinformazione. Quindi bisogna approfondire con loro l’argomento, fate delle domande e condividete con loro le informazioni che avete raccolto dalle fonti ufficiali. Spesso i bambini, anche solo con il passa-parola tra di loro, rischiano di costruire scenari

inquietanti e di cui raramente parlano con gli adulti.

- Ricordate ai bambini che esiste la figura del medico e che questo è al lavoro insieme a tanti altri professionisti per affrontare il problema. Vostro figlio sicuramente avrà già avuto modo di conoscere un pediatra e poiché questo professionista al giorno d'oggi è una figura che in genere adotta un atteggiamento adeguato verso i bambini, sicuramente può apparire loro rassicurante.
- Se vostro figlio non chiede nulla di preciso ed appare sereno potete comunque utilizzare questo momento per parlare della prevenzione.
- I comportamenti da adottare per contrastare la diffusione del Coronavirus sono gli stessi che possiamo adottare per combattere altre patologie virali o batteriche. Come ad esempio il fatto di lavarsi bene le mani, di non condividere le bottigliette e di curare in generale l'igiene personale.
- Non limitatevi a questa dimensione ma parlate in generale delle buone abitudini relative alla salute (ad esempio giocare, fare sport, adottare una corretta alimentazione).

È chiaro che le persone giocano un ruolo fondamentale per gestire un'emergenza sanitaria di questo tipo. Ma è importante sottolineare come non solo in questo caso, ma in tante situazioni impreviste è fondamentale che gli adulti imparino ad adottare un atteggiamento corretto di fronte alle emergenze (ad es. disastri naturali, terrorismo...). La prevenzione è fondamentale e deve essere curata prima che si presentino situazioni di emergenza.

Quali regole seguire per comunicare in modo efficace durante un'emergenza?

Il nostro paese dovrà purtroppo attraversare altre emergenze, alcune saranno di portata globale mentre altre probabilmente coinvolgeranno alcune zone specifiche dell'Italia. Purtroppo viviamo in un contesto fragile dal punto di vista geologico e inoltre in alcune zone il rischio vulcanico è particolarmente elevato. Un approccio fatalista o burocratico oltre ad

incrementare il caos e la sofferenza produce un dispendio importante di energie anche dal punto di vista economico. La politica quindi dovrà cambiare, se vorrà realmente essere vicina ai bisogni dei cittadini. Il concetto di “campagna elettorale continua” rischia di soffocare l’azione politica ad un mero tentativo di rincorrere i consensi nel presente evitando così di affrontare le questioni importanti nel medio-lungo periodo. Serve un investimento nella prevenzione, nella comunicazione e nella gestione degli scenari complessi che inevitabilmente dovremo affrontare nel futuro. La comunicazione deve essere preparata con cura prima che si presentino le emergenze e il ruolo formativo della scuola è centrale per preparare i futuri cittadini a decodificare la bontà dei messaggi. Inoltre, l’essere umano è un soggetto “attivo” che deve essere coinvolto in questo processo di costruzione di significato. Vediamo in sintesi come dovrebbe essere gestita, in una situazione di emergenza, una comunicazione efficace verso il grande pubblico.

- La comunicazione deve essere tempestiva, semplice ed efficace.
- La comunicazione deve essere adatta in funzione del target specifico a cui si rivolge. Ad esempio un conto è parlare agli anziani ben altra cosa è rivolgersi agli adolescenti.
- Bisogna anticipare il diffondersi di teorie complottiste e di fake news aiutando le persone a riconoscere in modo autonomo una fonte autorevole.
- Le infografiche e i video sono più efficaci della comunicazione scritta o delle conferenze stampa.
- È fondamentale la coerenza tra quanto viene dichiarato e quanto viene realizzato nel concreto. Un decisore politico che indossa male una mascherina produce un impatto mediatico estremamente negativo.
- È importante lavorare, a livello di comunicazione, in modo preventivo partendo dalle scuole e diffondendo una cultura scientifica.
- Gli scienziati devono conoscere bene il medium che stanno utilizzando, curare non solo il linguaggio ma anche la comunicazione non verbale ed utilizzare, dove possibile, delle semplici metafore per riuscire così a raggiungere la gran parte della popolazione.
- Bisogna ricordare che alcune contromisure come i dispositivi

di protezione, per quanto possano apparire preoccupanti sul piano psicologico, fanno parte delle procedure standard da adottare per contenere la diffusione di un dato virus e quindi vanno accettate e condivise.

- La componente psicologica deve essere gestita in modo efficace anche per evitare che le persone mettano in atto comportamenti discriminatori o potenzialmente pericolosi.
- Bisogna evitare di alimentare lo stigma e il pregiudizio.
- Durante le emergenze è fondamentale avere a disposizione delle linee guida per comunicare in modo efficace e non si può improvvisare.
- In ogni comunicazione è necessario tener conto sia della componente emozionale che di quella cognitiva.
- È importante evitare di utilizzare locuzioni come “non bisogna aver paura” ma piuttosto è meglio ricorrere ad un linguaggio orientato in modo positivo.
- La paura è un’emozione normale ma deve essere contenuta e soprattutto gestita anche fornendo delle semplici indicazioni comportamentali.

