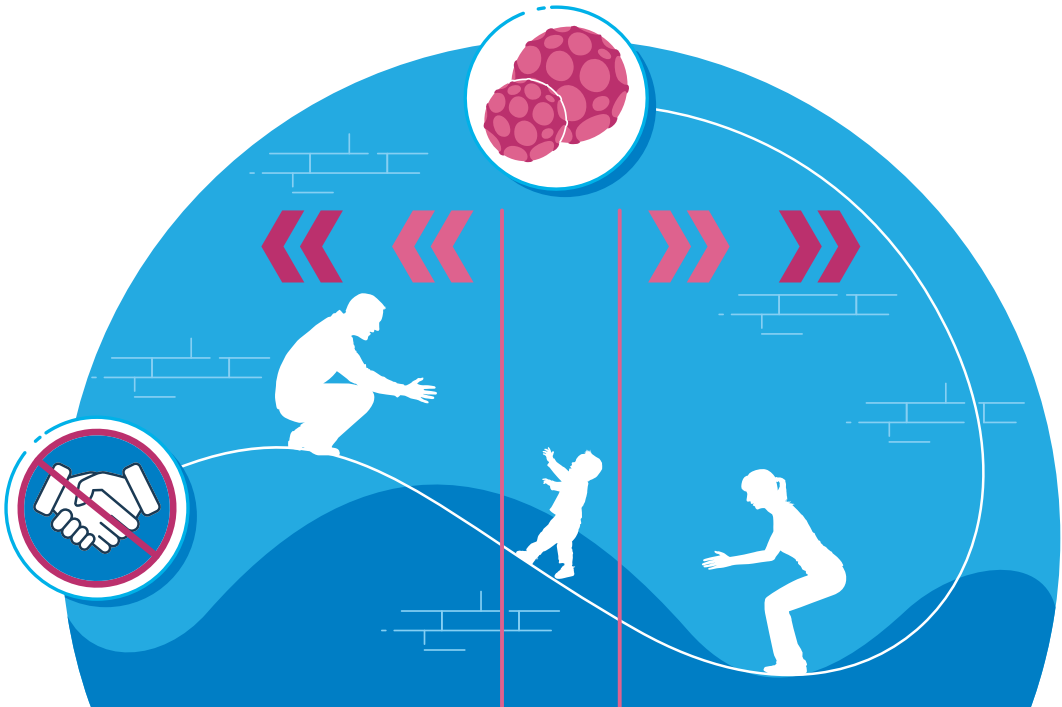
Rivista
dell'Ordine
Psicologi
della Regione
Marche

psicoin

anno XIV
numero 1 e 2
2020

OPM
Ordine Psicologi delle Marche

Katia Marilungo
Federica Guercio
Roberto Ferri
Giulia Dionisi
Maria Teresa Mastrostefano
Federica Rubicondo
Pamela Smania
Rossella Tedeschi
Silvia Torretta
Dorotea Ricci
Fabiola Sperandini
Rosalba Zannini
Filiberto Di Prospero
Clizia Pugliè
Margherita Patrignani
Francesca Carubbi
Stefano Mori
Alessandro Suardi
Federica Morganti



psicoin
Rivista dell'Ordine Psicologi
della Regione Marche

Direttrice Responsabile
Katia Marilungo

Comitato Editoriale
Federica Guercio
Coordinatrice comitato editoriale

Katia Marilungo
Aquilino Calce
Ketti Chiappa
Ilenia Marinelli
Valentina Strippoli

Impaginazione:
Tipolitografia Emmepiesse snc - Ancona

Registrazione
Registrato il 19.06.2000
Presso il Tribunale di Ancona
con il n. 8/2000

Periodicità
Semestrale

Recapiti
Redazione
Ordine Psicologi della Regione Marche
Via Calatafimi 1 - 60121 - Ancona
info@ordinepsicologimarche.it

Per conoscere le norme redazionali
consultare il sito internet
www.ordinepsicologimarche.it

ISSN 2039-4101

Indice

Indice 3

La pagina della Presidente 5
Katia Marilungo

Editoriale 7
Federica Guercio
Coordinatrice Comitato Editoriale,
Ordine Psicologi della Regione Marche

L'intervento psicologico durante l'emergenza COVID-19 9
Roberto Ferri
Psicologo, Presidente Nazionale Sipem SoS Federazione

Stare con le emozioni nell'emergenza: uno sguardo al professionista che si accinge o si trova a lavorare in emergenza 12
Giulia Dionisi
Psicologa, specializzanda in Psicoterapia Psicoanalitica Referente regionale S.eP., Servizio Psicosociale, per Croce Rossa Marche

Chiamata in emergenza: sono pronto? Quando arrivo sullo scenario di un'emergenza effettiva, sono pronto? 16
Maria Teresa Mastrostefano
Psicologa psicoterapeuta
Federica Rubicondo
Psicologa psicoterapeuta
Pamela Smania
Psicologa psicoterapeuta
Rossella Tedeschi
Psicologa
Silvia Torretta
Psicologa

Il protocollo "CISM-Critical Incident Stress Management" 26
Dorotea Ricci
Psicologa, psicoterapeuta, referente per il Team Psico-Sociale ARES

L'impatto dell'emergenza Covid-19 sulla persona con disabilità: analisi di una esperienza 32
Fabiola Sperandini
Psicologa, psicoterapeuta, ipnoterapeuta

Distorsione della percezione temporale negli operatori sanitari impegnati contro SARS CoV-2 e ricadute su vissuto e performance individuale 40
Rosalba Zannini
Psicologa psicoterapeuta, Dirigente-Psicoterapeuta Consultorio Civitanova Marche Area Vasta 3 ASUR Marche
Filiberto Di Prospero
Direttore FF UOC Ginecologia Ostetricia, Ospedale di Civitanova Marche, Area Vasta 3 ASUR Marche

La promozione della salute: il ruolo degli psicologi 47
Clizia Pugliè
Psicologa, psicoterapeuta

Lo smart working dello psicologo tra le mura domestiche e la tutela del paziente 52
Margherita Patrignani
Avvocatessa Consulente Ordine Psicologi Marche

Per un incontro da donna a donna: il setting terapeutico rogersiano come "una stanza tutta per sé" 55
Francesca Carubbi
Psicologa e psicoterapeuta rogersiana

"Con la testa e con il cuore": un progetto psico-fisioterapia 62
Stefano Mori
Psicologo-psicoterapeuta cognitivo-comportamentale

Il ruolo dello psicologo nel trattamento dei DSA: non solo software 64
Alessandro Suardi
Psicologo Psicoterapeuta, Referente BES e DSA Ordine Psicologi Marche, Membro del Comitato Tecnico Scientifico legislativo sui DSA – Regione Marche
Federica Morganti
Psicologa Psicoterapeuta

La pagina della Presidente

Katia Marilungo
Psicologa psicoterapeuta
Presidente Ordine Psicologi della Regione Marche

"L'importante è fare qualcosa del buio"

Cari colleghi e colleghe,
ci siamo lasciati alle spalle il 2020 con la citazione di augurio di Basaglia perché le difficoltà incontrate a livello professionale ed umano nell'ultimo anno hanno senza ombra di dubbio messo a dura prova ciascuno di noi. Tutti, nel proprio intimo, ci siamo ritrovati obbligati a ridefinirci e talvolta anche a reinventarci. Il lavoro che, come ordine professionale, abbiamo portato avanti con passione e impegno si è declinato in una duplice direzione: sono state organizzate numerose iniziative online, per la maggior parte legate all'emergenza coronavirus, cercando di rimanere sempre in contatto, nonostante le relazioni interpersonali siano inevitabile venute meno. E noi psicologi sappiamo bene quanto contatto e vicinanza siano invece aspetti imprescindibili di una sana vita sociale, nonché caratterizzanti il nostro lavoro e la visione del nostro ordine.
La seconda direzione perseguita ha cercato di dare voce alla promozione e alla ridefinizione della professione alla luce della crisi che sta attraversando l'Italia e che necessariamente ricade anche sulla professione dello psicologo, intercettando l'emergente richiesta di psicologia, nonché rafforzando il rapporto con le istituzioni.

I due numeri della rivista del 2020 rappresentano in parte proprio ciò che è accaduto nell'anno che ci siamo appena lasciati alle spalle, affrontando temi di interesse clinico senza trascurare quelli legati al Covid. Se dunque apparentemente alcuni articoli possano non sembrare in sintonia con gli altri, in realtà la rivista rappresenta in maniera emblematica quanto è successo nel 2020: un inizio anno con una programmazione che stavamo declinando con un indirizzo ben definito, inevitabilmente sconvolta dall'attualità, che ci ha costretti a rinunciare temporaneamente ai primitivi sogni e progetti.

Con la consapevolezza che stiamo tutti contribuendo ad illuminare il buio, mi sento di dire che possiamo sentirci tutti orgogliosi di quanto svolto con forza e determinazione durante l'ultimo anno con e per la nostra professione.



Editoriale

Federica Guercio
Psicologa psicoterapeuta
Consigliera segretaria, coordinatrice comitato editoriale, Ordine Psicologi della Regione Marche

Care lettrici e lettori in questi due numeri della rivista, i colleghi autori ci propongono esperienze teorico professionali che evidenziano il ruolo centrale che la psicologia riveste nella promozione del benessere e nella tenuta sociale in tempi critici.

Nei due numeri si assemblano lavori di due momenti storici diversi: un pre e un post pandemia separate da confini apparentemente molto netti.
"Una crisi senza precedenti", "il mondo è cambiato dopo la pandemia", "niente sarà più come prima", sono solo piccoli esempi di un linguaggio che spinge verso una separazione, che se da un lato potrà aiutare a lasciarci alle spalle un pezzo di tempo, quello appunto occupato dalla crisi pandemica; dall'altro spezza un legame e interrompe la continuità della nostra esistenza lasciandoci una prospettiva incerta e un senso di invulnerabilità sconcertante.
Se "nulla sarà più come prima" allora come sarà? Cosa dovremmo aspettarci? Il nostro lavoro, le relazioni sociali, gli affetti, la gestione del tempo e dello spazio? Come dovremo riscrivere la nostra storia? Gli Incontri e gli abbracci mancati, le aule virtuali, la ricreazione vissuta dalla propria camera.

Quale ruolo può avere la nostra professione nel ristrutturare o ricostruire il ponte che mantiene il legame e il senso di noi stessi?

Nella prima parte, tutta dedicata al lavoro degli psicologi durante la pandemia, gli articoli pervenuti gridano un bisogno di narrarsi e narrare ciò che è accaduto in questo anno, con il focus sulle tecniche e il metodo della psicologia dell'emergenza ma anche una profonda e rispettosa attenzione al mondo emotivo delle persone incontrate, dei sanitari coinvolti e delle categorie più fragili.
Ulteriori tematiche hanno affrontato il ruolo degli psicologi nella prevenzione e la promozione della salute "evidence based", e "proof of concept" e la tutela del paziente nello smart working dello psicologo, alcuni di questi argomenti inoltre sono stati proposti anche attraverso i webinar di OPM ACADEMY.,

Nella seconda parte, che in ordine di tempo rappresenta il pre-pandemia, leggiamo della psicoterapia al femminile e l'esplorazione del malessere pervasivo del "non amore"; del sostegno psicologico a pazienti in riabilitazione fisioterapica come presa in cura "delle emozioni disturbanti e dei pensieri disfunzionali" di

chi vive momento di ridotta capacità fisica. Ancora, il delicato ruolo dello psicologo nell'attivare e promuovere l'integrazione dei professionisti e attori coinvolti nel trattamento dei DSA.

Leggendo del tanto lavoro svolto, si evidenzia come la psicologia sfumi i confini netti, tra pre e post-pandemia, e sia in grado di mitigare, rielaborando il trauma collettivo ancora in corso, necessaria quindi come fosse il passe-partout di questo nuovo "stargate".

Buona lettura

L'intervento psicologico durante l'emergenza COVID-19

Roberto Ferri
Psicologo, Presidente Nazionale Sipem SoS Federazione

La psicologia dell'emergenza nasce nel nostro Paese nel 1999, con la costituzione della Società Italiana di Psicologia dell'Emergenza (SIPEM), prima Associazione di volontariato di psicologia dell'emergenza che dalla sua costituzione si è occupata di intervenire negli scenari emergenziali, a supporto della popolazione colpita dall'evento catastrofico e/o traumatico.

Appare chiaro, ormai, che l'assistenza di tipo psicologico nello scenario delle calamità e dei disastri appartiene all'organizzazione dei soccorsi di protezione civile così come previsto dalla normativa vigente che incardina le Associazioni di psicologia dell'emergenza nel volontariato professionale, altamente qualificato a supporto della attività di soccorso della protezione civile.

Una azione, quella degli psicologi dell'emergenza, in questo senso, prevista a sostegno delle strutture sanitarie nazionali e/o locali che, a causa della particolare gravità dell'evento che ha colpito quel particolare territorio, non riescono a supportare adeguatamente la popolazione colpita dall'emergenza.

Far parte di un complesso sistema di soccorso organizzato significa mettere a disposizione degli utenti un consistente numero di psicologi volontari che svolgono la loro attività, non in maniera volontaristica, svendendo, come purtroppo qualche volta si è letto in diversi social, la professione di psicologo, ma in forma sussidiaria, sotto forma di volontariato altamente qualificato, che, data l'importanza del lavoro svolto e riconosciuto dalle Istituzioni, non può, non portare, ad una diversa e più profonda considerazione del ruolo dello psicologo, a tutto vantaggio della categoria professionale.

La particolare vicinanza con la popolazione, con i numerosi soccorritori con i quali gli psicologi dell'emergenza interagiscono anche "in tempo di pace" nelle diverse attività formative ed esercitative organizzate dalla protezione civile, ha contribuito in modo sostanziale a sdoganare la psicologia chiusa negli studi professionali e/o nelle strutture sanitarie ed educative, dal pregiudizio che ancora purtroppo è presente nella nostra cultura sul ruolo dello psicologo.

Le metodologie di intervento utilizzate dagli psicologi dell'emergenza che in questi 20 anni si sono sempre più raffinate e standardizzate, consistono, principalmente, in attività immediate di pronto soccorso psicologico, non necessariamente di tipo clinico, finalizzate a condividere e normalizzare con i soggetti colpiti dall'evento le emozioni, i vissuti,

le paure per il presente e per il futuro; scopo principale dell'intervento è quello di consentire ai singoli e alle comunità di elaborare il trauma facendo leva sulle proprie risorse "resilienti" attraverso una serie di interventi di tipo psico-sociale, atti a ricostruire il tessuto sociale e le relazioni preesistenti all'evento.

Un intervento psicologico che ha i suoi capisaldi e la sua efficacia su quattro elementi che caratterizzano l'intervento dello psicologo dell'emergenza: l'immediatezza dell'intervento, la prossimità fisica con le persone ed i luoghi colpiti, la semplicità dell'intervento psicologico e la centratura dell'intervento sul "qui ed ora", fornendo prospettive di recupero e ripresa, possibili e non utopiche. (cfr. Pezzullo, 2001)

Un intervento, quello degli psicologi dell'emergenza, del tutto innovativo rispetto alle modalità di intervento tipiche dello psicologo, caratterizzate dall'assenza di setting strutturati, dalla capacità dello psicologo di essere flessibile anche ad interventi di supporto non usuali e nella comprensione, soprattutto, che le persone colpite dall'evento non sono pazienti bensì utenti e che non necessariamente per il fatto di aver subito un evento traumatizzato, svilupperanno automaticamente un disturbo post-traumatico.

Capacità di lettura del contesto in cui si opera, ascolto ed empatia, sono elementi essenziali che lo psicologo dell'emergenza deve possedere per poter essere di aiuto alla comunità colpita, avendo, nel contempo, anche un occhio attento ai bisogni dei soccorritori, considerati dalla psicologia dell'emergenza, vittime di terzo livello in una scala che va da un primo livello (le persone colpite direttamente dall'evento), ad un sesto livello (soggetti che potevano essere colpite dall'evento ma che per un caso fortuito non erano presenti nel luogo dell'evento).

Non è sufficiente, seppur necessario, aver partecipato a master di psicologia dell'emergenza o a Corsi su tale materia, ma bisogna possedere doti personali, umane e di adattamento anche molto difficili da sostenere in alcuni scenari particolarmente tragici, e ciò è talmente vero che, in realtà, psicologi dell'emergenza si diventa solo dopo che si è realmente sperimentato sul campo, gli insegnamenti e le nozioni che vengono fornite negli specifici master/corsi.

L'emergenza COVID-19 che ha visto impegnati gli psicologi dell'emergenza in prima linea su attivazione del Dipartimento Nazionale di Protezione Civile, ha rappresentato una nuova sfida, dovuta alle modalità di supporto che è stato fornito a distanza, attraverso strumenti informatici e/o telefonici, modalità, questa, che seppure prevista dalle linee guida del CNOP (aggiornate nel 2017) non erano mai state utilizzate in maniera così massiccia dalla comunità degli psicologi ed, in particolare dagli psicologi dell'emergenza che sono stati ancora una volta in prima linea in questa emergenza avendo fornito la propria prestazione volontaria a supporto di diversi Enti ed istituzioni nonché con il Ministero della Salute che si è espressamente rivolto agli psicologi dell'emergenza per rispondere alle prime istanza di sostegno attraverso il numero verde nazionale attivato negli ultimi giorni del mese di aprile e rivolto a tutta la popolazione.

Il supporto psicologico telefonico ha rappresentato una novità che ha presentato dei rischi (meglio delle limitazioni) ma anche un'occasione importante per evidenziarne le potenzialità e i possibili sviluppi futuri.