Il COVID-19 ha messo rapidamente in crisi le nostre certezze, ha piegato rapidamente l’economia e ha messo sotto stress il sistema sanitario. Ha prodotto tanta sofferenza e un’enorme ondata di dolore che non svanirà facilmente. Siamo di fronte ad un’esperienza collettiva che sarà ricordata nei libri di storia. In questo momento è difficile avere una visione di insieme di quanto sia realmente accaduto, di quali siano stati gli errori, le sottovalutazioni e nel contempo, gli atti di dedizione e di coraggio di tante persone. Proprio per rendere giustizia a chi non c’è più è fondamentale poter imparare una lezione da quanto è accaduto, comprenderne le cause ed evitare la ricerca dei colpevoli. La prevenzione si basa sulla possibilità di analizzare a fondo quanto è accaduto per poter affrontare le emergenze del futuro. Bisogna anche ricordarsi che i sistemi complessi sono fragili e traggono in inganno l’essere umano. Un secondo prima appaiono stabili e sicuri ed un attimo dopo rischiano di collassare seguendo logiche “non casuali”. A livello evolutivo l’essere umano è portato a pensare in termini “ingenui”, a credere che il contesto sia stabile e difficilmente riesce a cogliere i “segnali deboli” che si celano nella realtà. Tutti questi fattori influenzano

pesantemente il processo decisionale e da qui hanno origine tanti errori. La psicologia offre una serie di strumenti importanti per far fronte a questi aspetti ed è probabile che nel futuro, insieme alle intelligenze artificiali, essa rappresenterà una delle discipline centrali per supportare le persone a comprendere e ad interpretare la realtà.

Bibliografia

- APA (American Psychological Association) (2020). Combating bias and stigma related to COVID-19. How to stop the xenophobia that's spreading along with the coronavirus. <https://www.apa.org/news/press/statements/combating-covid-19-bias.pdf>
- Bayham, J., & Fenichel, E. P. (2020). Impact of school closures for COVID-19 on the US health-care workforce and net mortality: a modelling study. *Lancet Public Health*, 5 (5), e271-e278. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(20\)30082-7](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(20)30082-7)
- Dubey, S., Biswas, P., Ghosh, R., Chatterjee, S., Dubey, M. J., Chatterjee, S., Lahiri, D., & Lavie, C. J. (2020). Psychosocial impact of COVID-19. *Diabetes & Metabolic Syndrome: Clinical Research & Reviews*, 14 (5), 779-788. <https://doi.org/10.1016/j.dsx.2020.05.035>
- Guan, Y., Deng, H., & Zhou, X. (2020). Understanding the impact of the COVID-19 pandemic on career development: insights from cultural psychology. *Journal of Vocational Behavior*, 119, 103438.
- Pakpour, A. H., & Griffiths, M. D. (2020). The fear of COVID-19 and its role in preventive behaviors. *Journal of Concurrent Disorders*, 2 (1), 58-63.
- Petty, R. E., & Cacioppo, J. T. (1986). *Communication and persuasion: central and peripheral routes to attitude change*. New York, NY: Springer-Verlag.
- Reynolds, D. L., Garay, J. R., Deamond, S. L., Moran, M. K., Gold, W. & Styra R. (2008). Understanding, compliance and psychological impact of the SARS quarantine experience. *Epidemiol Infect* 136 (7), 997-1007. [doi: 10.1017/S0950268807009156](https://doi.org/10.1017/S0950268807009156)
- Schumpe, B. M., Bélanger, J. J., Moyano, M., & Nisa, C. F. (2020). The role of sensation seeking in political violence: an extension of the significance quest theory. *Journal of Personality and Social Psychology*, 118 (4), 743-761. <https://doi.org/10.1037/pspp0000223>
- Vosoughi, S., Roy, D., & Aral, S. (2018). The spread of true and false news online. *Science*, 359 (6380), 1146-1151. [doi: 10.1126/science.aap9559](https://doi.org/10.1126/science.aap9559)
- Winerman, L. (2004). Fighting fire with psychology. In 9/11's wake, researchers across fields are drawing on behavioral science to better understand people's reactions during fire-emergency evacuations: an effort they hope will lead to safer buildings. *Monitor on Psychology*, 35 (8), 28.

L'emergenza Covid-19 vissuta e raccontata da un Prefetto

Pasquale Giofrè

Il 30 gennaio 2020, in seguito alla segnalazione da parte della Cina di un *cluster* di casi di polmonite nella città di Wuhan, l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha dichiarato emergenza di sanità pubblica di interesse internazionale l'epidemia di coronavirus in Cina.

Il giorno successivo il Governo italiano, tenuto conto del carattere particolarmente diffusivo dell'epidemia, ha proclamato lo stato di emergenza.

Sono partite, così, le prime misure di contenimento del contagio e l'Italia ha iniziato a muoversi ad una doppia velocità.

Mentre a Palazzo Chigi iniziava la predisposizione frenetica ed incessante della normativa emergenziale, il resto della popolazione rimaneva in uno stato di sospensione.

A tutti è stato chiesto un enorme sacrificio.

Le Istituzioni pubbliche, le Forze dell'Ordine, le Forze Armate e soprattutto tutti coloro che operano nel settore sanitario hanno lavorato, giorno dopo giorno, affrontando e gestendo un'emergenza senza precedenti che, ben presto, da sanitaria è diventata sociale ed economica e hanno consentito, tra molte difficoltà, al nostro Paese di non fermarsi e di andare avanti, sia pure funzionando a velocità ridotta.

All'intera comunità nazionale, tuttavia, è stato assegnato il ruolo più difficile nella lotta al virus. Incisa dalle restrizioni, impossibilitata a lavorare, ha atteso, con fiduciosa partecipazione, il superamento di ogni stretta.

E in questo scenario, inedito e complesso, la Prefettura è scesa in campo facendo appello alla sua vocazione “generalista”, ossia alla sua spiccata capacità di adattamento anche nella gestione di situazioni calamitose dalla portata straordinaria e, conseguentemente, nell’assolvimento di compiti nuovi, accorciando le distanze tra le Istituzioni e la popolazione e creando “un sistema” laddove era scoppiata un’emergenza.

Sembra alquanto prematuro tracciare un profilo, seppur breve, dell’agire prefettizio, essendo ancora in corso la gestione dell’emergenza epidemiologica. Pur nella continua mutevolezza delle disposizioni emanate per contenere la diffusione del contagio, tuttavia, è possibile enucleare alcuni punti essenziali attraverso cui definire, in questa contingenza, il ruolo prefettizio nella gestione della situazione di criticità.

Chiamata ad assicurare l’esecuzione delle misure, di volta in volta adottate dal Governo fin dall’inizio dell’epidemia, questa Prefettura ha operato seguendo precise direttrici comportamentali.

Con *rapidità decisionale, attraverso procedure snelle e nel pieno rispetto della legalità*, ha dato prova dell’importanza e dell’imprescindibilità di un istituto a “geometrie variabili”, in grado di calibrare il proprio intervento, nelle forme e nei contenuti, in base alle più diversificate e mutevoli contingenze, a costante garanzia della sicurezza dei cittadini.

L’emergenza sanitaria, più nel dettaglio, ha visto il Prefetto destreggiarsi in due diversi scenari, riconducibili alle corrispondenti **fasi** in cui è stato suddiviso il programma di intervento del Governo: un iniziale e rigoroso contenimento cui ha fatto seguito una successiva e graduale apertura.

Una costante comune ad entrambi i periodi è stata, comunque, quella di non perdere mai di vista la situazione degli Ospedali e delle strutture sanitarie, sia pubbliche che private, attentamente monitorate, con riunioni quasi quotidiane, al fine di garantire un tempestivo intervento ogni qual volta si sono manifestati indici sintomatici di una possibile saturazione.

Nella consapevolezza che il rischio epidemiologico non dipende soltanto dal valore attuale di replicazione del virus in un territorio circoscritto, infatti, nelle strategie messe in campo per la lotta al virus, è stato posto l’obiettivo costante di assicurare l’efficienza e la capacità di risposta del sistema sanitario regionale.

A tal proposito, questa Prefettura ha operato in totale coerenza con il principio di precauzione, come si richiede a tutti i pubblici poteri in con-

testi di emergenza sanitaria quale quello in atto, dovuta alla circolazione di un virus, sul cui comportamento non esistono ancora certezze nella stessa comunità scientifica, e, in via preventiva, ha mantenuto sempre alta l'attenzione sulla disponibilità di un numero di posti letto negli ospedali, in grado di fronteggiare le richieste di ricoveri dei malati Covid, anche di quelli più gravi.

Oltre agli aspetti strettamente sanitari, **in un primo momento**, la necessità impellente di contenere la diffusione del contagio ha imposto l'adozione di misure rigorose e restrittive, che hanno comportato la "chiusura" dell'intero Paese.

In una quiete quasi irrealistica, si è stagliato un desolato scenario urbano privato della sua consueta vivacità; una forzata desertificazione delle arterie viarie cittadine con serrande abbassate, vetrine spente e rarefazione dei mezzi di locomozione. Senza l'allegro vociare dei bambini, sono rimasti pochi volti in circolazione, resi quasi irriconoscibili dal travisamento protettivo. Tutti si sono rinchiusi dentro casa, in attesa della fine dell'epidemia.

In una fase così delicata, in cui limitazioni mai conosciute prima hanno rischiato di minare profondamente le libertà costituzionali su cui si fonda la nostra società, il Prefetto è sceso in campo a tutela della tenuta democratica della Nazione e a sostegno di una collettività colpita da un forte disagio sociale ed economico.

Facendosi interprete di una situazione tanto complessa, questa Prefettura, dal canto suo, si è impegnata in un'opera incessante di coordinamento, non solo delle Forze dell'Ordine, che hanno vigilato sull'osservanza delle prescrizioni poste a salvaguardia della salute pubblica, ma anche di tutti gli altri attori che hanno contribuito a contenere al massimo l'impatto delle nuove misure sulla vita quotidiana dei cittadini.

Ha accompagnato e indirizzato la comunità territoriale nel difficile cambiamento delineato dal Governo; ha supportato le amministrazioni comunali nelle manifestazioni più intime e dolorose di questa pandemia, come i divieti delle cerimonie funebri; ha monitorato, nel superiore interesse della salute pubblica, l'attuazione delle nuove misure prescritte dal Ministero della Salute per il contenimento della diffusione del contagio nei posti di lavoro rimasti operativi; ha ascoltato i bisogni rappresentati dalle associazioni di categoria ed è stata accanto ai lavoratori e alle loro famiglie.