La limitazione più importante consiste proprio nel fatto che la mancanza di un

contatto diretto e personale con l'utente non consente di poter ricavare le importanti informazioni sullo stato emotivo dello stesso, non essendo possibile leggere e interpretare i segnali che derivano dalla c.d. "comunicazione non verbale", quali la mimica facciale, la postura, gli sguardi, ecc., elemento questo fondamentale in ogni colloquio psicologico in quanto sappiamo che la comunicazione non verbale è strettamente collegata alla espressione delle emozioni; per limitare gli effetti negativi di questa mancanza di un dato essenziale nella relazione è necessario che lo psicologo amplifichi la propria personale capacità di lettura della c.d. "comunicazione paraverbale" che è quella legata al tono della voce, alla velocità dell'eloquio, al ritmo dello stesso, ecc., nonché cercare di trarre maggiori informazioni possibili dalla comunicazione verbale.
Ed è proprio in questo senso che possiamo comprendere, viceversa, le potenzialità che tale strumento di contatto può avere in quanto, sentendosi particolarmente protetti da una situazione di particolare anonimato, gli utenti riescono a parlare del proprio stato d'animo, delle proprie ansie e paure, con maggiore facilità, senza remore; inoltre trattandosi di una situazione percepita come altamente protettiva e facilitante, anche persone che mai avrebbero pensato di rivolgersi ad uno psicologo hanno trovato la forza per farlo.

In conclusione, sta nella abilità e nelle competenze professionali dello psicologo riuscire a mettere sempre più a proprio agio l'interlocutore aiutandolo a sviluppare al meglio le proprie argomentazioni, attraverso un ascolto empatico e attento a comprenderne gli stati d'animo profondi, limitando il rischio di insorgenza di DPTS.
Trattandosi, infine, di un supporto temporalmente limitato fino al termine dell'emergenza, fondamentale è il continuo contatto con i servizi psicologici del territorio per consentire da parte degli stessi, una presa in carico dei soggetti più fragili e a rischio.

BIBLIOGRAFIA

Baiocco, Crea, Laghi, Provenzano (2004), *Il rischio psicosociale nelle professioni di* aiuto, Erickson Ed.,

Gardolo, Iacolino C. (2016), *Dall'emergenza alla normalità, Strategie e modelli di intervento nella psicologia dell'emergenza,* Franco Angeli Edizione, Milano

Gardolo, Zuliani A. (2007), *Manuale di Psicologia dell'Emergenza,* Maggioli Editore, Sant'Arcangelo di Romagna

Young, Ford,Ruzek, Friedman, Gusman (2002), *L'assistenza psicologica nelle emergenze,* Erickson Ed.,

Stare con le emozioni nell'emergenza: uno sguardo al professionista che si accinge o si trova a lavorare in emergenza

Giulia Dionisi
Psicologa, specializzanda in Psicoterapia Psicoanalitica Referente regionale S.eP., Servizio Psicosociale, per Croce Rossa Marche

Quanto alla bellezza della natura, essa ritorna, dopo la distruzione dell'inverno, nell'anno nuovo, e questo ritorno, in rapporto alla durata della nostra vita, lo si può dire un ritorno eterno [. . .]. Se un fiore fiorisce una sola notte, non perciò, la sua fioritura ci appare meno splendida".

Freud 1915 saggio Caducità



Dipinto Giampaolo Bellaspiga

La Psicologia dell'emergenza si occupa delle condizioni degli esseri umani come individui e comunità in situazioni critiche estreme. Tale disciplina prova a dare risposta ad esperienze non ordinarie che non possono essere trattate solo con il metodo clinico.

Una delle componenti fondamentali in ambito emergenziale, come in tutti i contesti di cura, è il poter prendersi carico dei sentimenti angoscianti, spaventosi ed anche infantili presenti senza esserne sopraffatti. Il professionista a sua volta ha a che fare con sentimenti di varia natura,

legati all'evento esterno e ai propri vissuti emotivi, non è un mero osservatore che non viene toccato dalle esperienze che lo coinvolgono, se pur non le sue di quel momento; ma anzi è un individuo partecipe e la sua tenuta emotiva dipende dal fatto di essere abituato a porre le esperienze estreme tra quelle che fanno parte (o dovrebbero) del bagaglio di qualsiasi operatore, risultando capace di fare quel che tocca lui nel suo ruolo.

Tutti gli operatori che operano in contesti di emergenza hanno un fattore comune che è il contatto continuo e intenso con la sofferenza altrui (psichica e/o fisica). Calandosi in questo contesto si può vedere come i professionisti non utilizzano solo competenze tecniche ma attingono alle proprie abilità sociali e relazionali: ecco perché di fondamentale importanza risulta essere una buona formazione specifica, auspicabilmente un percorso di analisi personale e poter utilizzare le proprie esperienze di vita personali in risonanza con le parti della persona di cui ci si prende cura.

In condizioni non abituali il lavoro è spesso extra setting, come nell'evento sisma dove si lavora anche sotto un albero, o al tempo del Covid-19 dove ci si è dovuti cimentare in forme alternative tecnologiche. Ecco che prende forma un altro elemento importante che è potersi premunire di un **ascolto posturale**, un tipo di forma d'ascolto che potrebbe far parte dello Psicologo anche fuori setting abituale (Pieralisi 2017): non è solo una tecnica bensì tratta di una metodologia basata sull'esperienza dell'identificazione empatica con chi soffre e successiva disidentificazione operativa. Questo permette interventi profondamente conoscitivi della realtà di chi soffre e ciò è molto importante soprattutto per chi ha contatto con realtà prevalentemente traumatiche.

In emergenza c'è un impatto con emozioni forti, travolgenti e disorientanti. Gli operatori si trovano in costante contatto con meccanismi di difesa di distacco emotivo, come l'isolamento dell'affetto, che in taluni momenti risulta una tutela del proprio stato mentale. In questi scenari spesso si è orientati più al fare che al sentire. Con una buona formazione il professionista può permettersi di ascoltare le proprie emozioni contenendole e rendendole organizzate, così da poterle restituire alle persone coinvolte dall'evento critico. Si cerca di ripristinare un **sentimento di sicurezza** (Sandler 1980) sulla base dei nuovi adattamenti imposti dalla realtà esterna (in questo caso tende, SAE soluzioni abitative di emergenza, pc, thè caldo, coperte ecc..).

Ripercorrendo, ad esempio, gli eventi critici che hanno visto coinvolte le Marche in questi anni, come il Terremoto o la Discoteca di Corinaldo vediamo come lo psicologo e il soccorritore sanitario erano in una posizione asimmetrica, perché persone non coinvolte direttamente dal trauma in atto.

Oggi, il Covid-19, ha mostrato tutta la fragilità dell'essere umano che era stata confinata altrove, si prende coscienza che è qualcosa che riguarda tutti. Il professionista si trova in uno stato simmetrico, con paure ed angosce proprie che non solo risuonano con il paziente come in un normale contesto clinico, ma sono anche le stesse. È imprescindibile l'uso soggettivo che ognuno fa delle proprie esperienze, tenendo conto che in situazioni di maxi-emergenza ci sono degli elementi di realtà che accomunano tutti. Si possono rilevare tre i punti fondamentali per un soddisfacente operato del professionista:

- la consapevolezza di sé e del sistema in cui è inserito (in questo caso di Prote-

zione Civile);
- tenere a mente che gli interventi sono svolti in tempi brevi, spesso concreti ed immediati;
- l'importanza del team di lavoro: mentre solitamente nello studio privato si lavora individualmente in emergenza è imprescindibile un lavoro di e in gruppo.

Il titolo fa riferimento alle emozioni nell'emergenza e non dell'emergenza, perché i vissuti emotivi sono i propri e non qualcosa di esterno. Il lavoro dello Psicologo dell'emergenza è molto impegnativo perché deve monitorare ed elaborare i propri vissuti intensi di angoscia, paura rabbia e così via.

Le emozioni pervadono la vita di ognuno, hanno un'influenza sui processi psicologici e nel loro insieme costituiscono l'attività mentale. Stern (1985) spiega che due individui che si trovano in reciproca sintonia, lo stato affettivo del primo promuove nel secondo uno stato analogo. Questo fa pensare all'importanza che un intervento, anche breve, può dirsi inefficace se lo psicologo si disinteressa del mondo emotivo proprio e del paziente. In eventi di grandi emergenze si trovano persone che, come recita Shakespeare, ***conoscono la violenza delle parole, ma non conoscono le parole***. E dove lo psicologo si trova assegnato il compito di dare un nome ad agonie senza-nome, ***"di tradurre da un testo assente, di dare un senso al 'bianco' del trauma, alle memorie del corpo che precedono l'Io"*** (Bion p. 182). In questo senso si può affermare che le emozioni in emergenza necessitano di essere riconosciute, nominate, elaborate e condivise: raccontare una paura la rende meno spaventosa e permette di affrontarla. Il professionista durante un evento critico si trova a poter cogliere le emozioni presenti e poterle sostenere.

Mentre in un contesto psicoterapico troviamo un luogo, uno spazio e un tempo, potendo prestare attenzione al setting e potendo riprendere contenuti emersi anche a distanza di mesi; qui il tempo è limitato all'urgenza ed è di notevole importanza tenere uno spazio mentale stabile: un setting interno.

La Croce Rossa con il SeP, servizio psicosociale, pone da sempre il suo sguardo in primo momento verso la cura del proprio personale che viene supervisionato e sostenuto. Si ritiene che sia indispensabile preparare l'operatore ad ospitare la sofferenza emotiva di chi ci si propone di aiutare, partendo dalle proprie sensibilità, al di là della tecnica. Si è formato l'operatore tempo prima per poter tollerare e stare con il dolore che si incontra, appunto tramite processi di identificazione e disidentificazione.

I poemi Omerici si sono rivelati terra fertile nel quale scoprire e riconoscere gli stati d'animo, le sensazioni e le emozioni facenti parte dell'essere umano. Citando Ulisse si può comprendere come l'eroe incarni l'idea stessa della conoscenza, la sete di sapere; ma anche la precarietà dell'essere umano. È un eroe, ma soprattutto un uomo che si affida a sé stesso, confidando in quello che sente e pensa piuttosto che mettersi nelle mani degli DEI: non tanto per l'eroe che rappresenta ma per l'umano che era.

Ulisse è capace di stare a contatto con i suoi pensieri ed emozioni e le utilizza come movimenti preziosi nel suo viaggio. Così come lo Psicologo che può aprirsi alla possibilità di essere capace di ascoltarsi e utilizzare i suoi vissuti in relazione all'altro.

BIBLIOGRAFIA

CIVITARESE, G. (2011), *La violenza delle emozioni. Bion e la psicoanalisi postbioniana.* Raffaello Cortina Editore, Milano.

FREUD, S. (1915), *"Caducità"* vol. 8. Bollati Boringhieri, Torino.

INTERNATIONAL FEDERATION OF RED CROSS (2009), *Il supporto psicosociale fondato sulla comunità.* Reference Centre for Psychosocial Support.

INTERNATIONAL FEDERATION OF RED CROSS (2009), *Prendersi cura dei volontari.* Reference Centre for Psychosocial Support.

MANICA, M. (2014), *Una nuova Gradiva per una nuova Psicoanalisi? La violenza delle emozioni.* "State of Mind" 41520 aa 2014.

MARASCO, B. (2017), *Lavorare in emergenza: stress traumatico secondario e interventi di prevenzione primaria per le "Helping Professions".* "State of Mind" 149884 aa 2017.

MC WILLIAMS, N. (2012), *La diagnosi Psicoanalitica.* Casa Editrice Astrolabio – Ubaldini Editore, Roma.

OMERO, a cura di Ulivi F., *Odissea.* Newton & Compton, Roma.

PIERALISI, G. (2013), *La Postura Psicoterapeutica Psicoanalitica.* Convegno-5 Ottobre Centro Studi di Psicoterapia Psicoanalitica (CSPP) di Mantova http://www.csppmantova.it/, Mantova.

SANDLER, J., (1980), *La ricerca in Psicoanalisi.* Bollati Boringhieri, Torino.

SITOGRAFIA

https://www.stateofmind.it/2014/04/nuova-gradiva-psicoanalisi-emozioni/

https://www.stateofmind.it/2017/11/psicologia-dellemergenza-defusing/

Chiamata in emergenza: sono pronto? Quando arrivo sullo scenario di un'emergenza effettiva, sono pronto?

Maria Teresa Mastrostefano
Psicologa psicoterapeuta

Federica Rubicondo
Psicologa psicoterapeuta

Pamela Smania
Psicologa psicoterapeuta

Rossella Tedeschi
Psicologa

Silvia Torretta
Psicologa



Notte stellata (Vincent van Gogh, 1889)

Il Consiglio dell'Ordine Regionale Marche ha istituito diversi gruppi di lavoro, tra questi il gruppo di Psicologia dell'Emergenza, attivo dal 2014 e composto da colleghi psicologi iscritti all'Ordine che danno la loro disponibilità gratuita.
Nel 2016, durante l'emergenza sisma, i componenti del gruppo di lavoro, in quanto volontari delle associazioni di Psicologia dell'Emergenza accreditate presso la Protezione Civile, sono stati prevalentemente impegnati nelle attività sui campi e con la popolazione vittima. Dopo il sisma che ha coinvolto il Centro Italia non c'erano state occasioni di confronto tra chi era intervenuto e i colleghi appartenenti all'Ordine che avevano mo-

strato interesse verso la Psicologia dell'Emergenza.
L'Ordine aveva ricevuto numerose richieste da parte di colleghi desiderosi di poter partecipare alle operazioni di soccorso.
Da qui è nata l'idea di organizzare un evento per l'ascolto dei bisogni e il bisogno di confronto rispetto all'emergenza per condividere, confrontarsi e offrire ai colleghi uno spaccato di ciò che realmente può accadere in emergenza.
Nel pensare a questo incontro, il comune denominatore era l'appartenenza di tutti ad una stessa categoria professionale e pertanto si è immaginato l'Ordine come una 'casa' che potesse ospitare un dialogo tra colleghi.
La domanda principale che tutto il gruppo di lavoro si è posta è stata: lo psicologo dell'emergenza è in grado di prendersi cura dell'altro e delle sue emozioni al di fuori del proprio contesto di setting quando è coinvolto in prima persona nel proprio territorio, quando è sia soccorritore sia esso stesso vittima?
Sappiamo che in emergenza quando un territorio è distrutto è importante lavorare per ricostruire la rete nella comunità e con le istituzioni.
Altresì è importante in 'tempi di pace' rafforzare questa rete comunitaria, attraverso spazi di confronto e dialogo.
Una prima riflessione si è focalizzata su un sentire comune, ovvero come dall'emergenza del 'fare' che ha caratterizzato il momento successivo al sisma, non ci sia stata una continuità nel dopo sisma, nel momento del 'riflettere ed elaborare'. Fondamentale e necessario è invece un continuum, un cammino di riflessione e condivisione dall'emergenza al rientro alla normalità, passi accompagnati da momenti di confronto, di crescita, per dare voce a pensieri e vissuti, per non sentirsi soli, per non farsi trovare impreparati.
Il gruppo di lavoro di Psicologia dell'Emergenza ha così organizzato due eventi:

- 15 settembre 2018 il convegno esperienziale dal titolo ***Emergenza. L'intervento dello psicologo, il suo vissuto emotivo. Dal sentire al parlare.***
- 26 ottobre 2019 la giornata in-formativa dal titolo ***Le tecniche di supporto psicologico in emergenza.***



Emozioni (Pamela Rosaclot)

Questi due eventi volevano essere momenti di confronto, condivisione, di attenzione al vissuto non solo delle vittime ma anche del soccorritore in emergenza. La numerosa partecipazione ad entrambe le giornate ha inoltre dimostrato come vi sia, anche in tempo di pace, un profondo interesse e una grande attenzione alla Psicologia dell'Emergenza.
Il primo pensiero, durante grandi o piccole emergenze, solitamente va alle persone vittime, ma non ci si deve dimenticare della persona del soccorritore, in tutte le possibili sfumature di ruolo che può avere.
Dal punto di vista degli iscritti all'Ordine, ciò che l'Ordine stesso poteva fare era di organizzare attività teorico-pratiche, in

quanto di teoria se ne sente parlare tante volte. Certo, dalla teoria non si può prescindere, si voleva fare la differenza.
Lo scenario di un'emergenza non è mai lo stesso, non c'è uno standard e passare dalla teoria alla pratica lascia perplessi. Cosa fare per superare questa impasse? Esercitazioni? Provare ad affrontare scenari diversi, mettersi in gioco, conoscere i propri limiti, le proprie insicurezze ed i propri punti di forza? Collaborare in team?
Quello che spesso si sottovaluta, in emergenza, è come ognuno reagisca, personalmente, all'evento.
Tutte queste riflessioni sono state raccolte e proposte come domande a cui dare risposte, cominciare a parlarne, senza la presunzione di essere né esaustivi, né tantomeno, esaurienti. C'è tanto da imparare e da conoscere.
Nella realtà marchigiana, esistono quattro Associazioni che da anni operano nel campo della Psicologia dell'Emergenza: ARES, C.R.I., P.A.APE ODV, SIPEM SoS, accreditate presso la Protezione Civile della Regione Marche e automaticamente attivate quando c'è un'emergenza.
Coinvolgere negli eventi organizzati anche loro, che meglio di chiunque conoscono quale sia la realtà dell'emergenza e come muoversi in Protezione Civile, è stata l'occasione per presentarle agli altri colleghi non iscritti alle associazioni e collaborare insieme 'in tempo di pace'.

1. Gli eventi formativi

Il convegno del 2018 nasce in seguito al terremoto del Centro Italia, con lo scopo di dare voce all'esperienza di relatori quali dott.ssa S. Balducci, dott. A. Zuliani e dott. L. Pezzullo, nonché all'esperienza delle quattro associazioni marchigiane di Psicologia dell'Emergenza, che in quei mesi avevano lavorato a pieno ritmo per aiutare le popolazioni coinvolte dal sisma.
Il terremoto del Centro Italia ha colpito da vicino le Marche ed è stato importante che le associazioni si ascoltassero reciprocamente mentre relazionavano sulle loro esperienze e che i colleghi, che non avevamo preso parte alle operazioni di soccorso, venissero a conoscenza di quanto fatto e vissuto durante i difficili mesi dell'emergenza.
Oltre al momento teorico dedicato all'ascolto dei vari interventi, c'è stato poi il tempo delle esercitazioni pratico-esperienziali, in cui ogni associazione ha presentato un possibile scenario in emergenza, coinvolgendo in prima persona i colleghi presenti.
La giornata in-formativa del 26 ottobre 2019 ha permesso ai colleghi psicologi di sperimentarsi in modo attivo nelle differenti tecniche e diversi approcci in emergenza, scelti dalle quattro associazioni.
Senza pretese di essere una giornata di formazione, la modalità di presentare, in un tempo ristretto, differenti tecniche con cui le associazioni operano, è stata utile per dare un piccolo input sul lavoro dello psicologo in emergenza ed avvicinare i colleghi a questo ambito.
Fare esperienza, durante un evento di questo tipo, permette di capire in pratica cosa significa: effettuare un colloquio in tenda, creare un setting in contesti non ordinari, operare in un ambiente spesso caotico e non strutturato, trovare le più adatte modalità per comunicare con chi in quel momento non vuole o non riesce a parlare e valutare i bisogni psicologici nel post-emergenza.
Non c'è competizione, ma integrazione e condivisione. È indispensabile, infatti, fare esperienza per comprendere tematiche così complesse e il puntuale lavoro

svolto dalle associazioni va in questa direzione.
I due incontri organizzati hanno permesso sicuramente un confronto fra diverse prospettive, modi di pensare e lavorare in situazioni di emergenza, ma soprattutto hanno portato ad una riflessione a posteriori, un ri-pensamento, un ri-esame critico delle strategie, dei processi e dei modi in cui gli psicologi impegnati nell'emergenza hanno, più o meno consapevolmente e coerentemente, pensato, agito e sono entrati in relazione con gli altri.
Tale tipo di riflessione, che in letteratura viene definita come 'riflessione sull'azione', alla luce del taglio prevalentemente esperienziale che si è voluto dare ai due eventi, può essere analizzata secondo un duplice livello: la riflessione per gli psicologi che hanno lavorato e lavorano in emergenza, e quella dei colleghi che per la prima volta si sono avvicinati a questo ambito.
Riflettere criticamente sulle proprie esperienze non significa confermare e validare le proprie interpretazioni secondo schemi usuali, ma piuttosto valutarle in maniera critica, riorganizzandone i significati per costruire una nuova interpretazione della propria esperienza ed utilizzarla, poi, come guida per azioni future.
Questo vale per tutti coloro che si trovano a soccorrere e sostenere le persone colpite con lo scopo di restituire, per quanto possibile, quella stabilità persa.
Gli interventi in emergenza, a qualsiasi livello, presuppongono un ripensamento ed una ristrutturazione delle certezze che, quotidianamente, accompagnano il lavoro di ognuno.
Tali affermazioni sono evidenti soprattutto nell'ambito della Psicologia dell'Emergenza, ambito che presenta il lavoro in emergenza nella sua realtà, crudezza e 'scomodità'.

"La psicologia dell'emergenza copre un ambito assai ampio di studio e applicazione delle conoscenze psicologiche in situazioni critiche fortemente stressanti, che mettono a repentaglio le routine quotidiane e le ordinarie capacità di coping degli individui e delle comunità di fronte ad avversità di ampia magnitudo, improvvise e urgenti. Esse sono determinate da eventi di grande dimensione collettiva (maxiemergenze), o anche da circostanze gravi ma più circoscritte della vita quotidiana."
(Giacomozzi, Marsili, Powell, Riccio, Vasselli, 2017, pag.16)

2. Emozioni

"Dove sarò domani? Che ne sarà dei miei sogni infranti, dei miei piani?
Dove sarò domani? Devo rialzarmi, tendimi le mani, tendimi le mani"
(Artisti uniti per l'Abruzzo, 2009)

Quando il posto che reputiamo più sicuro, la nostra casa, o il mezzo a cui affidiamo i nostri viaggi, o il luogo dove ci rilassiamo cenando o prendendo un caffè, o il nostro ufficio improvvisamente diventano un luogo di pericolo e di angoscia, crollano tutte le certezze.
I luoghi che crediamo affidabili tradiscono la loro funzione rassicurante.
"Il rapporto con lo spazio è sempre presente nella vita di ognuno ma, per così dire, talmente consueto da non apparire evidente: ci si accorge della sua importanza solo quando entra in crisi, un po' come l'aria che si respira di cui si sente la mancanza quando il respiro diviene affannoso." (Zuliani, 2012, pag.18)
Quando si riflette sul delicato tema dell'emergenza non si pensa solo a situazioni, avvenimenti, fatti reali ma anche ad

aspetti più profondi come: emozioni, cura del sé e dell'altro, ascolto dei bisogni, cooperazione. Il primo pensiero in questi ultimi anni è andato soprattutto alle persone del territorio scosso dal terremoto, che non solo ha agitato la terra ma anche l'animo umano.
Lo psicologo dell'emergenza non è un super-eroe che indossa un'armatura e salva il mondo, ma è in primis una persona e come tale prova emozioni fortissime, che sono la sua risorsa ma a volte anche la sua fragilità.



Maia au bateau - (Pablo Picasso, 1938)

È fondamentale per uno psicologo dell'emergenza essere formato teoricamente e tecnicamente, ma la pratica e l'esperienza (sul campo ma prima in simulate) sono aspetti altrettanto, se non più, "conditio sine qua non": cosa prova uno psicologo dell'emergenza quando dai libri di testo, dalle ore di formazione teorica, si ritrova ad essere chiamato in emergenza? Quando afferra lo zaino preparato con l'essenziale, quando indossa la divisa, è davvero pronto? È lì il suo bagaglio? E come ritorna a casa dopo l'emergenza? È in grado di ascoltare ciò che ha bisogno di condividere, è pronto e ha gli strumenti per dare voce a quello che ha visto, sentito, provato?

3. Sapersi prendere cura

Operare in un contesto di emergenza vuol dire respirare e vivere emozioni e sensazioni come il dolore, la paura, la rabbia e l'impotenza. È importante essere i primi come psicologi a prendercene cura riconoscendole, condividendole, fermandosi quando è necessario e delegando e chiedendo aiuto quando ci si sente sopraffatti.
Lo psicologo dell'emergenza è in grado di prendersi cura dell'altro al di fuori del proprio contesto di setting, della propria zona confort? E sarà in grado di prendersi cura delle sue emozioni, nuove, sconosciute e ritornare poi nel quotidiano?
Sapersi prendere cura di sé è un processo che inizia con la fase operativa dell'emergenza, continua quando si rientra nella quotidianità e prosegue in 'tempo di pace' con momenti di formazione e confronto reciproco.
Riflettere su cosa 'mettere nello zaino' pronto per l'emergenza e allenare le caratteristiche e le abilità personali sono modi per prendersi cura di sé.
Quest'ultimo punto è l'oggetto di uno studio nelle professioni a rischio, attraverso l'individuazione e l'analisi delle diverse competenze non tecniche sia individuali che di gruppo.

G. Prati, L. Petrantoni e A. Rea (2006) analizzano nell'articolo ***Competenze non tecniche e marcatori comportamentali nelle professioni a rischio*** attraverso il contributo di diversi autori e studi, le competenze non tecniche cioè le abilità a livello cognitivo, comportamentale e interpersonale che dipendono da caratteristiche intra-individuali come: le conoscenze, gli atteggiamenti, la motivazione e la personalità.
Attraverso lo studio degli errori umani in diversi settori (aereonautico, medico, nucleare e petrolifero) sono stati individuati sistemi di indicatori comportamentali che vengono oggi utilizzati dai vari settori ai fini formativi.
Analizzando tali indicatori studiati nelle professioni a rischio, in particolare aeronautico e medico, si rileva che, in sintonia con gli autori dell'articolo, il sapersi prendere cura di sé in una situazione di forte stress (stress management) è una competenza essenziale in un contesto di emergenza, ma attualmente esclusa per la difficoltà di poterla osservare validamente.

4. Ascolto dei bisogni

La scelta del titolo ***Emergenza. L'intervento dello psicologo, il suo vissuto emotivo. Dal sentire al parlare*** del primo convegno esperienziale del 2018 non è stata casuale, in quanto era ben chiaro quanto fosse importante dare risalto proprio all'intervento dello psicologo e al suo vissuto, al passaggio emotivo dal sentire al parlare. Dare spazio e tempo all'ascolto rispettoso dei bisogni delle vittime e contemporaneamente all'ascolto profondo di sé, del bisogno che spinge lo psicologo in emergenza a svolgere questo lavoro, dei bisogni che sente di avere quando è nel campo prima e quando rientra a casa poi, cosa portarsi dentro e cosa, per sopravvivenza, lasciare indietro, era lo scopo principale dell'evento. ***Experience*** Ludovico Einaudi, 2015.

Quali sono le competenze e gli strumenti utili in emergenza? Cosa mettere nello zaino quando si è chiamati ad intervenire? Di cosa si ha bisogno? Di cosa hanno bisogno le persone che sono coinvolte in un evento traumatico?



Le due Frida (Frida Kahlo, 1939)

Interrogarsi sui bisogni è alla base delle domande dello psicologo che parte per una situazione di emergenza.
L'ascolto è duplice: riguarda sia i propri bisogni di soccorritore sia i bisogni delle persone a cui si presta soccorso.
Per il soccorritore ascoltarsi è importante al fine di intervenire in consapevolezza e dotarsi di tutto ciò che può essere utile emotivamente e fisicamente per intervenire in serenità, protezione e sicurezza.
Nell'intervento durante e post evento si inizia sempre dall'ascolto e dalla raccolta dei bisogni della persona o della comunità coinvolta. Questo processo permette al soccorritore psicologo di svolgere un intervento mirato e personalizzato e al tempo stesso di aiutare chi è coinvolto a passare da una fase passiva, in cui l'e-

vento è subito, ad una fase attiva in cui può iniziare ad interrogarsi su quali sono le sue necessità.

5. Risorse: interne ed esterne

Le risorse sono "qualsiasi fonte o mezzo che valga a fornire aiuto, soccorso, appoggio, sostegno, specifico in situazioni di necessità." (**www.treccani.it**)
In emergenza sono le capacità della persona innate o acquisite che la aiutano a fronteggiare e superare i momenti di crisi. Il soccorritore è chiamato ad attivare le sue risorse interne e capacità, per lavorare in un contesto di emergenza in cui si vivono molteplici emozioni, sensazioni, in cui si opera sotto stress e in contesti a volte disagevoli.
Lavorare in emergenza vuol dire valorizzare le risorse del territorio e della comunità che lo abita, favorendo il più possibile l'autonomia delle persone. Ciò permette di uscire dalla posizione di "Salvatore"[1], di onnipotenza e aiutare chi è colpito ad attivarsi e iniziare a riprendere la quotidianità.

6. Confronto

Il confronto è uno strumento fondamentale perché non si opera mai da soli in emergenza: prima, durante e dopo gli interventi, ogni esperienza può essere fonte di apprendimento e crescita.
Ogni scenario di intervento è complesso in quanto sono coinvolte numerose figure del soccorso, della comunità, delle istituzioni e quando l'operatività è condivisa si raggiunge una maggiore efficacia e capillarità e il tessuto sociale riceve quella linfa fatta di servizi, aiuti e informazioni atta a rivitalizzare la comunità colpita.



Giallo, rosso, blu (Vasilij Vasil'evič Kandinskij, 1925)

Un evento traumatico svolge un'azione di interruzione e caos; la cura nasce dal riconnettere e per fare ciò la strada passa attraverso la cooperazione e condivisione.
Il soccorritore psicologo è parte di quel sistema e reticolo ed è chiamato a contribuire e ad interfacciarsi e operare con tutte le figure presenti nel tessuto sociale, come ad esempio i medici di medicina generale (MMG), i pediatri di libera scelta (PLS), gli assistenti sociali, le istituzioni, il personale del soccorso, la Protezione Civile e le associazioni e organizzazioni presenti.
Ogni soccorritore sa che il suo intervento è limitato nel tempo, in quanto si opera in turni prestabiliti, in genere di una settimana, e nelle possibilità perché anche se i bisogni e le necessità sono innumerevoli si può solo svolgerne una piccola parte.
Il confronto è quello strumento che permette ai colleghi di suddividersi i compiti e di 'passare le consegne' una volta finito il turno, e di condividere l'esperienza da

1 È una delle posizioni ai vertici del Triangolo Drammatico, considera gli altri non Ok e corre in loro aiuto mentre il Persecutore considera gli altri inferiori e li svaluta, e la Vittima svaluta sé stessa e considera l'altro non Ok. Tutte e tre le posizioni si reggono su una svalutazione di sé e dell'altro (Karpaman,1968).

un punto di vista umano prima che operativo per non tornare a casa con un carico emotivo pesante. Si attiva inoltre per elaborare ciò che le persone coinvolte in un evento hanno vissuto e vivono emotivamente, cognitivamente e fisicamente.
La condivisione delle esperienze in gruppo permette di:

- elaborare l'accaduto
- normalizzare le relazioni (bio-psico-fisiche e cognitive)
- creare un senso di comunità
- condividere le risorse e strategie di coping atte a superare le difficoltà
- favorire una crescita post traumatica.

Il Defusing[2] e il Debriefing[3] inoltre sono interventi psicologici che si utilizzano in emergenza nelle situazioni traumatiche in cui si attiva un confronto tra esperienze.
Il lavoro in emergenza è un'attività all'interno di un grande macchina in cui ognuno è parte di un ingranaggio: autonomi e interconnessi.

7. Cooperazione e fare rete

L'emergenza non è solo un momento critico che richiede un intervento immediato, il fare, l'agire, ma è anche un momento emotivamente carico, una situazione travolgente che mette a dura prova l'animo umano. Ci si può sentire soli in mezzo a migliaia di persone, non sicuri di poter affrontare e reagire in modo resiliente a quella improvvisa sconosciuta difficoltà.



La persistenza della memoria (Salvador Dalì, 1931)

La cooperazione e il fare rete sono una risorsa fondamentale non solo per le persone in emergenza ma anche per i soccorritori, perché la cooperazione a volte è proprio una rete di salvataggio: quando senti che stai vacillando e stai per cadere lei può sorreggerti, ti puoi affidare a lei perché è forte e resistente, perché è formata da più mani.
Si lavora in squadra, a volte miste, soccorritori provenienti da diverse associazioni e con ruoli e competenze differenti. Ciò che accomuna tutti è lavorare per uno stesso fine condividendo gli obiettivi: offrire aiuto, supporto e sostegno alla popolazione colpita da un evento.

8. Prospettive future

Fra i motivi che spingono i giovani psicologi ad entrare a far parte di un gruppo di lavoro sulla Psicologia dell'Emergenza, ci sono per esempio la curiosità per que-

2 È una tecnica di pronto soccorso emotivo e di gestione dello stress da evento critico, è breve di circa 20-40 minuti, utilizzata a caldo, ossia subito dopo l'evento. (***A. Lo Iacono, M. Troiano***, 2002).

3 È una tecnica di pronto soccorso emotivo più strutturata, successiva al defusing. È organizzato sia per singolo ma più specificatamente per il gruppo (20-25 persone circa); la durata è di circa 2-3 ore. L'intervento ha lo scopo di ridurre l'impatto emotivo, di contenere le reazioni, di favorire il recupero, modificare le convinzioni erronee, evitare le conseguenze negative future, istruire, rassicurare (***A. Lo Iacono, M. Troiano,*** 2002).

sto ambito, la possibilità di conoscere le associazioni di volontariato che operano in situazioni critiche e l'opportunità di riflettere su esperienze vissute in prima persona.
All'inizio è facile che insorgano dei dubbi: di cosa tratta la Psicologia dell'Emergenza? Come può uno psicologo operare in situazioni di emergenza ed essere di aiuto quando c'è una grande sofferenza? Cosa vuol dire perdere tutto?
Gli interrogativi possono essere molti soprattutto in seguito a dei fatti realmente accaduti nel territorio, come i terremoti o gli incidenti.
Per rispondere, il CNOP ha pubblicato nel 2019 il quaderno ***Ambiti emergenti in psicologia*** che fa seguito all'articolo del 2013 dal titolo ***Area di Pratica Professionale Psicologia dell'Emergenza: lo Psicologo dell'Emergenza***, in cui si afferma che ***"Nei confronti delle vittime coinvolte nella situazione di emergenza l'intervento di primo aiuto psicologico (psychological first aid) o pronto soccorso psicosociale (psycho-social acute care) si caratterizza per la finalità di: alleviare il disagio acuto espresso da risposte emotive normali a situazioni estreme, nelle loro prime fasi di impatto, più che curare specifiche patologie; aiutare le persone a riconoscere le proprie risorse psicosociali per gestire il trauma personale e a recuperare capacità decisionali e di azione; trasmettere speranza e rinforzare aspettative realistiche di soluzione positiva."*** (AA.,VV., 2013, pag. 3).
Quando si entra a far parte di un gruppo di lavoro sull'emergenza, è fondamentale sapere che esso nasce da un bisogno collettivo, dal connettersi alla rete fra le diverse associazioni, dal fornire supporto e conoscenze agli psicologi che decidono di intraprendere questo percorso. Sentirsi coinvolti nel proprio gruppo di lavoro, specialmente in contesti così delicati, rappresenta una risorsa che permette di crescere individualmente e professionalmente.