La naturale attitudine al servizio della gente, propria della Prefettura,

ha promosso, ovunque, questa Istituzione quale autorevole punto di riferimento per la risoluzione dei problemi che hanno attanagliato soprattutto le fasce più deboli.

Nella provincia di Novara, in particolare, è stata prestata la massima attenzione agli anziani, da tutti riconosciuti come soggetti maggiormente esposti al rischio di ammalarsi. Per loro e, più in generale, per tutti i soggetti deboli costretti all'isolamento domestico per il rischio di contagio, in raccordo con le amministrazioni locali, sono stati predisposti diversi servizi ed iniziative, con il precipuo scopo di *abbattere il "confinamento sociale"* generato dalle misure di contenimento.

Gruppi di volontari, coordinati nelle proprie attività dagli Enti Istituzionali competenti sul territorio, hanno svolto opere meritorie di tipo socio-assistenziale, dalla spesa a domicilio alla consegna a casa dei farmaci, inserendosi in un sistema complessivo che ha contribuito ad arginare il rischio che dall'isolamento, specialmente quello di tipo psicologico, potessero scaturire gravi risvolti patologici, sfociando in epiloghi tristi ed irreparabili.

Questa Prefettura, quindi, ha vigilato affinché il contatto umano, indispensabile per attenuare la drasticità delle misure, seppur fugace, potesse essere garantito nel rispetto delle regole e senza mettere a rischio la salute dell'intera collettività.

Senza mai indietreggiare, anche quando l'impegno era già massimo, ha svolto gli ulteriori compiti che il Governo ha ritagliato in settori avulsi da quelli di ordinaria competenza.

Ai Prefetti, infatti, è stato conferito il delicato potere di inibire lo svolgimento delle attività produttive non essenziali, assicurando che venisse rispettato, in concreto, il bilanciamento di interessi tra la libertà dell'iniziativa economica e il diritto alla salute operato a monte dalla normativa emergenziale.

E mentre ricercavano, in un continuo coordinamento di positive sinergie, le soluzioni che hanno poi garantito l'attuazione delle misure di contenimento, si sono contemporaneamente mossi in direzione di un graduale ritorno alla normalità.

La seconda fase, infatti, ha visto un progressivo allentamento delle misure, anche in questa provincia, e un drastico cambiamento dei precedenti schemi.

Ma affinché la ripresa economica e sociale potesse davvero essere realizzata, nell'approssimarsi della cd. "fase 2", lo Stato si è appellato ancora una

volta alla duttilità dell'istituzione prefettizia affinché garantissero le condizioni necessarie per la realizzazione del progetto, vigilando sull'esatta esecuzione delle nuove disposizioni emanate per rimpinguare il tessuto economico e sociale del Paese, profondamente inciso dalla diffusione del virus.

In costante raccordo con le Forze dell'Ordine, quindi, la riprogrammazione dell'attività delle filiere produttive e distributive di questa provincia, è passata dalle stanze sempre più virtuali e digitalizzate della Prefettura.

La delicatezza e la complessità di tale fase, caratterizzata da un evidente *deficit* di liquidità e dal conseguente afflusso di ingenti finanziamenti pubblici, sia nazionali che europei, ha fatto sì che si potesse profilare all'orizzonte un'indubbia opportunità di arricchimento per la criminalità organizzata e ha reso necessario il ricorso agli strumenti di analisi propri delle Prefetture per garantire che il rispetto della legalità non si traducesse in un rallentamento delle procedure di accesso al credito, con grave danno degli operatori economici e delle fasce sociali maggiormente esposte in questo contesto.

Partendo dal presupposto che legalità e sviluppo non sono un ossimoro ma un connubio avvinto da un inestricabile nesso di presupposizione, è stata valorizzata un' incisiva azione di *intelligence* che, sfruttando ogni evidenza di natura info-investigativa e le capacità di analisi dei contesti e dei fenomeni criminali propria delle forze di polizia, ha mirato ad intercettare i ccdd. "reati spia", da sempre fattori sintomatici di alterazione del mercato, di inquinamento del tessuto economico e di condizionamento dei processi decisionali pubblici.

Nel contesto così descritto, i Prefetti hanno, quindi, operato, in via preventiva e prodromica rispetto all'effettivo inizio della fase 2, monitorando il territorio allo scopo precipuo di evitare che la ripresa possa essere inficiata da pericolose forme di disgregazione sociale e di sfaldamento dei settori produttivi.

E così, da un lato, è stato attivato un dialogo con gli enti territoriali competenti, finalizzato a promuovere l'adozione e il rafforzamento delle misure di assistenza e solidarietà a vantaggio delle fasce di cittadini con maggiori difficoltà; dall'altro, è stata programmata una serie di incontri con i rappresentanti delle Forze dell'Ordine, del sistema finanziario e creditizio e dell'INPS per monitorare l'accesso da parte delle imprese e degli operatori economici alle forme agevolate di credito, garantendone la cele-

rità e la semplificazione quali presupposti indefettibili per la prevenzione di possibili fenomeni usurari ed estorsivi.