Bambina con il cerchio (Giacomo Balla, 1918)

BIBLIOGRAFIA

AA.VV., *Area di Pratica Professionale Psicologia dell'Emergenza: lo Psicologo dell'Emergenza*, w.w.w. psy.it

Artisti uniti per l'Abruzzo, 2009, *Domani*, Sugar Music

Balla G., 1918, *Bambina con il cerchio*

Consigli Nazionale Ordine Psicologi, 2019, *Ambiti emergenti in psicologia in Quaderni CNOP*

Dalì S., 1931, *La persistenza della memoria*

Einaudi L., 2015, *Experience* in *This is England '90*, Decca

Friedman M.J., Ford J.D., Gusman FD., Ruzek J.I., Young B.H., 2002, *L'assistenza*

psicologica nelle emergenze. Manuale per operatori e organizzatori nei disastri e nelle calamità, Erickson, Trento

Giacomozzi B., Marsili M., Powell I.T., Riccio G., Vasselli I., 2017, *Nuove frontiere dell'operatività nelle maxi-emergenze: l'affiancamento dello psicologo alle squadre tecniche* in *Rivista di Psicologia dell'Emergenza e dell'Assistenza Umanitaria*, vol.17, pag.16

Karpman S.B., 1968. *Fairy tales and script drama analysis*. Transactional Analysis Bullettin 7, pag. 39-43

Kahlo F., 1939, *Le due Frida*

Kandinskij V.V., 1925, *Giallo, rosso, blu*

Lo Iacono A., Troiano M., 2002, *Psicologia dell'Emergenza*, Editori Riuniti, Roma

Mastrostefano M.T., Secondi M., 2016, *Maxi emergenze e comunità resilienti*, Etabeta Ps, Lesmo (MB)

Mezirow J., 2003, *Apprendimento e trasformazione. Il significato dell'esperienza e il valore della riflessione nell'apprendimento degli adulti*, Raffaello Cortina, Milano

Pietrantoni L., Prati G., Palestrini L., 2008, *Il primo soccorso psicologico nella maxi- emergenze e nei disastri. Un manuale operativo,* CLUEB, Bologna

Picasso P., 1938, *Maia au bateau*

Prati G., Pietrantoni L., Rea A., 2006, *Competenze non tecniche e marcatori comportamentali nelle professioni a rischio*, in *Nuove Tendenze della Psicologia*, vol. 4, pag.353-370.

Pietrantoni L., Prati G., 2007, *La formazione psicologica degli operatori di Primo Soccorso* in *Pronto soccorso triage. Accoglienza, rassicurazione, cura, aspettative, vissuti psicologici, bisogni* (pag. 477-484), Raffaele Cortina, Verona

Rosaclot P., *Emozioni*

Sbattella, F., Tettamazzi, M., 2013, *Fondamenti di Psicologia dell'Emergenza*, Franco Angeli, Milano

Van Gogh V., 1889, *Notte stellata*

Zuliani A., 2012, *Quando la casa tradisce*, in *Rivista di Psicologia applicata all'emergenza, alla sicurezza e all'ambiente* n. 25, pag.18

—, 2007, Manuale di Psicologia dell'Emergenza, Maggioli Editore, Sant'Arcangelo di Romagna

Il protocollo "CISM-Critical Incident Stress Management"

Dorotea Ricci
Psicologa, psicoterapeuta, referente per il Team Psico-Sociale ARES

ARES ITALIA (Associazione Regionale Emergenza Sanitaria e Sociale) è un'organizzazione di volontariato sociale, iscritta al registro nazionale delle organizzazioni di Protezione Civile. Nasce nel 1999, in seguito alla Missione Umanitaria Arcobaleno in Albania durante la guerra del Kosovo; infatti, lo scorso dicembre ha festeggiato i 20 anni di attività.

L'esigenza di formare un gruppo operativo di intervento sanitario in caso di necessità emerse dalla consapevolezza che nelle fasi acute di catastrofi l'improvvisazione non contribuisce a determinare un intervento efficace. È noto che i protocolli della medicina delle catastrofi sono differenti dalle pratiche mediche ordinarie, così come i materiali e le specializzazioni richieste, a seconda del genere di evento da fronteggiare, per i quali occorre quindi una preparazione costante. Tutto questo, naturalmente, vale anche per la Psicologia dell'Emergenza.

Molte sono state le emergenze nazionali ed internazionali in cui l'ARES, con l'ausilio delle strutture campali della Protezione Civile Regionale e Nazionale, ha apportato il proprio operato. Citandone solo alcune: i terremoti che hanno colpito il sud ed il centro Italia ed altri nel mondo come il Pakistan, l'Indonesia o Haiti. Le inondazioni e gli tsunami come in Thailandia o Filippine, ed altro ancora come il supporto sanitario nei grandi eventi di massa: visite e funerali dei pontefici, raduni musicali e sportivi etc.

Insieme al team medico/infermieristico, esiste ed opera, anche in autonomia, come nell'alluvione di Senigallia del 2014, nei due terremoti del 2016, nell'incidente della Lanterna Azzurra a Corinaldo del 2018, ed ora in occasione nella pandemia da COVID-19, una piccola ma specializzata squadra di Psicologi dell'Emergenza.

Riteniamo necessaria la presentazione dell'organizzazione perché è proprio nella matrice sanitaria/ospedaliera, seppure in strutture sanitarie da campo, che l'attività del team psicologico dell'ARES fonda la sua esistenza. Questo non vuol dire che lo Psicologo dell'emergenza ARES non disponga di una propria autonomia operativa al di fuori della struttura campale ma che, per formazione ed attitudine, inquadra il suo ruolo in una stretta sinergia con altre figure sanitarie necessarie a far funzionare un EMM (Emergency Medical Module), di cui condivide, nel rispetto dei propri ruoli, know how e funzionamenti.

Passando ora ad una sintesi di quelli che sono stati i contributi presentati dal Team psicosociale ARES nel webinar organizzato da OPM il 20 Aprile scorso, il primo focus riteniamo vada posto sul concetto

di "**evento critico o catastrofico**" per il quale, universalmente si fa riferimento a qualcosa di inatteso, imprevedibile, talmente grave da rappresentare, potenzialmente, realmente o percepito come tale, una causa di grave pericolo, anche mortale, per il soggetto coinvolto o per terzi ad esso prossimi. Le emozioni coinvolte possono coprire un ampio range, nel quale spiccano il senso di vulnerabilità, di impotenza, di rabbia ed anche sensi di colpa quasi sempre irrazionali (per esempio il senso di colpa del sopravvissuto). Questi sentimenti possono, talvolta, risultare talmente soverchianti da interferire nella capacità della vittima non solo di fronteggiare ma anche di accettare ed elaborare l'evento critico.

Proprio per accogliere e supportare le difficoltà della persona colpita, la Psicologia dell'Emergenza, dagli anni '50 ad oggi ha messo a punto e raffinato procedure specifiche e sempre più codificate il cui obiettivo, partendo dalla prevenzione primaria si rivolge al fronteggiamento vero e proprio delle situazioni di emergenza, accogliendo, laddove sia necessario, il trattamento precoce del trauma psichico, per giungere all'implemento della resilienza individuale e delle intere comunità.

Entrando nello specifico del Modello CISM (**Critical Incident Stress Management**, messo a punto da Jeffrey Mitchel nel 1974 e revisionato, tramite pubblicazione nel 1983 sul "Journal of Emergency Medical Services"), da noi presentato nel corso del webinar promosso da OPM, il primo riferimento riguarda la tempistica dell'intervento. Naturalmente è doveroso premettere che, come spesso accade in emergenza, sia pure all'interno di schemi prefissati, stia poi alla valutazione dello Psicologo, tenendo anche conto delle contingenze presenti, l'applicazione pedissequa, piuttosto che il ricorso a possibili adattamenti, del protocollo.

La tempistica dell'intervento, quindi, è convenzionalmente suddivisa in tre fasi:
Breve Termine (entro le 24/36 ore)
Medio Termine (entro le 12 settimane)
Lungo Termine (entro le 52 settimane)

Per quanto riguarda lo schema dell'Intervento vengono identificate 4 fasi:

1) **Fase dell'impatto** (le prime ore successive all'evento critico)
2) **Fase del soccorso e della stabilizzazione** (entro la prima settimana)
3) **Fase delle prime reazioni,** in cui possono emergere, o si opera per supportare, le risposte di coping e di individuazione delle risorse del soggetto e/o della comunità colpiti (dalle prime 24 ore alle 12 settimane)
4) **Fase del "ritorno alla vita",** con la necessaria ed auspicabile riorganizzazione di quello che è accaduto e di quello che è possibile fare allo stato attuale, in termini di recupero e di nuove prospettive (dalle 2 alle 52 settimane).

Il modello messo a punto da Mitchel prevede attività formative preventive, laddove possibile, ed in subordine precoci, di psico-educazione. Come prima operatività il tutto può essere inquadrato nelle tecniche di PFA (**Psychological First Aid**), che nello specifico si declinano nel Defusing, nel Debriefing e nel Supporto a Lungo Termine. All'interno del, più ampio contenitore del CISM, lo stesso Mitchel, ritaglia il modello CISD (**Critical Incident Stress Debriefing**) in cui, in seguito, aggiunge ulteriori passaggi quali la Stabilizzazione, la Decompressione e l'Intervento sulla Crisi Individuale.

Diversi sono stati negli anni gli studi a favore o contro l'effettiva utilità, nel caso di incidente critico, del modello messo a punto da Mitchel ed altri studiosi della materia ma, non ritenendo utile in que-

sto contesto l'addentrarsi in tali questioni, proseguiremo questa presentazione con l'applicazione pratica di quanto sopra esposto all'interno dell'esperienza, mediata da 20 anni di attività nell'ambito delle maxi-emergenze, dall'ARES.

Immaginando un ipotetico scenario di emergenza, in cui si troveranno, per ovvie ragioni, ad operare diverse figure di soccorso, nella Prima Fase, già definita "dell'impatto", lo Psicologo dell'Emergenza, già autorizzato da chi di dovere ad intervenire, **prima di qualsiasi azione**, dovrà identificare e presentarsi, al Personale di Comando (in caso di emergenza sanitaria si tratta del DSS, Direttore dei Soccorsi Sanitari, a cui farà, da quel momento riferimento per gli interventi), alle Forze dell'Ordine, al Responsabile della Protezione Civile, al Capocampo (nel caso di intervento su scenari già strutturati), etc. A seguire, individualmente, con il proprio team e con le altre organizzazioni di Psicologia dell'Emergenza, se presenti, si procederà ad una valutazione dell'evento e ad una prima ricognizione dello scenario, alla mappatura delle risorse, sia pubbliche che private, esistenti ed alla identificazione della popolazione a rischio. Espletata questa parte di assessment sarà possibile procedere con il PFA e con la programmazione degli interventi successivi.

Nella seconda fase, detta "di stabilizzazione", lo Psicologo dell'Emergenza si occuperà, se già non fatto da altri, della **Smobilizzazione** ossia dell'accompagnamento in luogo protetto e sicuro delle eventuali vittime, dando inizio al CISO (**Critical Incident Stress Orientation**), ossia a tutta quella serie di procedure ed azioni che costituiscono il core dell'intervento psicologico in emergenza. Potrà essere buona prassi, in caso di maxi-emergenze, dove spesso il rapporto tra vittime e soccorritori è numericamente impari, riunire le prime in gruppi, in modo da fornire le essenziali nozioni di psico-educazione, a più persone possibile. Il passo seguente sarà quello di formare sottogruppi omogenei, per un primo intervento di **Defusing**, che consta nel facilitare nei sopravvissuti una prima messa a fuoco e condivisione degli stati emotivi relativi a quanto esperito. Da questa precoce attività lo Psicologo soccorritore potrà già effettuare un primo screening nei confronti di quelle persone che per caratteristiche proprie od oggettive, dovessero richiedere una, il più possibile rapida, presa in carico individuale. Sempre in questa fase sarò possibile mettere a punto e proporre interventi di **Decompressione**, specificatamente pensati per i Soccorritori. Nel contempo si farà ricorso, se attiva, alla rete di servizi territoriali per eventuali invii e prese in carico.

Nella terza fase, quella del "Coping e dell'individuazione delle risorse", si procederà dopo un **Triage Psico-sociale**, il cui scopo è la valutazione del funzionamento e dei bisogni della persona colpita, all'applicazione del CISD, tramite interventi individuali di stabilizzazione, ulteriori sessioni di informazione/psico-educazione, Debriefing strutturati per gruppi omogenei possibilmente non superiori alle 10/15 persone, eventuali trattamenti specifici per l'intervento sul vissuto traumatico, quali l'EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing), individuale o di gruppo per adulti e bambini o, in alternativa all'invio a terapeuti in grado di usare tecniche validate per il trattamento del trauma.

La quarta ed ultima fase, detta di "supporto per il recupero", prevede interventi di rivalutazione delle condizioni della popolazione a rischio, di follow-up sugli

invii effettuati, di ulteriori debriefing, a distanza di almeno 15/30 giorni dal primo, ed eventuali ulteriori invii per prese in carico individuali.
Particolarmente utile, può essere, sin dalla seconda fase, proporre ed insegnare tecniche di rilassamento, training respiratori e sessioni di Mindfulness per integrare l'esperienza corporea all'interno delle attività di recupero e sostegno psicologico.
Passando ora al dettaglio delle tecniche sopra esposte, cercheremo di fornire ai colleghi desiderosi di approfondire quanto già esposto nell'incontro dello scorso aprile, alcuni ulteriori dettagli. Partendo dalla **Stabilizzazione**, è bene non dimenticare mai di verificare che, prima di intervenire sui ricordi traumatici di una persona coinvolta in una situazione emergenziale, la stessa sia in una condizione psichica di sufficiente stabilità che le permetta, quantomeno, di fronteggiare l›impatto emotivo del trattamento stesso. Allo stesso tempo è fondamentale che la risposta del soccorritore sia adeguata, competente e non vada ad ulteriormente incrementare i livelli di attivazione e di stress già presenti.
Proseguendo nelle fasi del CISM, è importante comprendere a fondo scopi e funzioni della **Psico-educazione**. Che sia rivolta alle vittime o ai soccorritori, il suo utilizzo è finalizzato all'acquisizione o al potenziamento di strumenti e strategie per fronteggiare lo stress, per incrementare lo spirito di appartenenza a gruppi sociali o squadre professionali, e a conoscere i funzionamenti psicologici e le reazioni fisiologiche dell'individuo sottoposto ad eventi stressanti. Una modalità particolarmente efficace è mettere a punto dei brevi fogli informativi, detti "vademecum" da distribuire agli interessati, con l'ausilio dei quali organizzare gruppi di informazione/discussione. In questo intervento, detto di **Orientamento**, che ha lo scopo di fornire Psico-educazione in un ambiente sicuro, vengono date informazioni sull'evento, sulle normali reazioni di stress, sulle strategie di coping e sui servizi ed interventi disponibili. Esso permette, inoltre, di rinforzare la coesione di gruppo, di fornire una "struttura" che funga da contenimento degli stati emotivi angoscianti, di ridurre il senso di isolamento e, nel contempo, fornisce allo Psicologo dell'Emergenza l'opportunità di approntare un triage psicologico.
Il **Defusing** è una discussione di gruppo, incentrata sulle emozioni esperite durante l'evento critico, condotta entro le ore successive. Gli obiettivi sono mitigare e contenere la portata della reazione psichica, ridurre i sintomi da stress acuto, promuovere il processo di recupero e valutare la necessità di ulteriori interventi.
Il **Debriefing**, come già detto, è una discussione per gruppi omogenei, da tenersi entro le due settimane dall'evento. in caso di disastri di massa può essere applicato anche dopo tre o più settimane. Gli obiettivi sono: mitigare i sintomi acuti, valutare i bisogni attuali, promuovere il recupero delle attività precedenti, rinforzare il legame sociale, elaborare nel gruppo le emozioni più significative e, dove possibile, facilitare il senso di una conclusione psicologica dell'evento attraverso la legittimizzazione dei pensieri, delle reazioni e dei sintomi. Il protocollo, così come messo a punto da Mitchel, consta di sette fasi, che si inanellano, come in una catena, l'una nell'altra.
1. **Introduzione** (alla situazione e al lavoro di gruppo)
2. **Discussione dei fatti** (ricostruzione degli eventi, attraverso i racconti e le prospettive di tutti i partecipanti)
3. **Discussione dei pensieri** (che i par-

tecipanti hanno avuto durante l'evento)
4. **Discussione delle emozioni** (emerse durante l'evento)
5. **Discussione delle sensazioni**, anche disturbanti (provati sia durante che nelle ore o nei giorni successivi all'evento)
6. **Fornire informazioni** (i conduttori riferiscono dei cenni teorici sulle reazioni post-traumatiche e forniscono dei contatti a cui eventualmente rivolgersi nei giorni successivi)
7. **Conclusione** (informale, anche bevendo e mangiando qualcosa insieme)

In alcuni approcci europei si aggiunge, tra la sesta e la settima fase, una fase aggiuntiva, detta del "Rito". Questa consiste in una chiusura dell'incontro utilizzando simbolicamente una canzone, una preghiera o altro, che sancisca quanto detto dell'incontro e saluti solennemente il gruppo.

Si raccomanda di non inserire nel gruppo di Debriefing soggetti che nel corso del **Defusing** o del colloquio individuale abbiano manifestato reazioni particolarmente gravi. In questi casi la vittima dovrebbe essere collocata immediatamente in una condizione protetta che permetta un'appropriata valutazione medica e psicologica.

Auspicabili sono eventuali invii alle risorse della comunità, laddove ancora presenti, per non sovraccaricare le strutture di prima emergenza, per interventi più approfonditi e a lungo termine e, particolarmente importante, per riattivare, il prima possibile, il senso di appartenenza alla propria comunità.

Per quanto riguarda l'intervento sui soccorritori, nonostante solitamente l'operatore in emergenza sviluppi una soglia di tolleranza abbastanza elevata nei confronti di situazioni che, occasionalmente o cronicamente, possono mettere a rischio il suo equilibrio psicologico, negli ultimi anni si sta assistendo ad un aumento di interesse verso le reazioni dei soccorritori che intervengono in eventi particolarmente traumatici.