Sul substrato così impostato, si è inserita, infine, la nuova disciplina dettata dal D.P.C.M. del 26 aprile, che a partire dal 4 maggio, ha dato il via alla **fase 2**, univocamente finalizzata a consolidare i risultati sin qui ottenuti nella lotta al virus, regolando la riapertura delle attività produttive e il loro svolgimento nel pieno rispetto della salvaguardia della salute pubblica.

Al fine di superare ogni contrapposizione tra sicurezza, salute e lavoro, in capo ai Prefetti è stato rimesso un preciso sistema di controlli teso a verificare la puntuale osservanza delle prescrizioni poste a presidio della sicurezza dei lavoratori e ad assicurare adeguati livelli di protezione negli ambienti di lavoro, anche attraverso il concorso delle altre Istituzioni competenti, in un clima responsabile di leale collaborazione.

È stato ridisegnato il modo di essere di un Paese intero, quindi, a partire dal lavoro e dalle forme di comunicazione.

È cambiato davvero tutto e il Prefetto si è adattato ancora.

Cura aspetti inediti della realtà territoriale, con schemi operativi flessibili. Interpella nuovi interlocutori e li coordina tutti in tavoli virtuali, in cui si affievoliscono, fino ad annullarsi del tutto, i contatti personali a favore di un dialogo che passa attraverso lo schermo di un *computer*, in modalità da remoto.

Anche il lessico abitualmente usato ha risentito dei mutamenti in atti ed espressioni e termini nuovi sono entrati a far parte del linguaggio quotidiano della comunicazione prefettizia. “Distanziamento sociale”, pandemia, focolaio epidemico, quarantena, “soggetto asintomatico”, fattore R0, tamponi e test sierologici, *smart working* (cd. “lavoro agile”), *lock-down*, la *call conference*, ne rappresentano solo una piccola parte.

La graduale ripresa della vita sociale e delle attività economiche, che è conseguita al lavoro instancabile e scrupoloso della macchina statale, ha dimostrato che la collettività può fare affidamento sull’esistenza di un sistema che, nella morsa delle circostanze non ha arretrato, ma si è adattato, con coerenza, apportando risposte tempestive ed efficaci ai bisogni della popolazione.

E le Prefetture, Uffici Territoriali del Governo, hanno provveduto a tradurre, nell’accezione più classica del termine, nelle singole realtà locali l’attenta opera dello Stato, e si apprestano, ora, ad affrontare le nuove sfide che verranno poste loro fintanto che non si uscirà dall’emergenza sanitaria.

Il domani che verrà, ci scoprirà diversi.

Dopo le suggestive canzoni suonate sui balconi, lo sventolio delle bandiere, le immagini dei luoghi famosi d'Italia avvolti dal silenzio e i camici bianchi negli ospedali, il sovvertimento delle abitudini ha ormai introdotto un cambiamento, non solo negli stili di vita, ma anche nelle menti.

L'osservanza delle regole, la solidarietà, la capacità di saper rinunciare, la propensione diffusa al perseguimento del bene comune si sono inveterati nei comportamenti di ciascuno di noi e dovranno connotare l'habitus costituzionale del cittadino anche nel prossimo futuro, che è già iniziato nello scorso mese di giugno, con la "fase 3", cioè quella caratterizzata dalla fuoriuscita dal confinamento, dalla completa riattivazione di tutti i settori produttivi e dalla ripartenza del mondo dello spettacolo e dell'intrattenimento, con una maggior libertà di movimento verso l'estero.

Anche questa volta, il Prefetto non sarà mero spettatore, ma all'interno del suo ufficio, con una finestra aperta sul mondo circostante, monitorerà l'andamento della ripresa, assicurando una cornice di legalità e sicurezza non solo al mondo produttivo, consapevole che occorrerà convivere forzatamente ancora con la virulenza di un virus, che seppur attenuata, non è stata del tutto debellata.

I tempi di durata e le caratteristiche di questa fase non possono essere ancora definiti perché saranno inevitabilmente scanditi dall'evoluzione della crisi epidemiologica in atto, che potrebbe riaccendere nuovi focolai di contagio, in caso di comportamenti collettivi irresponsabili.

Sin d'ora, tuttavia, si può avvertire il bisogno che il completo riavvio di tutte le attività economiche-sociali non coincida con uno "sfrenato" ritorno alla normalità, come se nulla fosse successo.

È nostro preciso dovere imparare da quanto accaduto, trarne una lezione che induca tutti, sempre, a mantenere condotte non pregiudizievole, improntate al senso dell'inclusione sociale, alla vicinanza verso i più deboli e vulnerabili, alla distinzione tra ciò che è essenziale e ciò che non lo è.

Ci attende, quindi, un grande cambiamento che ammanti la nostra quotidianità di sobrietà e ci distolga dalla futilità, delineando una prospettiva di vita nuova, che, sebbene così duramente intaccata, saprà sprigionare le sue proverbiali energie al servizio dell'intera comunità nazionale.