Tre sono, quindi, le regole di buona prassi che un operatore dell'emergenza, qualunque sia il suo ruolo, deve tener presente:

1) evitare l'eccessiva attivazione (imparare, applicare ed insegnare la respirazione addominale profonda; ripetere a sé stessi e agli altri, frasi di incoraggiamento; cercare "appigli" sicuri quali persone, rifugi etc.; non prendere iniziative ed attenersi a quanto viene comunicato
2) individuare il pericolo più imminente (analizzare la situazione e sorvolare sui fattori ininfluenti; individuare le varie soluzioni e scegliere la più efficace)
3) cercare di agire e non solo di reagire (essere disposti a sacrificare qualcosa pur di salvare ciò che ha valore; non cambiare le decisioni prese a meno che non ci siano motivate ragioni; comprendere quando è meglio non reagire).

In particolare, è bene ricordare che noi soccorritori, sia volontari che professionali (compreso lo Psicologo dell'Emergenza), siamo, come tutti, esposti al rischio di sviluppare un PTSD o, più precisamente, una "Compassion Fatigue Syndrome". Esistono però risorse protettive come il non esporsi ad un eccesso di materiale proveniente dai media (spesso tv, giornali, web aggravano la situazione creando allarmismi e proponendo di continuo immagini che si sedimentano nella mente di chi guarda, contribuendo così ad aumentarne la vulnerabilità psichica). Anche l'autoprotezione si rivela essere una regola fondamentale: bisogna proteggere sé stessi e salvaguardare la propria incolumità mentale per tutelarsi, fare lo stesso con i colleghi ed operare nei confronti della collettività. Diventa fondamentale,

allora, condividere le proprie esperienze con gli altri, apprendere sia dai propri successi che dai propri fallimenti, confidare nelle proprie capacità, riconoscere e rispettare i propri limiti, chiedere aiuto nelle situazioni più difficili, non vergognarsi delle proprie debolezze, ricordarsi che prima di sostenere ed incoraggiare le vittime bisogna rafforzare sé stessi.

E nel concludere, non poteva mancare un accenno all'ormai universalmente noto, e a volte anche abusato, concetto di **Resilienza**. Quella a cui ci preme, però, qui fare riferimento non è solamente la capacità del singolo di fronteggiare un evento fortemente dannoso, recuperando nel tempo le capacità precedenti o, a volte, uscendone persino migliorato (concetto di **Crescita post-traumatica**) ma l'estensione dell'attenzione al principio della **Resilienza Comunitaria**. Se è vero, e tristemente verificabile, che la distruzione della resilienza comunitaria rende vulnerabili i suoi membri, è altrettanto vero che individui con capacità resilienti contribuiscono a rendere resiliente la propria comunità e che una comunità resiliente funge da tutore della resilienza per gli individui che ne fanno parte.

SITOGAFIA

www.ares-italia.org

FB: ARES-Italia

IG: ares_italia

L'impatto dell'emergenza Covid-19 sulla persona con disabilità: analisi di una esperienza

Fabiola Sperandini
Psicologa, psicoterapeuta, ipnoterapeuta

Introduzione

Iscritta all'OPM dal 1999, sono psicoterapeuta sistemico- ed ipnoterapeuta. La mia attività ***libero professionale*** è principalmente volta al singolo, alla coppia e alla famiglia con focus posto al contesto relazionale, nella convinzione che anche il sintomo del singolo sia spesso portavoce di un malessere di tutto il sistema e ne esprima l'esigenza di cambiamento oltre che a stimolare indirettamente la resilienza. La mia ***attività***, per così dire, ***"istituzionale"*** si caratterizza per il lavoro con la disabilità. Il mio contributo attraverso la narrazione di come una delle strutture riabilitative ha fronteggiato l'emergenza sanitaria vuole essere uno spunto di riflessione su quanto il mondo della disabilità sia stato duramente colpito dalle conseguenze della pandemia covid-19.

La Struttura

Il Villaggio delle Ginestre di Recanati è un Centro di Riabilitazione privato accreditato (gestito dall'Opera Luigi Guanella), cui si accede tramite prescrizione del medico curante o dello specialista del Sistema Sanitario Nazionale, che svolge riabilitazione multidisciplinare con frequenza RESIDENZIALE, SEMIRESIDENZIALE e AMBULATORIALE. Nei ***regimi residenziale (permanenza circadiana) e semiresidenziale (permanenza diurna)*** vengono accolti pazienti giovani – adulti, in condizioni di disabilità cognitiva a cui si associano problematiche di carattere psichiatrico (frequente l'innesto psicotico) e/o deficit di tipo neurologico, motorio/prassico, ecc. Il Ritardo Mentale va dal lieve al gravissimo. I disturbi psicotici e quelli neurologici associatici implicano menomazioni sul piano linguistico-comunicativo, relazionale e soprattutto comportamentale. Spesso il quadro è la risultante di esiti di paralisi cerebrali infantili o di gravi sindromi genetiche che complicano la situazione anche sul piano sensoriale o motorio. La varietà sintomatologica e la ricaduta funzionale sulle varie aree richiede una presa in carico che coinvolga più aree professionali ed è per questo che l'approccio è di tipo multidisciplinare grazie ad una ***equipe specialistica*** (neurologo, fisiatra, psicologo, psichiatra consulente, assistente sociale). Centrale l'analisi dei bisogni familiari, la condivisione degli

obiettivi terapeutici con tutto il sistema familiare e il supporto psicoeducativo al caregiver. L'aspetto operativo è affidato a educatori professionali, fisioterapisti, logopedisti, terapisti della neuropsicomotrictà, operatori sociosanitari che insieme, attraverso un programma ben definito, traducono in attività quotidiana il Piano Riabilitativo Individualizzato periodicamente verificato e rimodulato. L'accesso è concordato e condiviso con i servizi territoriali che hanno il compito di monitorare e verificare l'andamento della presa in carico. Attraverso le attività educativo riabilitative quotidiane ci si prefigge di potenziare al massimo le capacità residuali, rallentare la regressione psicofisica e garantire una buona qualità di vita fisica emotiva e relazionale. Nel ***servizio ambulatoriale***, il paziente minore e non, svolge sedute di fisiochinesiterapia, neuropsicomotricità, logopedia, ecc. Per l'età evolutiva in particolare vengono trattati disturbo dello spettro autistico, esiti di PCI, Ritardo mentale, sindromi genetiche, disabilità dell'apprendimento, ecc Anche in questo caso l'equipe specialistica, compiuta una valutazione funzionale della disabilità del paziente, delinea i tratti essenziali del progetto riabilitativo, ne definisce obiettivi e modalità di raggiungimento. Generalmente la presa in carico è solitamente lunga e complessa e tende ad accompagnare il paziente e la sua famiglia attraverso diverse fasi del ciclo vitale. Basti pensare che, per quanto concerne i pazienti in età evolutiva, l'accesso alla struttura è solitamente molto precoce (prime fasi diagnostiche) e, nei casi più gravi, dura per tutto il periodo della frequenza scolastica (con il monitoraggio longitudinale e il supporto scolastico anche quando è cessato l'intervento riabilitativo in senso stretto), con possibilità a volte che il paziente passi dalla presa in carico ambulatoriale a quella semiresidenziale. Nel paziente adulto in regime diurno e residenziale, data la gravità dei quadri clinici, si parla di una presa in carico ultradecennale.

L'attività riabilitativa al tempo del covid-19: come ha risposto il sistema all'emergenza sanitaria

Durante i primissimi giorni dell'emergenza sanitaria, pur non avendo ancora immediatamente contezza di quella che sarebbe stata l'entità del fenomeno che avrebbe poi decretato la pandemia, subito all'interno della struttura si è sentita forte l'esigenza di tutelare i nostri pazienti, i quali, per la complessità dei quadri clinici rappresentavano innanzitutto una categoria a rischio. La dimensione comunitaria e i numeri elevati di utenti (40 posti letti in residenziale e 27 diurni) rendevano quanto mai urgente la definizione di procedure chiare ed immediate. Sono stati stabiliti criteri di accesso alla struttura che tutelassero la salute dei pazienti e prevenissero il rischio di contagio (accedere alla struttura nel limite massimo di non più di un accompagnatore per paziente, limitare le visite alle persone in regime residenziale, non accedere in caso di febbre o sintomi da raffreddamento, seguire scrupolosamente le previste norme igieniche, usufruire solo degli spazi messi a disposizione (- Circolare del Ministero della Salute del 22/02/2020 e al DPCM del 23/02/2020 e a quello del 25/02/2020, alla Direttiva del 26/02/20 della Presidenza del Consiglio dei Ministri e all'Ordinanza n.1 del 26/02/2020 a firma del Presidente della Regione Marche -).

Le prime indicazioni istituzionali, contenenti norme anche per i servizi alla disa-

bilità, sono giunte in data 10 marzo 2020, giorno in cui, in ottemperanza dell'Ordinanza n. 4 del Presidente della Giunta Regionale della Regione Marche **sono stati sospesi i servizi semiresidenziali ed ambulatoriali**. Al momento dell'applicazione della delibera nessuno di noi immaginava che i tempi di chiusura del servizio sarebbero stati così prolungati. Da quel momento la vita di decine e decine di famiglie con cui c'è un contatto pressoché quotidiano si modificava, e per tutti veniva meno un supporto, una cura, una routine indispensabili sì sul piano strettamente sanitario ma anche affettivo e relazionale. Questo primo cambiamento ha profondamente impattato con la vita degli ospiti in regime residenziale che, improvvisamente, senza alcuna "anticipazione" hanno visto letteralmente scomparire le persone che con loro condividevano la realtà quotidiana al Centro. La vita del laboratorio consta infatti della partecipazione di pazienti eterogenee per livello di disabilità e per tipologia di frequenza; pazienti diurni e residenziali trascorrono di norma, infatti, la loro quotidianità (dalle 09.00 del mattino alle 17.00 del pomeriggio) insieme fatta eccezione per i giorni festivi. Chi non ha esperienza con questa categoria di persone, ma ahimè talvolta anche chi ne ha, tende a non considerare che una persona in condizione di disabilità non è la sua disabilità e, in quanto semplicemente ***"persona"*** ha una sua vita emotiva ed affettiva fatta di realtà e bisogni che esprime in maniera "peculiare" sì ma che sono presenti e che, anche quando vengono celati, non comunicati, debbono essere assolutamente considerati. Ecco dunque che per sostenere gli aspetti emotivi e per tentare una chiarificazione dei cambiamenti che andavano a susseguirsi, primo fra tutti l'assenza degli ***amici*** di laboratorio, si è iniziato un lavoro di continua ridefinizione di ciò che stava accadendo con un approccio cognitivo che ha dovuto tenere ovviamente conto del problemi di decodifica e di linguaggio degli ospiti ma anche con una modalità il più possibile personalizzata ed empatica, che tenesse conto delle reazioni emotive di ansia e di angoscia dei pazienti. Con un linguaggio semplice e comprensibile, talvolta anche con l'ausilio di una comunicazione alternativa (fatta di oggetti, immagini, foto) è stato spiegato che alcuni pazienti sarebbero rimasti a casa per un po'. La comunicazione è stata data per piccolissimi gruppi (in base al livello cognitivo) e laddove necessario individualmente. Quando possibile, ovvero quando il livello cognitivo lo consentiva, si è parlato di una brutta influenza che bisognava cercare di non prendere per evitare di assumere "tante medicine" (tema piuttosto caro). Di lì a spiegare che per cercare di non ammalarsi bisognava non uscire più dal Centro il passo è stato brevissimo. E dunque inevitabile l'angoscia per non poter vedere i propri familiari. In seguito alle ulteriori restrizioni comunicate dal Presidente del Consiglio l'11 marzo 2020 è stata poi decretata la chiusura all'esterno del servizio residenziale (**secondo cambiamento**) con sospensione di tutte le visite da parte di familiari, volontari, amici; sospensione dei rientri domiciliari. Le famiglie che hanno preferito interrompere la frequenza lo hanno fatto, consapevoli che la riammissione al Centro non sarebbe avvenuta prima di nuove disposizioni/regolamentazioni di riapertura. Al fine di garantire il mantenimento del legame e dei contatti con i propri cari, sono state garantite le **comunicazioni telefoniche** (anche con possibilità continua da parte dei familiari di ricevere l'aggiornamento sulle condi-

zioni cliniche dei propri congiunti attraverso contatti telefonici con l'equipe specialistica) e **videochiamate** con l'uso, ad esempio, di watshupp o Skype. Di fronte a questi mezzi di comunicazione inusuali per i nostri ospiti è stato possibile ridurre in parte la distanza fisica, avere migliore consapevolezza del tempo e dello spazio, cogliere dall'immagine video l'immediatezza della comunicazione. Tuttavia, è stato inevitabile interrompere quel canale comunicativo preferenziale che spesso la persona con disabilità utilizza, dove il tatto, il contatto corporeo è veicolo di emozioni e strumento di relazione. Non è stato facile contenere alcune reazioni emotive da parte dei pazienti e sostenere psicologicamente poi a distanza i familiari, pervasi dall'ansia della mancanza, dalla preoccupazione che la pandemia avrebbe potuto colpire sia i pazienti sia i familiari stessi, riattivando in maniera ancor più angosciante la tematica della morte e quella (sempre presente) del ***dopo di noi.*** Per qualcuno la videochiamata ha rappresentato una risorsa, per altri l'impossibilità di unire al canale visivo quello motorio/cinestesico ha determinato reazioni di chiusura, blocco della comunicazione. Per altri, senza familiari o nuclei di riferimento, è stato l'elicitazione indiretta di un bisogno purtroppo non facile da soddisfare. Il ***cancello e le porte chiuse***, sebbene simbolo di impedimento, sono state in realtà metafore di protezione. Più volte, nel corso dei colloqui di sostegno psicologico con le persone il cui RM consentiva un supporto di questo tipo, ho dovuto rispondere alla domanda ***"se il cancello è chiuso la malattia non entra, vero?"*** oppure ***"se mamma chiude bene la porta di casa il virus non passa?".*** Per mantenere vivo il rapporto con i familiari sono stati realizzati foto e video, che hanno consentito ai parenti a casa di avere contezza non solo di cosa facesse la persona in questo tempo "sospeso" al Centro, ma soprattutto di cogliere attraverso l'immagine lo stato d'animo e il benessere psico-fisico dei propri cari. Questo ha senz'altro reso più sopportabile la lontananza. Solo quando la normativa lo ha consentito è stato possibile autorizzare gradualmente le visite dei familiari secondo procedure molto rigide ma indispensabili a garantire la prevenzione del contagio. Misurazione della temperatura, guanti, mascherina, igienizzazione delle mani, compilazione del questionario di triage e distanziamento sono diventate ormai modalità acquisite sia dagli ospiti che dai familiari. È stato necessario dedicare un tempo di accurata presentazione delle procedure in modo da preparare gli interlocutori ad un nuovo modo di gestire l'interazione. Ancora una volta l'assenza di contatto fisico è stato l'elemento più difficile cui adattarsi anche se va detto che i pazienti hanno fatto ricorso a tutte le loro risorse per far fronte al cambiamento. Le crisi comportamentali che verosimilmente ci si poteva attendere in una situazione del genere sono state minori per intensità e frequenza.

Ristrutturazione delle attività

Le attività dei laboratori sono state riadattate partendo innanzitutto dal numero di utenti per laboratorio e garantendo il necessario ***distanziamento***. La sospensione del diurno e l'assenza di altri utenti, per i quali i familiari hanno deciso di effettuare il lockdown a casa, hanno consentito di ridurre ancor più il rapporto numerico operatore-utente, usufruendo di tutti gli ampi spazi del Centro. Durante l'attività quotidiana molta rilevanza è stata data alla realizzazione spontanea e guidata di ***elaborati*** fatti di materiali diversi,

con creazione anche di disegni e frasi spontanee dedicate alle persone a casa. Parallelamente si è scelto di potenziare ***l'attività teatrale ed espressiva*** per utilizzare la drammatizzazione di storie, fiabe racconti per elaborare il periodo privo di contatti con l'esterno ed esprimere i vissuti spesso repressi o esternati attraverso comportamenti disfunzionali. Si è mantenuta ed anzi potenziata l'attività motoria e fisioterapica (grazie agli ampi spazi ad essa dedicati interni ed all'aperto di cui può beneficiare il Centro) al fine di continuare a stimolare le pazienti sul piano motorio-prassico e agevolare attraverso il movimento lo scarico delle tensioni. Coreografie, balletti e improvvisati flashmob sono stati ripresi ed inviati, oltre che ai familiari, ai pazienti a casa e ai volontari che con il loro gruppo teatrale abitualmente frequentano il Centro e che settimanalmente inviavano agli ospiti una ***posta virtuale*** fatta di videomessaggi. Ovviamente il tutto proceduto secondo le norme sulla privacy. Nel complesso la giornata riabilitativa ha seguito la consueta routine al Centro fatta di azioni e compiti ben determinati che hanno avuto la funzione di potenziare le autonomie personali residuali, favorire l'orientamento spazio-temporale, incrementare le capacità relazionali. Il ***ritmo naturale*** del Centro è stato, di per sé, il fattore terapeutico primario, di contenimento, rassicurazione, elaborazione di vissuti, garanzia di "normalità". Lo stare insieme e vivere la medesima condizione di isolamento dal mondo esterno ha consentito al singolo di affrontare il cambiamento con risorse che tutto il gruppo ha messo in campo. Una resilienza per coì dire di sistema. L'assenza degli abituali flussi di entrata ed uscita del Centro ed il costituirsi di ***un'unica entità permanente*** composta da chi, a prescindere dall'avere o non una famiglia ad attenderlo, condivideva spazi ed emozioni ha facilitato l'accettazione di una chiusura forzata con l'esterno. All'aumentare delle notizie drammatiche sulle conseguenze nefaste del virus nelle strutture residenziali, un sentimento di protezione del gruppo ospiti ha alimentato il lavoro degli operatori con i quali è stato fatto un quotidiano sforzo di supporto psicologico per contenere ansie legate alla protezione della salute propria, dei propri familiari e dei pazienti. In questo senso l'attività teatrale per gli ospiti ha favorito indirettamente, anche negli operatori che si sono messi in gioco, la possibilità di esprimere ed elaborare paure ed angosce, utilizzando ancora una volta la ***prospettiva di gruppo*** per sentirsi non singolo ma ***sistema*** nell'affrontare l'emergenza. Particolare rilevanza ha assunto da questo punto di vista la realizzazione di una serie di video in cui, con la tecnica delle ombre cinesi e con la narrazione di voci fuori campo, è stata proposta ad esempio la storia a puntate del ***"Mago di Oz"***; capitolo per capitolo, con la stimolazione visiva delle ombre cinesi e con quelle audio delle voci drammatizzate, la storia è stata narrata sia agli ospiti in struttura che a quelle a casa. La metafora del viaggio, dell'assenza da casa, della forza dell'amicizia è stata ovviamente utilizzata per lavorare ancora una volta in maniera indiretta sugli aspetti emotivi sottesi.

Reazioni alle procedure:

L'uso della mascherina da parte degli operatori come strumento di protezione, sia per i pazienti (esonerati all'utilizzo per l'incompatibilità dell'ausilio con la disabilità) che per i lavoratori stessi, ha costituito solo

inizialmente un fattore di limitazione nella relazione di cura. In base alla gravità del quadro clinico, infatti, è stato difficile spiegare la motivazione alla base dell'utilizzo del mezzo di protezione e prevenzione e ha reso più difficile la comunicazione verbale e quella non verbale. Le pazienti più gravi, con residuo cognitivo inferiore, hanno manifestato inizialmente interesse o viceversa timore verso la mascherina, ma con l'aiuto dell'operatore che le ha esposte allo stimolo favorendone l'esplorazione (per una paziente, ad esempio, è stato utile esplorare e maneggiare una mascherina uguale a quella dell'operatore per superarne il timore) si è via via adattata. Ad oggi la mascherina è diventata un elemento dell'ambiente e non determina alcun effetto negativo se non produrre a livello dello stimolo sonoro (emissione della voce) una maggiore difficoltà uditiva e quindi la necessità di scandire il messaggio accertandosi che sia stata correttamente percepito e recepito. Maggiori difficoltà si sono riscontrate rispetto al distanziamento e alla resistenza ad utilizzare, soprattutto nelle prime fasi, il contatto corporeo come mezzo di comunicazione e rassicurazione. Indubbiamente, in particolare nei primissimi giorni dell'emergenza, nonostante il rispetto delle norme igieniche e l'utilizzo dei gel disinfettanti, è stata ridotto il ricorso al contatto corporeo, se non per quelle persone la cui disabilità prevede il tatto, la stimolazione percettiva come unica forma di comunicazione**.** Rispetto ***alla sospensione dell'attività ambulatoriale*** va detto che, a differenza di altri Enti che hanno sperimentato la tele-riabiliatazione, stante la tenera età di piccoli pazienti e la prevalenza, tra le diagnosi trattate, dei disturbi dello spettro e di gravissime condizione neurologiche il cui trattamento non può prescindere dalla presenza nel setting per così dire ***"in presenza"***, si è scelto di optare per la disponibilità ad effettuare un sostegno psicologico a distanza rafforzato anche dai longitudinali contatti con l'assistente sociale che ha sollecitato le famiglie a fruire degli ausili previsti dalle istituzioni (ad es. **Estensione dei permessi per i disabili e per l'assistenza ai disabili** in base al decreto rilancio) o, laddove necessario e possibile, ha favorito il lavoro di rete con i servizi del territorio che in alcuni casi hanno riattivato l'assistenza domiciliare. Fra gli strumenti previsti dai decreti emanati di particolare sollievo è stato quello che durante la fase di loockdown ha reso possibile per le persone (riconosciute invalide e in possesso del riconoscimento della legge 104) affette da grave disabilità intellettiva, disturbo dello spettro autistico e problematiche psichiatriche e comportamentali, estendere gli spostamenti oltre i famosi 200

metri dalla propria abitazione. Ciò in presenza di opportuna certificazione del servizio specialistico di riferimento. **Come è emerso anche dal confronto con altri colleghi di servizi analoghi, tramite il sostegno psicologico a distanza è stato rilevato che i familiari, impossibilitati a far visita ai propri congiunti al Centro, riscontravano:**

- Ansia per il ridotto contatto sociale
- Alterazione del tono dell'umore
- Angoscia per il timore del contagio
- Peggioramento di alcune patologie di base a causa dell'evitamento delle strutture sanitarie per la paura di ammalarsi
- Sentimenti di impotenza/senso di colpa per aver lasciato i propri congiunti in struttura
- Angoscia per la paura di non rivederli più

A fronte del mantenersi stabile del numero e della intensità delle crisi comportamentali interne alla struttura, si è riscontrato purtroppo, mediante il contatto continuo con i familiari dei pazienti a casa, un incremento di sintomatologia/problematicità (alterazione ritmo sonno-veglia, iperfagia, incremento, dei disturbi dell'umore, rifiuto di assumere la terapia farmacologica, rifiuto di indossare la mascherina all'esterno da casa, apatia vs agitazione psicomotoria, acting-out, diminuzione del livello di autonomia nelle attività di vita quotidiana, difficoltà a seguire la didattica a distanza, ecc). Ciò evidente segno che ***l'assenza della routine riabilitativa*** e la privazione del supporto specialistico sia di tipo educativo/assistenziale che psicologico, ha notevolmente destabilizzato la persona disabile con inevitabile incremento del carico per i familiari.

Considerazione a parte merita, a mio avviso, la riflessione sulla didattica a distanza per gli alunni con disabilità. Spesso i genitori hanno raccontato con senso di smarrimento la loro difficoltà ad "orientarsi" con pc e tablet e la difficoltà per i loro figli a seguire le indicazioni dell'insegnante di sostegno, per non parlare della riduzione inevitabile della inclusione. Alla problematicità relativa al gestire un rapporto non diretto, né immediato, fisico e contestualizzato, il bambino ha risposto con incremento delle difficoltà attentive, dei problemi oppositivi e comportamentali. Senza l'elemento relazionale e la routine della stimolazione quotidiana, la didattica a distanza ha aumentato la dipendenza e favorito purtroppo la regressione sia negli aspetti relativi agli apprendimenti che al comportamento. Occuparsi del figlio diversamente abile 24 ore su 24 ha costretto il genitore a vestire ininterrottamente i panni di insegnante/operatore/riabilitatore a discapito della relazione emotivo-affettiva.

Supporto a distanza al caregiver

Per la continuità terapeutica è stato fondamentale il sostegno psicologico a distanza con i caregiver e laddove la patologia lo ha consentito anche con il disabile stesso. L'interruzione della frequenza scolastica e/o dei centri riabilitativi ha comportato per i familiari una presa in carico globale, totale dalla gestione dei bisogni primari, alla cura degli aspetti relazionali, alla gestione degli apprendimenti, delle autonomie del tempo libero. Molte sono state le esperienze di resilienza del sistema familiare, dove ad esempio l'essere ***tutti a casa*** ha spesso (ma non sempre) favorito la cooperazione e la suddivisione dei compiti nella gestione del proprio congiunto. In alcu-

ni casi il carico educativo e soprattutto quello assistenziale ha determinato una forte destabilizzazione dell'ambiente domiciliare con un vero e proprio "collasso" del sistema (molti hanno riferito un successivo aumentato accesso alle consulenze medico-specialistiche per disturbi d'ansia, disturbi del sonno, depressione, ecc.). È stato consigliato di conservare una organizzazione il più possibile routinaria della giornata, mantenere contatti telefonici con le persone significative, non interrompere le terapie farmacologiche prescritte dal medico, non sostituirsi nelle azioni di autonomia quotidiana di base ma mantenere il più possibile la partecipazione attiva della persona con disabilità alla cura del sé. Si è suggerito di lasciare che la persona con disabilità gestisse alcuni momenti in autonomia, in base alla complessità del quadro clinico, esprimendo preferenze per attività e organizzando anche se per pochi minuti uno spazio ed un tempo autonomo (es. realizzare semplici attività occupazionali, magari tra quelle proposte durante le videochiamate con gli operatori). **Tutto in attesa di poter riabbracciare finalmente educatori ad amici.**



Distorsione della percezione temporale negli operatori sanitari impegnati contro SARS CoV-2 e ricadute su vissuto e performance individuale

Rosalba Zannini
Psicologa psicoterapeuta, Dirigente-Psicoterapeuta Consultorio Civitanova Marche Area Vasta 3 ASUR Marche

Filiberto Di Prospero
Direttore FF UOC Ginecologia Ostetricia, Ospedale di Civitanova Marche, Area Vasta 3 ASUR Marche

L'emergenza ed il problema dimenticato

Nell'emergenza sanitaria da COVID-19 molto si è parlato del "cosa fare" anche in modo purtroppo spesso contraddittorio e poco invece si è creato interesse riguardo gli aspetti di fragilità psicologica, emotiva e cognitiva degli operatori sanitari coinvolti, particolarmente in termini di ricaduta sul loro vissuto e performance individuale.
Essere connotati come eroi non ha facilitato l'emergere delle proprie fragilità psicologiche in questa fase di incertezza: allo stress dei turni e delle nuove situazioni assistenziali (con continui e talvolta non coerenti aggiornamenti operativi) si è unito un carico emozionale notevole conseguente alla alta mortalità degli assistiti, al loro grado di sofferenza, al contesto di alto isolamento operativo e spesso alla netta sensazione di impotenza. L'intensa fatica fisica, il dolore legato all'uso degli stessi Dispositivi di Protezione Individuale (DPI), i decessi dei compagni di lavoro, la paura di morire e quella di infettare i propri parenti e conviventi hanno reso ancora più emotivamente impegnativo il vissuto di ciascuno.

Il nuovo Coronavirus SARS CoV-2

I Coronavirus sono una ampia famiglia di virus respiratori noti per causare malattie che vanno dal comune raffreddore fino a gravi sindromi respiratorie. Comuni in molte specie animali hanno come cellule bersaglio primarie quelle respiratorie

e del tratto gastrointestinale potendo, seppur raramente, infettare e diffondersi anche nella specie umana attraverso un occasionale salto di specie (spill over).
Nel dicembre 2019 un nuovo tipo di polmonite virale è stato segnalato dalle Autorità Sanitarie Cinesi nella città di Wuhan (provincia dello Hubei, Cina). Nel gennaio 2020 un pool di scienziati dell'International Commitee on Taxonomy of Viruses (ICTV) ha ritenuto questo nuovo virus molto simile a quello che ha precedentemente determinato la SARS denominandolo quindi "Sindrome Respiratoria Acuta Grave Coronavirus 2" (SARS-CoV-2) e nel febbraio seguente l'Organizzazione Mondiale della Sanità (WHO) ha a sua volta denominato la malattia correlata come COVID-19 (dove CO sta per Corona, VI sta per virus, D per disease e 19 indica l'anno in cui la malattia si è manifestata per la prima volta).
Si tratta di una malattia altamente diffusiva, tanto da aver raggiunto rapidamente livelli di pandemia; una malattia che ha trovato la gran parte degli stati impreparati, con un alto numero di ospedalizzazioni e con una mortalità variabile probabilmente in funzione dei livelli assistenziali e comunque abbastanza elevata.

La risposta del Sistema Sanitario e gli adattamenti degli operatori

L'impatto improvviso di una epidemia senza precedenti inizialmente sottovalutato ha determinato repentini cambiamenti organizzativi in tutta l'articolazione del Sistema Sanitario Nazionale peraltro già sofferente in termini di risorse strumentali ed umane.
Questi cambiamenti hanno richiesto talvolta la trasformazione di interi ospedali e l'implementazione di nuove reti assistenziali. Gli operatori sanitari (Medici, Infermieri, OSS) quindi sono stati chiamati a confrontarsi rapidamente con nuovi setting assistenziali molto diversi da quelli abituali, talvolta in discipline diverse dalla assegnazione originaria, con turni di lavoro spesso massacranti in una situazione che da molti è stata paragonata all'invio in una prima linea di combattimento.
Un combattimento, tra l'altro, contro un nemico invisibile ed una patologia dai contorni in gran parte ancora sfumati, poco conosciuta (ampio è ancora il dibattito scientifico) contro la quale molti hanno lamentato carenza anche nella disponibilità dei DPI.

La percezione del tempo

Gli antichi greci differenziavano il concetto di tempo in Kairos, ossia un "tempo di qualità" contrapposto a Chronos, "tempo cronologico": il primo si conciliava con l'idea dell'efficacia dell'azione umana che deve essere tempestiva, dipendente da un ragionamento di durata non misurabile, ma "cruciale" nelle situazioni imprevedibili ed insolite.
Per Einstein invece la distinzione tra passato, presente e futuro era una pura illusione, per quanto ostinata.
La percezione del tempo, tuttavia, è comunque un aspetto fondamentale dell'esperienza quotidiana di tutti i giorni e la regolarità delle azioni che avvengono nei medesimi orari (dormire, mangiare, ecc.) è condizione che consente una programmazione di attività più complesse (es. relazioni sociali, business, ideazione, programmazione); una percezione strettamente individuale ma fortemente influenzata dal contesto fisico ed emotivo (1).

Aspetti neuropsicologici del senso del tempo

La percezione del tempo è una funzione complessa basata su una strategia di sistema che coinvolge più strutture nervose. Probabilmente tutti gli esseri viventi dotati di un sistema nervoso possiedono il senso del tempo.
Come il linguaggio e il senso dello spazio, il senso del tempo è prodotto da meccanismi nervosi emersi per selezione naturale. Il nostro cervello percepisce il tempo in relazione al succedersi delle informazioni che gli giungono e al loro progressivo cambiamento.
Studi di neuropsicologia ci indicano che il lobo frontale è in grado di riconoscere la sequenza temporale degli eventi avendo la capacità di identificare quali condizioni devono verificarsi prima, per rendere poi possibili condizioni successive. Oltre a questa sequenza logica, la nostra percezione del tempo è correlata a riferimenti temporali appresi (giorni, mesi, anni, secondi, minuti, ore).
La percezione del tempo è quindi un'esperienza del tutto soggettiva nella quale risulta implicata anche la memoria episodica, un tipo di memoria autobiografica che appartiene alla persona, che si forma a seguito di un evento e indica il cosa, il dove, ma anche il quando di tale situazione.
Tsao e coll. (2) hanno dimostrato come la memoria episodica si generi in aree cerebrali vicine che processano informazioni spaziali e che sono responsabili dell'esperienza del tempo. Uno studio precedente di Moser & Moser (3) aveva già individuato in una porzione dell'ippocampo, la Corteccia Entorinale Mediale (MEC) un gruppo di neuroni chiamati "grid cells" contenenti una mappa neurale dello spazio ambientale direzionalmente orientata e topograficamente organizzata, che permettevano la codifica dello spazio ambientale.
I neuroni della MEC rappresentano il tempo come una codifica dell'esperienza, fungendo da "neural clock", cioè organizzando l'esperienza in una precisa sequenza di eventi distinti, dando così un senso al tempo. L'attività neurale, infatti, non rappresenta la misura precisa del tempo oggettivo, ma di un tempo soggettivo derivato dal flusso delle esperienze in corso, interpretate come piacevoli o spiacevoli.
In conclusione, l'ippocampo è in grado di immagazzinare una rappresentazione omogenea di cosa, quando e dove.
Joe Paton e coll.(4) hanno anche dimostrato come manipolando l'attività neuronale di aree profonde del cervello dei topi sia possibile estendere o ridurre la percezione del tempo e che detta azione è mediata da una modulazione dei neuroni dopaminergici. Quanto più aumentava l'attività neurale, tanto più gli animali sottostimavano la durata dell'intervallo temporale.

Distorsione nella percezione del tempo: dopamina, emozioni e senso di minaccia

Sembra assodato che alla base della percezione temporale ci sia la produzione della dopamina da parte dei neuroni della substantia nigra. In studi sperimentali è stato osservato infatti come un aumento della produzione di dopamina porti a sottostimare il passare del tempo, mentre una diminuzione conduca ad una sovrastima (5).
È noto che gli eventi piacevoli stimolano la produzione di dopamina nel cervello, così il nostro orologio interno accelere-

rebbe, facendoci sembrare più breve il tempo trascorso. Quando viceversa la produzione di dopamina è bassa, come in situazioni tristi o anche in malattie come la depressione, il tempo ci sembra trascorrere più lento.
L'altra peculiarità è che le emozioni influenzano la percezione del tempo. Stimoli emotivi particolarmente intensi possono indurre il soggetto a "non accorgersi" del tempo che è passato.
In alcune circostanze, la difficoltà di percepire il tempo intercorso nello svolgimento di un'attività, può rappresentare un elemento di valorizzazione della stessa attività, la quale appare in grado di catturare l'attenzione del soggetto fino a "distrarlo" dai suoi riferimenti temporali.
È stato anche dimostrato come un soggetto esposto ad una serie di stimoli negativi, anche attraverso modalità sensoriali diverse, possa avere una percezione distorta del tempo (6), che tende generalmente a dare la sensazione di un tempo che sembra fermarsi, rallentare fino a offrire una netta sensazione di espansione anche chiamata "dilatazione temporale" (7) (8).
Quindi, stimoli minacciosi o negativi possono dilatare la percezione del tempo forse anche attuando un meccanismo fisiologico teso a favorire l'analisi, la concentrazione della nostra attenzione sulla minaccia; una percezione che è stata dimostrata possa essere determinata anche da eventi sociali stressanti (social stressors) (9) (10).