Il problema dell'Ordine Pubblico nella surreale situazione pandemica

Rosanna Lavezzaro

Introduzione: una situazione complessa con la quale confrontarsi

Ci sono momenti nella vita che ti restano scolpiti addosso... per me sono stati l'assassinio di Giovanni Falcone il 23 maggio del 1992 e l'attacco al cuore degli Stati Uniti dell'11 settembre del 2001, momenti nei quali ricordi esattamente dov'eri e cosa stavi facendo. Il terzo sarà il momento nel quale è stato dichiarato il "lock down", il 9 marzo dell'anno in corso, una condizione con la quale nessuno avrebbe mai pensato di doversi confrontare e del tutto innaturale per una società aperta e "sociale" come la nostra.

È forse troppo presto per trarre conclusioni sugli effetti che questo momento avrà sulla nostra società, intesa nella più ampia accezione del termine, ma è bene cominciare a rifletterci.

Una domanda ricorrente che mi pongo è cosa rimarrà ai bambini, che amplificano ogni emozione, di tutta questa nuova condizione. Forse un senso di impotenza verso un nemico invisibile ed impalpabile, con il quale ormai dovremo mettere in conto tutti di confrontarci d'ora in avanti.

Ognuno di noi, qualunque ruolo ricopra nella nostra società, si è dovuto confrontare con *una realtà drammatica e surreale*, la cui portata non è ancora nemmeno pienamente immaginabile in questo momento. Sono

state compiute scelte, prese decisioni ed assunte responsabilità in pochissimo tempo, dettate da esigenze sanitarie in parte sconosciute perfino all'ambiente scientifico. Un nemico impietoso che, con una "virulenza" inaudita, ha stravolto le nostre vite, frantumato le nostre certezze, ridisegnando una quotidianità connotata da ansia, incertezza e fragilità.

Il personale medico e sanitario più in generale ha pagato il prezzo più alto, in termini di vite umane e di sofferenza emotiva, per aver dovuto confrontarsi con una pandemia improvvisa e, in alcune realtà, prendere decisioni per le quali non si è mai preparati e che rischiano di lasciare segni indelebili nelle coscienze. Insomma un bagno di sangue emotivo.

Il rispetto delle regole, presupposto imprescindibile per qualsiasi convivenza civile, è diventato di palmare evidenza, rappresentando il punto nodale per la tutela dell'intera collettività. Solo uno scrupoloso e rigoroso codice di comportamento personale ha consentito il superamento della fase critica della pandemia, nella consapevolezza che l'attenzione e la responsabilità di ciascuno proteggono l'intera comunità.

Si è trattato di regole straordinarie, che hanno inciso su diritti fondamentali finora ritenuti inviolabili – in particolare quello di riunione e di movimento –, per la cui osservanza non sono stati concessi poteri straordinari al Governo. Il delicato discrimine tra una valutazione di assoluta necessità ed urgenza a tutela della salute pubblica ha dovuto coniugarsi con libertà incompressibili, in quanto costituzionalmente garantite.

Questo ha reso ancora più articolata e complessa l'attività da parte delle Forze dell'Ordine, volta più alla persuasione ed alla prevenzione che alla repressione tout court.

Le forze dell'ordine sono state, infatti, chiamate a vigilare sull'osservanza di queste regole, dettate dalla necessità di un'autoprotezione, indispensabile per una salvaguardia comune. In questo contesto, un atto irresponsabile avrebbe infatti potuto avere ricadute nefaste sul prossimo e diventare dunque doppiamente colpevole e censurabile.

In questo particolare scenario, il concetto giuridico che la responsabilità penale è sempre personale si aggrava nel considerare che un comportamento "illecito" questa volta avrà ricadute ben maggiori ed andrà ben oltre il personale coinvolgimento dell'autore. *Si protegge se stessi per proteggere gli altri.*

Si è trattato di un test particolarmente difficile per le Forze dell'Ordine che hanno dovuto muoversi su un terreno piuttosto scivoloso, un

discrimine molto labile tra ciò che era permesso e ciò che era invece vietato, esercitando un grande potere discrezionale. Solo il buon senso ed un grande senso di equilibrio hanno ispirato l'operato delle Forze dell'Ordine, nella consapevolezza che la logica sanzionatoria, sebbene necessaria, fosse l'estrema ratio.

Lo spirito di servizio alla collettività e la vocazione al soccorso pubblico hanno indirizzato l'operato delle Forze dell'Ordine prioritariamente verso *un'azione di convincimento e persuasione sull'assoluta necessità del rispetto delle regole*. Va da sé che nessuna azione risulta efficace senza la previsione di una conseguenza sanzionatoria, cui ricorrere però in ultima analisi. Non abbiamo perso di vista l'eccezionalità della situazione che il mondo intero si è trovato a fronteggiare e lo sgomento nel dover cambiare e riorganizzare improvvisamente e radicalmente le nostre vite familiari e professionali.

Ricordo spesso a me stessa ed ai miei collaboratori la considerazione del grande educatore Don Milani, il quale usava dire che “non esiste ingiustizia più grande che trattare in modo uguale situazioni diverse”. Ad una lettura disattenta potrebbe sembrare una contraddizione rispetto alla celebre frase che si ritrova in ogni aula di giustizia “La legge è uguale per tutti”, ma è l'esatto contrario. Si tratta, invece, della ricerca di *una giustizia sostanziale* che a volte potrebbe apparire in contraddizione con *una giustizia formale*.

Brevi cenni sul concetto e sulla gestione dell'Ordine Pubblico

L'ordine pubblico rappresenta un concetto estremamente sfumato ed attiene alla gestione di tutte quelle regole che stanno alla base di una serena convivenza civile, nella quale deve essere garantito il pieno esercizio di tutte le libertà previste dalla nostra Costituzione.

In passato si trattava di un complesso di regole che costituivano la sintesi del patrimonio di conoscenza ed esperienza professionale maturato fino ad allora e che ancora, in parte, tuttora orientano l'attività degli uffici e dei Reparti preposti ad assicurare la tutela dell'ordine pubblico. Ora sono state raccolte ed ordinate in norme che regolano la gestione dell'ordine pubblico, aspetto affascinante ma molto delicato della nostra attività.

Il quadro normativo che disciplina il sistema delle Autorità provinciali attribuisce al Prefetto il compito di attuare le scelte politico-amministrative, di determinare l'indirizzo generale, di delineare il disegno complessivo e gli obbiettivi necessari per garantire la tutela dell'ordine e della sicurezza pubblica.

Al Questore spetta invece il compito di attuare gli obbiettivi prefissati, dirigendo e coordinando le Forze di polizia a disposizione.

L'ordinanza è lo strumento essenziale di coordinamento tecnico di tutti i soggetti coinvolti nel dispositivo di ordine pubblico, attraverso il quale il Questore delinea la strategia operativa e pianifica i servizi.

Chiunque intenda organizzare una pubblica manifestazione deve presentare un preavviso all'ufficio di Gabinetto del Questore, ai sensi dell'articolo 38 del TULPS, indicando tutti gli elementi necessari per una corretta valutazione dell'iniziativa, fornendo un quadro completo e chiaro. Se non saranno ravvisate situazioni delicate o di pericolo, la manifestazione sarà regolarmente autorizzata. Al contrario, qualora si rilevassero criticità o aspetti poco chiari, la Digos, incaricata in via privilegiata di seguire gli aspetti legati all'ordine pubblico, prenderà contatti con il promotore per trovare un punto d'incontro. Al Questore è a quel punto consentita l'adozione di prescrizioni che dovranno essere rispettate dagli organizzatori, sempre nell'ottica di trovare il miglior equilibrio possibile tra il diritto di manifestare garantito dalla Costituzione e la tutela della pubblica sicurezza e dell'ordine pubblico. È altresì previsto da parte del Questore il divieto di manifestazione, qualora ci si trovi in presenza di presupposti che facciano presagire un pericolo grave e concreto per la pubblica sicurezza in caso di svolgimento dell'evento.

Fondamentale aspetto rappresenta la catena di comando, che deve essere molto chiara, lineare e diretta. Il dirigente dell'intero dispositivo di ordine pubblico sarà chiamato a dare attuazione operativa all'ordinanza del Questore, rappresentando tempestivamente ogni mutamento dello scenario ed ogni eventuale criticità.

Non esiste una formula per la gestione dell'ordine pubblico, e proprio questo rappresenta al tempo stesso il fascino e la difficoltà di confrontarsi su questo tema.

L'ordine pubblico è fatto di scelte e soprattutto di tempismo: la stessa decisione presa tre minuti dopo o cinque minuti prima cambierà radicalmente lo scenario operativo, incidendo direttamente sugli eventi.

Diventa fondamentale la capacità di interpretare un attimo prima le dinamiche della folla e questa capacità, a mio giudizio, è piuttosto innata, fatta di *intuito e sesto senso*. È chiaro che *l'esperienza* aiuterà a leggere più velocemente certi segnali ed a prevedere le mosse successive... ma le reazioni della folla sono prevedibili solo in parte. Molto dipenderà dalla capacità da parte delle Forze dell'Ordine di confrontarsi con una situazione non prevista o comunque improvvisa e che richiede risposte immediate. *La capacità di decidere e di non perdere lucidità* diventano necessarie per il buon esito del servizio.

La decisione che si assumerà porterà inevitabilmente alla prevalenza di alcuni aspetti su altri ed occorre essere ben consci delle critiche che inevitabilmente poveranno al termine del servizio. Rapidità decisionale, lucidità ed equilibrio saranno i fattori cui ispirarsi.

Tutto questo è vero per qualunque servizio di ordine pubblico mediamente complesso, senza dover necessariamente far riferimento a situazioni di estrema complessità, quali il G8 di Genova o i servizi predisposti per la tutela del cantiere TAV in Alta Val Susa, tanto per citare due situazioni in cui mi sono trovata professionalmente coinvolta.

A quanto detto finora occorre aggiungere l'importanza che riveste il contesto sociale, politico ed economico nel quale matura la manifestazione. Inutile negare che sono fattori determinanti e che impongono riflessioni molto approfondite.

Ogni manifestazione presenterà peculiarità che occorre conoscere in anticipo per affrontare responsabilmente il servizio di ordine pubblico e per tradurre in termini operativi efficaci le indicazioni ricevute. Sarà necessaria una puntuale attività informativa, da condividere in sede di Comitato per l'Ordine e la Sicurezza Pubblica presieduto dal Prefetto, a cui seguirà un "tavolo tecnico" presieduto dal Questore o dal Vicario del Questore per mettere a fuoco la pianificazione dell'intero dispositivo di ordine pubblico.