In termini di sopravvivenza la dilatazione del tempo di fronte ad una minaccia fa sì che la preda possa tentare di sfuggire al suo ruolo di vittima perché ha modo di amplificare tutti quei microsegnali che anticipano la possibilità di morire e questo le può offrire l'opportunità di scampare all'agguato.
Può nella nostra situazione emergenziale la dilatazione del tempo essere funzionale a questo scopo?
Gli enormi cambiamenti esterni imposti hanno determinato un ampliamento del tempo in quanto hanno per certi versi minacciato l'identità di ognuno (fisica, sociale, religiosa, nazionale, cc.) creando uno stato di allerta ed allarmismo senza possibilità di prevederne una fine temporale ed una chiarezza nelle modifiche essenziali da attuare e relativamente alla loro durata nel tempo. Assieme al disorientamento emerge forte il bisogno di ritrovare un senso di appartenenza (familiare, del vicinato, della nazione, cc.) proprio nel momento in cui lo spazio prossemico viene preservato dalla relazione con l'altro.
La sensazione comune della nostra memoria è che siano trascorsi mesi anziché giorni, anni anziché mesi: il nostro vissuto interno ha dovuto assimilare enormi cambiamenti tuttora in atto (per dirla con Piaget), sta ricercando un accomodamento tenendo presente la propria strutturazione personale, familiare, sociale, lavorativa, religiosa, ecc. per poi procedere gradualmente ad un vero adattamento all'ambiente esterno (11). Il punto è che questo ambiente esterno è mutevole nel tempo e nello spazio anch'esso dilatato da internet.

Rischi della distorsione temporale per gli operatori sanitari e strategie di prevenzione

Nel linguaggio in auge, la metafora della guerra erroneamente ci conduce ad

una logica dicotomica e muscolare della sopravvivenza in cui si uccide l'altro pur di sopravvivere e dove l'operatore sanitario appare come vittima sacrificale di un sistema sociale deresponsabilizzato che delega allo stesso il potere di vita o di morte, con tutte le conseguenze di osannarlo per poi altrettanto facilmente screditarlo.
Attraverso lo strumento umano del Medico e dell'Infermiere, dell'Ostetrica passano anche scelte strategiche poco o nulla condivise che li trovano ora appesantiti da indumenti che fanno intravedere solo lo sguardo e li privano degli usuali strumenti di rilevazione (colloquio, contatto fisico).
La comunità dovrebbe sentire l'onere di provvedere alla manutenzione di questo strumento umano fondamentale rafforzando i fattori protettivi (mascherine, salute mentale) e contestualmente abbassando quelli di rischio per elicitare una resilienza e una riprogrammazione di tutto il sistema delle cure e della qualità di vita.
Il tempo della cura nel reparto COVID, a differenza dell'esterno dove vige un tempo di attesa, si è dimostrato un tempo dove le decisioni vanno prese in modo veloce, senza conoscenza pregressa del paziente e dove la morte viene comunicata ai familiari, anch'essi per lo più sconosciuti, via telefono.
In questa situazione si è osservata frequentemente negli operatori la sensazione di vivere in una bolla temporale, una vera e propria dilatazione del tempo dove i giorni diventano mesi ed i mesi anni e durante la quale il senso di impotenza e la possibile insorgenza di burnout (impoverimento di energie, aumento della distanza mentale, cinismo verso il lavoro e gli altri, ridotta efficacia nel lavoro), possono impattare con funzioni importanti quali la concentrazione, la memoria ed il riposo notturno.
Tutto questo disagio interiore può quindi esporre i sanitari a valutazioni inadeguate e ad un maggior rischio di compiere errori e di infettarsi.

Le condizioni organizzative, relazionali e psicologiche non vanno quindi sottovalutate in contesti di emergenza, ma considerate misure di contenimento del rischio alla pari dei meccanismi di protezione: ad esempio, nell'organizzazione dei turni appare importante immaginare una coppia di operatori dove vi sia una funzione di controllo reciproco nella corretta esecuzione delle manovre protettive, appare ugualmente importante tra gli stessi operatori la conoscenza profonda reciproca che consente a ciascuno di essere vicariante e di sopperire ad eventuali contesti di vulnerabilità del collega. Infatti, il solo pensare di avere qualcuno su cui poter contare appare un fattore di resilienza personale importante.
Analogamente avere una possibilità



di dare nome e poter esprimere le intense emozioni vissute con persone di cui si ha fiducia consente di ripristinare la messa in gioco delle proprie energie e modificare nel tempo comportamenti che non si sono reputati efficaci nella gestione dei casi. Visto il ridotto tempo a disposizione e la forte tensione emotiva appare in periodi di emergenza auspicabile che negli stessi reparti tra colleghi si abbia la possibilità di sperimentare in momenti di pausa l'espressione catartica della propria vulnerabilità emotiva confrontandosi con figure-ponte che possono poi avvalersi di una supervisione psicologica: ciò anche perché il fatto che si viva la medesima esperienza facilita la comunicazione e riattiva la cura delle proprie ferite psichiche.
In situazioni emergenziali è necessario che la turnazione dia modo a ciascun operatore di recuperare l'intenso sforzo fisico e psichico per cui risulta importante il lavoro di équipe con un sistema che coordini un chiaro, diretto ed efficace passaggio di consegne ridotto all'essenziale (12).

L'isolamento (distanziamento) sociale è comunque l'aspetto caratterizzante questa specifica epidemia che non consente neanche rituali collettivi di commiato, e per gli operatori sanitari, oltre al SARS CoV-2, il rischio è di esserne "contagiati" con ulteriore discapito per la propria salute mentale, ma del vivere e di eventuali strategie di protezione psicologica degli operatori, al di fuori delle turnazioni, poco o nulla si è detto.
Il problema è invece certamente rilevante e studi cinesi recenti, carenti per la mancanza di follow-up e il breve tempo di osservazione, rilevano tuttavia prevalenza di sintomi depressivi (50,4%), ansia (44,6%), insonnia (34%) nel personale impegnato nei reparti Covid-19 (13) (14).
Tuttavia, affrontare una emergenza non necessariamente significa sviluppare malattia mentale o un disturbo post-traumatico da stress.
Dipende molto dalla prospettiva temporale indirizzata al futuro in cui ci poniamo (15) la programmazione delle nostre azioni ed il nostro fare quotidiano.
Abbiamo visto come in una situazione altamente stressante e di isolamento sia preponderante la distorsione della percezione del tempo e come intervenire precocemente sul formarsi di una alterata percezione soggettiva e sul senso soggettivo di minaccia possa avviare aspetti di nuova progettazione limitando conseguenze negative personali e sistemiche.
Il mantenimento di routine quotidiane, la condivisione-discussione delle percezioni, la protezione dall'isolamento sono solo alcune tra le possibili azioni.
Considerando anche il gradiente di resilienza e capacità di coping individuali con cui ciascuno si è trovato in questa nuova emergenza sarebbe fondamentale potenziare negli operatori il senso di appartenenza ad una società che accoglie tutte le emozioni (non giudicandole), facilitandone così la consapevolezza-accettazione dei propri limiti e la fiducia nelle capacità creative e protettive del team.

BIBLIOGRAFIA

The Influenze of affective factors on time perception. Angrilli A. et all. Perception and Psychophysics 1997;59(6):972-982;

Integrating time from experience in the lateral entorhinal cortex. Tsao A., Sugar J., Lu L., (2018). Nature 561,57-62.

Hippocampus-independent phase precession in enthorinal grid cells. Hafting T., Fyhn M., Bonnevie T., Moser M.B., Moser L. Nature 26 June 2008, Vol. 453 Doi: 10.1038

Midbrain dopamine neurons control judgment of time. Soares S., Atallah B.V., Paton J.J. Science 2016 Dec 9;354(6317):1273-1277

Distorsion of subjective time perception within and across senses. Van Wassenhove et Al. PloS one 2008;3(1):e1437;

How emotions colour our perception of time. Droit-Volet S. et all. Trends in Cognitive Sciences 2007;11(12):504-513;

When time slows down: the influence of threat on time perception in anxiety. Bar-Haim Y. et all. Cognition and Emotion 2010;24(2):255-263;

The effect of predictability on subjective duration. Paiyadath V., Eagleman D. PloS One 2(11): e 1264, 28/11/2007

The influence of social stress on time perception and psychophysiological reactivity. Van Hedger K. et all. Psychophysiology 2017;54(5):706-712;

Social exclusion and the deconstructed state: Time perception, meaninglessness, lethargy, lack of emotion and self-awareness. Twenge J.M., Catanese K.R., Baumeister R.F. J. Pers. Soc. Psychol 2003 Sep; 85(3):409-23

La costruzione del reale nel bambino. Jean Piaget. Ed. La Nuova Italia, giugno 1999

Just think: the challenges of the disengaged mind. Timothy D. Wilson, David A. Reinhard, Erin C. Westgate, Daniel T. Gilbert, Nicole Ellerbeck, Cheryl Hahn, Casey L. Brown, Adi Shaked Science 04 Jul 2014: vol.345 Issue6192, pp 75-77, DOI

Factors associated with mental health outcomes among health careworkers exposed to coronavirus disease 2019. Jianbo L., Simeng M., Ying W., et al. (2020). Jama Network Open.

The mental health of medical workers in Wuhan, China dealing with the 2019 novel coronavirus. Kang L., Hu S., Chen M., Yang C., Yang B. et al. Mar 2020 vol.7 N°3 217-290, 8-14, 5/02/2020.

The time paradox: The new psychology of time that will change your life. Zimbardo P. & Boyd J. (2008), Simon and Schuster.

La promozione della salute: il ruolo degli psicologi

Clizia Pugliè
Psicologa, psicoterapeuta

La promozione della salute è stata definita dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (O.M.S) nel documento del 1986 'Carta di Ottawa' in cui si legge: ***"La Promozione della Salute è il processo che conferisce alle popolazioni i mezzi per assicurare un maggior controllo sul loro livello di salute e di migliorarla****. Questo modo di procedere deriva da un concetto che definisce la salute come la misura in cui un gruppo o un individuo possono, da un lato,* ***realizzare le proprie ambizioni e soddisfare i propri bisogni*** *e, dall'altro,* ***evolversi con l'ambiente o adattarsi a questo.***

La salute è dunque percepita come una risorsa della vita quotidiana e non come il fine della vita; è un concetto positivo che mette in valore le risorse sociali e individuali, come le capacità fisiche. ***Così, la promozione della salute non è legata solo al settore sanitario: supera gli stili di vita per mirare al benessere.***

Il documento O.M.S riprende la definizione di salute antecedente (O.M.S 1948) per il quale la salute è uno ***"stato di completo benessere fisico, psichico e sociale e non semplice assenza di malattia"***. La salute è un diritto sancito dall'art. 32 della costituzione italiana e come tale questo principio assegna agli Stati e alle loro articolazioni compiti che vanno ben al di là della semplice gestione di un sistema sanitario.

Prima di entrare nel merito su cosa 'accomuna' gli psicologi e la promozione della salute (P.d.S) vediamo velocemente dei concetti chiave che ci offrono una struttura di riferimento:

1. **Empowerment**: Nella Carta di Ottawa tra i compiti della promozione della salute vi è la funzione di rinforzare l'azione comunitaria e le attitudini/competenze individuali. Ciò, in termini psicologici è assimilabile all'"empowerment" che scaturisce dalla convinzione di potere influire sulle decisioni nella propria vita , a livello delle organizzazioni e a livello di comunità
2. **Epidemiologia**: è una disciplina biomedica e studia la distribuzione e la frequenza delle malattie. Si occupa di analizzare le cause, il decorso e le conseguenze di queste. È utile alla promozione della salute perché dai suoi dati derivano i bisogni di salute reali della popolazione su cui impostare i progetti.
3. **Evidence–Based Practise (EBP):** la pratica in sanità basata sulle evidenze scientifiche. Nella promozione della salute ci sono delle difficoltà a evidenziare la scientificità dei progetti a causa delle caratteristiche di questi in

quanto concorrono molteplici variabili non sempre identificabili e misurabili, ma ad oggi iniziano ad esserci delle pratiche oggettivamente validate anche di promozione della salute. Fondamentale è, prima di implementare un progett , verificarne la validità delle strategie usate, una volta finito il progetto, misurare le variabili di cambiamento evidenziate.

4. **Disuguaglianze di salute**: si creano quando non vengono garantiti a tutti gli stessi diritti ed opportunità per migliorare i determinanti di salute, pertanto l'individuo non può scegliere né controllare la propria salute nei paesi dove ci sono maggiori disuguaglianze di salute le aspettative di anni di vita sono inferiori. I determinanti di salute sono i seguenti:



5. **Legge n° 56 del 18/2/1989 'Ordinamento della professione di psicologo'**; art.1: . La professione di psicologo comprende l'uso degli strumenti conoscitivi e di intervento per la **prevenzione,** la diagnosi, le attività di abilitazione-riabilitazione e di sostegno in ambito psicologico **rivolte alla persona, al gruppo, agli organismi sociali e alle comunità.** Comprende altresì le attività di sperimentazione, ricerca e didattica in tale ambito.
6. **Metodi tratti da Teorie psicologiche utilizzate nella P.d.s:**
   - Psicologia umanistica (Rogers, Maslow etc)
   - Psicologia cognitivo-comportamentale (es. nell'Intervento Motivazionale Breve - IBM - e counselling motivazionale per cambiamento stili di vita)
   - Psicologia sociale/di comunità: per l'empowerment di comunità.

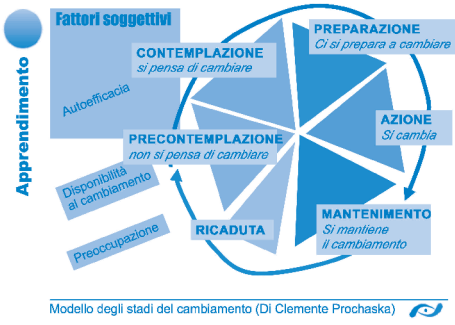
Dopo avere accennato ad alcuni concetti utili per inquadrare il rapporto tra lo psicologo e la promozione della salute, entriamo nello specifico del **ruolo dello psicologo nella promozione della salute.** Ecco alcuni esempi:

A) l'Health literacy, alfabetizzazione alla salute. Un compito del promotore di salute è fare in modo che il cittadino capisca e traduca in azioni le informazioni. Questo non significa solo trasferire le necessarie conoscenze e competenze al fruitore-utilizzatore delle informazioni, ma è necessario assicurarsi che esse siano facilmente comprensibili all'utente. Numerosi studi hanno infatti dimostrato che il materiale informativo sanitario distribuito al paziente, sia in forma cartacea che pubblicato in rete, è adatto ad un livello di istruzione più elevato rispetto alle capacità di lettura del cittadino medio.
Favorire lo sviluppo dell'health literacy significa anche ridurre le disuguaglianze di salute: è opportuno che l'elaborazione dei messaggi di promozione della salute tenga conto delle differenze individuali e delle comunità nell'approccio alla salute, considerando in modo particolare il ruolo della famiglia, il contesto socioculturale e il livello di istruzione.
Fornire informazioni utili, precise e facilmente comprensibili è un punto di partenza fondamentale per costruire le competenze di salute. Pertanto, i materiali informativi devono essere adattati,

anche nel contenuto e nella forma, alle differenze culturali ed individuali
Per la sua formazione, lo psicologo possiede delle competenze comunicative richieste al promotore di salute nell'ambito dell'alfabetizzazione sanitaria, ovvero, fornire degli strumenti che permettano l'utenza di ottenere, elaborare e capire informazioni sanitarie di base ed accedere a servizi necessari per effettuare scelte consapevoli". In pratica essere in grado di acquisire, comprendere e utilizzare informazioni per la propria salute.
Su come operare per 'alfabetizzare' ci sono delle indicazioni molto pratiche (Dors): es spiegare i termini tecnici, usare esempi o immagini, evitare frasi lunghe e complesse etc. Modalità che sono da sempre utilizzate dallo psicologo, soprattutto per chi lavora in alcuni ambiti, es nella psicologia delle disabilità .
B) I test e questionari psicometrici sono utilizzati per valutare la salute percepita e improntare progetti o valutarli. Come accennato, una criticità dei progetti di promozione della salute è la validità scientifica. Lo psicologo esperto in psicometria può concorrere a validare i progetti tramite la verifica dei risultati, sottoponendo, in progetti di ricerca, il target a valutazioni pre e post-intervento sul benessere percepito della persona, sulla motivazione al cambiamento etc.
C) Ambito scolastico: Dal 2008 il MIUR ha inserito l'insegnamento di 'Cittadinanza e costituzione' nelle scuole che si basa su competenze personali, sociali e civili raccomandate dall'Unione Europea, ovvero sulle competenze chiave per l'apprendimento permanente, le cosiddette life skills.
Nel glossario della promozione della salute dell'OMS (1998) le **Life Skills** (L.S) vengono definite "l'insieme delle abilità utili per adottare un comportamento positivo e flessibile e far fronte con efficacia alle esigenze e alle difficoltà che si presentano nella vita di tutti i giorni".
Secondo l'OMS (1998) le life skills sono "…quelle abilità che è necessario apprendere per rapportarsi con fiducia a sé stessi, mettersi in relazione con gli altri e per affrontare i problemi, le pressioni e lo stress della vita quotidiana… Rappresentano l'insieme delle competenze cognitive, emotive e relazionali che consentono all'individuo di far fronte efficacemente alle difficoltà della vita quotidiana, attivando comportamenti positivi e di adattamento".
Le L.S sono molteplici, l'O.M.S ne ha individuate dieci fondamentali ritenute alla base del benessere e della salute psichica e di tutte le persone, raggruppabili in tre macroaree:
Abilità emotive: Consapevolezza di Sé, Gestione delle emozioni, Gestione dello stress
Abilità sociali: Relazioni efficaci, Empatia, Comunicazione efficace
Abilità cognitive: Pensiero Critico, Pensiero Creativo, Problem solving, Decision Making.
Le life skills sono abilità indispensabili nella vita di tutti i giorni, specialmente nella realtà scolastica, sia per il bambino che per l'adolescente.
Sono molteplici, trasversali, precoci e acquisibili. Lo psicologo, soprattutto quello clinico, impronta la sua consulenza lavorando sulle life skills dell'utente.
D) Consulenza individuale per cambiamento stili di vita, vi sono vari modelli, attinenti spesso varie teorie psicologiche, che sono utilizzati in promozione della salute, ad esempio:
- **Health Belief Model** (Rosentosock e Becker ,1974)
- **Self Efficacy model** (Bandura, 1977)
- **Locus of control model** (Rotter, 1966)

- **Modello Transteorico** (Prochaska e Di Clemente, 1982).