Un buon Questore però dovrà essere pronto a fidarsi pienamente del dirigente del dispositivo di ordine pubblico e soprattutto dovrà essere pronto a rivedere alcune posizioni qualora le condizioni lo richiedessero. Ho sempre pensato che cambiare opinione fosse prerogativa delle persone intelligenti.

È indubbio che deve sempre prevalere il rispetto delle norme, ma soprattutto la tutela della sicurezza e dell'ordine pubblico. Tanto più sarà

complicato lo scenario nel quale maturerà la manifestazione, tanto più potrebbe risultare complessa la gestione del servizio di ordine pubblico.

Conclusioni: uno sguardo sul futuro

È forse ancora presto per delineare lo scenario che ci troveremo a fronteggiare al termine di questa esperienza pandemica, che ha segnato indelebilmente le nostre esistenze presenti e future. Purtroppo molte pesanti ricadute in termini occupazionali e di crisi economica sembrano alquanto probabili e prevedibili.

Sarà allora ancora più importante garantire una gestione delle eventuali proteste improntata al massimo equilibrio, avendo chiaro il dramma economico e sociale che alcune categorie di cittadini o lavoratori si troveranno a vivere. La capacità di calarsi nella condizione altrui e di sviluppare quel *grado di empatia* necessario per essere lettori attenti delle dinamiche sociali faranno la differenza tra una direzione illuminata del servizio di ordine pubblico od una gestione troppo rigida.

Trattandosi di uno scenario totalmente nuovo, sarà fondamentale intercettare le capacità di infiltrazione della criminalità organizzata comune e di stampo mafioso, le quali potrebbero avere gioco facile in un contesto economico particolarmente compromesso. Analogamente occorrerà limitare la capacità dei “professionisti del disordine” di creare tensioni in un tessuto sociale che potrebbe essere particolarmente ricettivo, in quanto in estremo affanno. Lo Stato dovrà non abdicare a nessuno dei suoi compiti e non disattendere le legittime aspettative dei cittadini. Se così non fosse, il prezzo da pagare potrebbe essere altissimo e, conseguentemente, lasciare spazio a malavitosi e facinorosi della peggior specie.

Siamo ben consapevoli della delicatezza del nostro ruolo. Molta attenzione è stata già dimostrata dal Dipartimento di Pubblica Sicurezza, tanto che su questi temi è già iniziata una fase di attento approfondimento sullo scenario futuro. Si è già all’opera per farci trovare il più preparati possibile all’appuntamento, dotati di tutti quegli strumenti necessari a far sì che la risposta sia autorevole ed equilibrata.

Saremo la prima risposta dello Stato al cittadino e non ci sarà consentito fallire.

Emergenza vuol dire che qualcosa di diverso e sconvolgente entra a perturbare un sistema consolidato seppur instabile e vulnerabile; resilienza è la risposta - o meglio, una delle risposte, la più idonea e adeguata - a fronteggiare l'emergenza. Di fronte ad un pericolo, si tratta di capire cosa accade e di attivarsi per "gestire" l'accadimento.

L'insieme costituito da SARS-CoV-2 e CoViD-19 è un problema complesso: pertanto richiede soluzioni complesse, fra le quali quella dell'approccio multidisciplinare.

Il presente libro risulta articolato in quattro sezioni: psicologica, medico-sanitaria, sociale, sicurezza del territorio. Una task force di quarantanove esperti (di taglio internazionale: Italia, Spagna, Svizzera, USA) ha prodotto idee e azioni, indagini e interventi, dando vita ad un lavoro incentrato su multidisciplinarietà e sinergia, in linea con il progetto di armonizzare la conoscenza con la pratica, in accordo con il modello del "ricercatore professionista - scienziato praticante". Quella contro il nuovo coronavirus è una dura lotta. Occorre sopravvivere, far fronte, adattarsi, e in più "resistere", nonché "cambiare dentro", in modo attivo, reattivo, proattivo, dinamico, creativo, con un atteggiamento fortemente psico-socio-culturale. Occorre una innovativa forma mentis al tempo stesso coraggiosa e prudente, anche per gestire le enormi e pesanti conseguenze sanitarie, economiche, sociali, organizzative e politiche derivate da una nuova pandemia che, per essere arginata, va innanzitutto studiata e compresa.

Un lavoro paziente ed efficace, un ottimismo razionale ed equilibrato, una speranza misurata e realistica: ecco gli strumenti per gestire la grande sfida, la grande crisi da trasformare in opportunità.

Pertanto, la resilienza è, in particolare, la capacità psicologica di affrontare i traumi della vita, di superarli e di uscirne rinforzati e addirittura trasformati positivamente.

Luciano Peirone è Psicologo Psicoterapeuta, già Professore a Contratto alle Università di Chieti-Pescara e Brescia. Appare, quale autore o membro del comitato editoriale, in trenta riviste specialistiche. Ha firmato (da solo o in collaborazione) più di venti libri - fra i quali *Il sole della sera*; *Anoressia rabbiosa*; *Vivere e valorizzare il tempo*; *Il Training Autogeno*; *La vita ai tempi del terrorismo* - nonché più di quattrocento fra articoli/capitoli/note di tipo scientifico e scritti divulgativi.