Questo ultimo è stato elaborato da James Prochaska e Carlo Di Clemente nel 1982 con lo scopo di capire come si produce un cambiamento, inizialmente applicato nel mondo delle Dipendenze.
Il modello rappresenta le fasi che attraversa una persona quando desidera cambiare un comportamento, in cui il livello di motivazione è fondamentale.
La ruota del cambiamento prevede 6 fasi in un modello circolare (secondo i due psicologi in media una persona, ad esempio, per smettere di fumare percorre la ruota 4 volte prima di abbandonare tale abitudine, nel modello infatti è compresa la ricaduta).
Schema della 'ruota' del cambiamento.



Modello degli stadi del cambiamento (Di Clemente Prochaska)

Una modalità poi utilizzata nella promozione della salute per aiutare a cambiare gli stili di vita è l'**Intervento Motivazionale Breve** (IBM)/counselling motivazionale per il cambiamento degli stili di vita caratterizzati da dei passi precisi e in un tempo limitato.
Le competenze comunicative del counselling sono le stesse che lo psicologo usa nel proprio lavoro clinico (soprattutto nell'approccio rogersiano attraverso il metodo dell'ascolto attivo). Queste competenze sono spesso però 'insegnate' ad un livello basico a tutti gli operatori sanitari che operano a contatto con il pubblico nei cosiddetti 'setting opportunistici' (es. ostetriche nei consultori, medici di medicina generale etc.) e se questo, da una parte porta a raggiungere un numero maggiore di utenza rispetto a quella che potrebbe essere raggiunta solo dagli psicologi, dall'altra rischia di fornire in modo superficiale e a personale di altra formazione, degli strumenti talmente basici non sufficienti a gestire senza difficoltà la consulenza sul cambiamento .

Le caratteristiche del **promotore di salute**, comunque, spaziano in più campi, come si evince dal seguente esempio di **azioni che il promotore di salute deve attuare per implementare il movimento nella popolazione** (Carta di Toronto - OMS 2010):

1. Adottare strategie basate sulle evidenze, rivolte sia alla popolazione generale che a sottogruppi specifici, in particolare a coloro che devono affrontare maggiori ostacoli;
2. Adottare un approccio più equo, finalizzato a ridurre le disuguaglianze sociali e di salute e le disparità di accesso all'attività fisica;
3. Affrontare i determinanti ambientali, sociali ed individuali dell'inattività fisica;
4. Implementare azioni sostenibili attraverso una collaborazione tra più settori a livello nazionale, regionale e locale, per ottenere un impatto maggiore;
5. Sviluppare le competenze e sostenere la formazione nell'ambito della ricerca, della pratica, delle politiche, della valutazione e della sorveglianza;
6. Utilizzare un approccio mirato all'intero ciclo di vita, considerando i bisogni dei bambini, delle famiglie, degli adulti e degli anziani;
7. Chiedere ai decisori e alla comunità in

generale un maggior impegno politico e le risorse per l'attività fisica;
8. Garantire la presenza di sensibilità culturale e adattare le strategie alle differenti "realtà locali", ai diversi contesti e alle diverse risorse;
9. Facilitare le scelte di salute personali, facendo in modo che l'attività fisica sia la scelta più facile.

Al fine di enucleare quali competenze il promotore di salute debba avere a livello internazionale sono uscite le seguenti, vi si possono riconoscere i vari aspetti di cui abbiamo trattato in questo articolo:

Competenze del promotore di salute (CompHP2012)

1. Facilitare il cambiamento
Facilitare individui, gruppi, comunità e organizzazioni a ***sviluppare capacità per l'azione di promozione della salute,*** al fine di migliorare la salute e ridurne le diseguaglianze.

2. Advocacy per la salute
Promuovere e sostenere pubblicamente le idee, insieme e per conto di individui, comunità e organizzazioni, per il miglioramento della salute e del benessere e per sviluppare le capacità necessarie per le azioni di promozione della salute.

3. Mediare attraverso la Partnership
Lavorare in modo collaborativo tra diverse discipline, settori e partner, per rafforzare l'impatto e la sostenibilità dell'azione di promozione della salute.

4. Comunicazione
Comunicare efficacemente le azioni di promozione della salute ***utilizzando tecniche e tecnologie appropriate per diversi tipi di pubblico.***

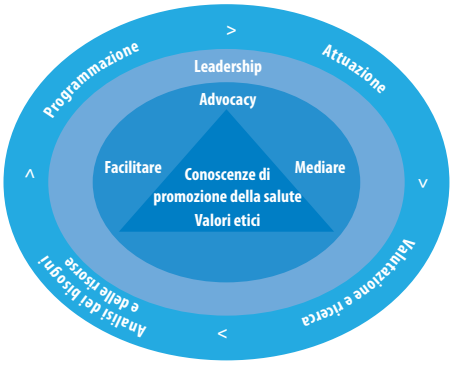
5. Leadership
Contribuire allo sviluppo di una visione condivisa e di un orientamento strategico per l'azione di promozione della salute.

6. Analisi dei bisogni e delle risorse
Condurre un'analisi dei bisogni e delle risorse, in collaborazione con gli stakeholder, nel quadro dei determinanti politici, economici, sociali, culturali, ambientali, comportamentali e biologici che promuovono o compromettono la salute.

7. Programmazione
Sviluppare finalità e obiettivi di promozione della salute misurabili, in base all'analisi dei bisogni e delle risorse e in collaborazione con gli stakeholder.

8. Attuazione
Mettere in atto un'azione di promozione della salute efficace, efficiente, rispettosa delle differenze culturali ed etica in collaborazione con gli stakeholder.

9. Valutazione e Ricerca
Queste competenze sono riassunte nello schema seguente:



Molte di queste competenze fanno parte già del bagaglio dello psicologo (es. le competenze comunicative su cui è formato gli permettono facilmente di rivestire il ruolo di facilitatore, di mediatore, formatore di metodi specifici di cui sopra etc.) e nell'ambito della promozione della salute potrebbe essere auspicabile anche specializzarsi solo in alcune di queste.

Lo smart working dello psicologo tra le mura domestiche e la tutela del paziente

Margherita Patrignani
Avvocatessa Consulente Ordine Psicologi Marche

In tempi di distanziamento sociale, anche i liberi professionisti hanno dovuto adottare soluzioni di smart working. Traendo spunto dall'esperienza quotidianamente di alcuni professionisti, ecco i criteri di accountability per la scelta delle piattaforme di lavoro agile nel rispetto della protezione dei dati.

Sullo smart working e sulla sicurezza del lavoro agile è stato già detto tanto ed è comunque utile tener conto, anche grazie ad una recente raccolta realizzata dall'Autorità Garante, dell'evoluzione normativa che si è quasi affastellata in materia:

- art. 1 comma I lett. n) del DPCM 4.3.2020, in sostituzione dal primo marzo dell'art. 2 del DPCM del 25 febbraio 2020; DPCM dell'11 marzo 2020;
- D.L. n. 18 del 17 marzo 2020;
- D.L. n. 19 del 25 marzo 2020, all'art. 1 lett. ff);
- DPCM del 10 aprile 2020 all'art. 1 comma I lett. ii) -a).

È certo che — in remote working — il modus operandi di alcune professioni, tra cui quella dello psicologo, è cambiato notevolmente, e forse anche in modo irreversibile.

La nota definizione di smart working, di cui alla L. n.81/2017, seppure nella modalità oggi applicata in deroga alla stessa, specialmente per alcune formalità in essa contenute, pone senz'altro l'accento sulla flessibilità organizzativa, sulla volontarietà delle parti nonché sull'utilizzo di strumentazioni che consentono di lavorare da remoto (come ad esempio: pc portatili, tablet e smartphone).

Quindi, se da un lato vi è la necessità di individuare e non di meno imparare ad utilizzare, proprio dal punto di vista tecnico (funzioni e potenzialità) le piattaforme per le web conference, dall'altro vi è la necessità di disporre di applicativi software specifici al fine di poter svolgere le prestazioni richieste.

Nella scelta della piattaforma va anche considerato che, in molti casi, è il cliente ad imporne una e quindi il professionista, suo malgrado, si trova a prendere confidenza con diverse soluzioni per venire incontro alle esigenze, di volta in volta, manifestate dalla committenza.

Fortunatamente, la maggior parte delle piattaforme — rese oggi disponibili — ha un set di comandi di facile comprensione grazie all'uso di icone sostanzialmente similari (microfono, videocamera con il simbolo della cinepresa ecc.).

Imparare un adeguato livello l'utilizzo tecnico di tali piattaforme è proprio necessario. Conoscere, infatti, le modalità per rendere la comunicazione efficace, attraverso questo mezzo (per la maggior parte dei professionisti sperimentato, per la prima volta da poche settimane) non è poca cosa.

Le piattaforme dedicate alle videoconferenze sono lo strumento principale per sopperire alle limitazioni imposte dalla condizione attuale che ha annullato gli spostamenti.

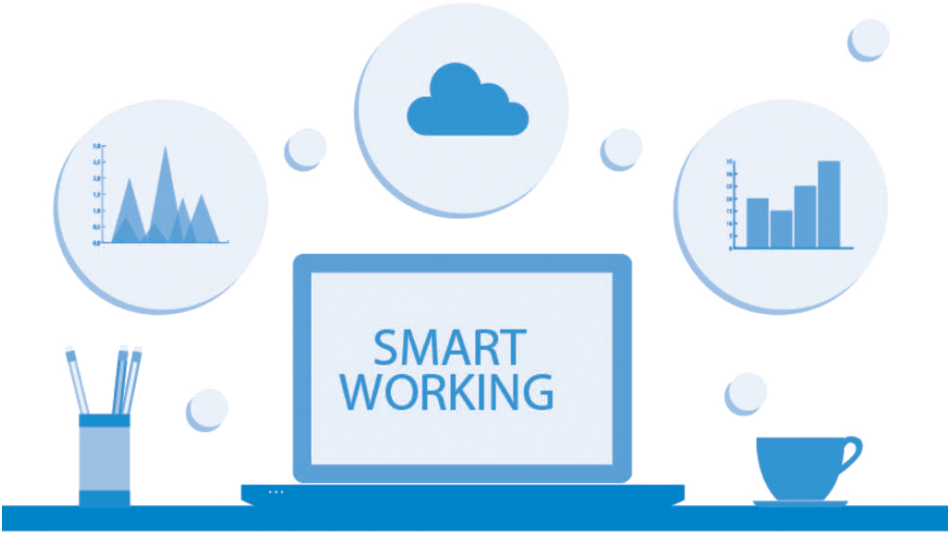
Esse si prestano all'organizzazione di assemblee, riunioni, eventi anche in streaming, video, formazione e sono uno strumento indispensabile per favorire, le diverse forme di collaborazione aziendale tra le risorse, indicata anche come ***"unified collaboration"***.

Non è facile prevedere oggi, come dopo la ripresa — sia pur lenta e graduale — verranno utilizzate, ma è altrettanto facile immaginare che chi le ha provate, non possa non aver apprezzato i notevoli vantaggi, quali la facilità nell'utilizzo delle funzioni base, la condivisione dello schermo, la registrazione della call.

Il cambiamento delle modalità lavorative in fase emergenziale ha sicuramente avuto un impatto notevole per la categoria professionale degli psicologi che, più di altri, sono oggi chiamati a gestire le prestazioni a distanza sia dal punto di vista del rispetto della normativa in materia di privacy, che dal punto di vista del rapporto con il paziente/cliente.

La professione dello psicologo, annoverata tra le professioni sanitarie, ha comportato l'ingrasso del trattamento psicologico a distanza nella sfera della Telemedicina (oggetto di Linee di indirizzo da parte del Ministero della Salute nel 2012 **http://www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6_2_2_1.jsp?lingua=italiano&id=2129** e di *Linee guida per le prestazioni psicologiche via internet e a distanza* del 2017), trattamento ritenuto ammissibile e lecito a patto che sussista:

1. Una Informativa sui trattamenti (esame, trasmissione remota, utilizzo, ecc.) chiara e dettagliata sulla prestazione dati;
2. Il Consenso informato dei pazienti per cui occorre portare a conoscenza



del paziente in modo chiaro le informazioni necessarie a permettere una scelta ponderata. Nel particolare caso delle prestazioni a distanza, occorre valutare l'opportunità di esplicitare specificamente i rischi che eventualmente si potrebbero correre per la mancanza del contatto fisico e dello sguardo clinico del professionista;

3. Il professionista che si serve di tecnologie elettroniche per la comunicazione a distanza è tenuto a utilizzare sistemi hardware e software che prevedano efficienti sistemi di protezione dei dati (una connessione di rete sicura, pc dotati di antivirus e di programmi aggiornati etc.).

Se fino a qualche anno fa, dunque, questa modalità di intervento era impensabile, le nuove tecnologie hanno permesso lo svilupparsi di modi differenti di entrare in relazione rispetto quelli tradizionali, come anche la possibilità di mantenere in vita rapporti già esistenti, magari afferenti all'ambito professionale, attraverso nuovi strumenti.

In questo contesto, lo psicologo deve sempre fare riferimento al codice deontologico e ai suoi articoli, bussola irrinunciabile per tutelare utente e professionista.

Conoscere le ***best practices*** e l'ambito, anche normativo, entro cui il professionista può muoversi in sicurezza, pertanto, rappresenta certamente un passaggio fondamentale, anche di adattamento rispetto al momento storico che stiamo vivendo, da affrontare con curiosità, ma anche con una sana dose di prudenza nell'esplorare le opportunità fornite dalle nuove tecnologie, nelle quali lo scambio comunicativo avviene con regole differenti rispetto a quelle tradizionali a cui siamo abituati.

In questo contesto, lo psicologo deve sempre fare riferimento al codice deontologico e ai suoi articoli, bussola irrinunciabile per tutelare utente e professionista.

Conoscere le ***best practices*** e l'ambito, anche normativo, entro cui il professionista può muoversi in sicurezza, pertanto, rappresenta certamente un passaggio fondamentale, anche di adattamento rispetto al momento storico che stiamo vivendo, da affrontare con curiosità, ma anche con una sana dose di prudenza nell'esplorare le opportunità fornite dalle nuove tecnologie, nelle quali lo scambio comunicativo avviene con regole differenti rispetto a quelle tradizionali a cui siamo abituati.

Per un incontro da donna a donna: il setting terapeutico rogersiano come "una stanza tutta per sé"

Francesca Carubbi
Psicologa e psicoterapeuta rogersiana

Introduzione: perché una psicoterapia rogersiana al femminile

Verso la fine della sua opera ***"A Room of One's Own"*** (1928), Virginia Woolf esorta le giovani generazioni femminili, o più precisamente, le future scrittrici nel guadagnare il loro spazio, non solo letterario, bensì di legittimazione esistenziale, al fine di non soccombere al maschilismo letterario imperante. In tal senso, avendo sempre considerato la psicoterapia un'arte della narrazione di sé, ho voluto prendere in prestito questo pensiero per iniziare questo articolo su incontri al femminile nella stanza di psicoterapia. Perché una psicoterapia al femminile? Nelle storie che ho avuto l'onore di ascoltare ho trovato tante ferite di mancato riconoscimento, di non amore, di sadica distorsione delle proprie potenzialità. Ma, allo stesso tempo, una profonda tendenza attualizzante (Rogers, 1951) che non aspettava altro che essere facilitata e sostenuta con vigore. Oltre a ciò, le ferite che ho raccolto hanno avuto, un po' tutte, qualcosa di me. Smacchi che hanno messo a dura prova la mia congruenza o autenticità (Rogers, 1957; 1962). Imbrogli esistenziali che hanno rischiato di travolgermi in un'identificazione con l'Altra dinanzi a me, facendomi perdere il contatto, la mia capacità di ascolto, il mio empowerment (Carl Rogers, 1977) di "guaritrice ferita" (Moselli, a cura di, 2008). Da qui, il setting terapeutico al femminile ha spesso rappresentato una stanza tutta per loro, per le loro vite, ferite, speranze, emozioni e cicatrici. Uno spazio per sé, come mi disse, ad esempio Laura, ***"dove il tempo può fermarsi, dove mi sento più libera, dove non devo vivere, per forza, freneticamente".*** O per Eugenia, che è entrata nel mio Studio a bassa voce, in punta di piedi per non disturbare e per non farsi notare, per la paura di essere aggredita. Nel mio studio, sono entrate tante storie di discriminazioni, dipendenze patologiche, violenze, di Crisi esistenziali, dove le richieste dell'esterno, le aspettative altrui (Rogers, 1961) hanno preso il sopravvento sulla loro fresca vitalità. A Laura ed Eugenia, eroine e protagoniste di questo articolo, è dedicato questo scritto che vuole dare un piccolo scorcio alle potenzialità di un setting terapeutico da Donna a Donna. Da qui, dopo aver descritto il

notevole contributo dell'Approccio Centrato sulla Persona nel promuovere un empowerment al femminile e, passerò a trattare la mia esperienza clinica con le mie due clienti, in termini di facilitazione della loro Tendenza Attualizzante (Rogers, 1951), focalizzandomi, nell'ultima parte, sulla descrizione delle "condizioni necessarie e sufficienti" (Rogers, 1957: 1962) che hanno permesso il processo terapeutico.

La teoria. Il Contributo dell'Approccio al Femminile

Carl Rogers (Rogers 1965; 1967; 1977; 1980) si è occupato molto di donne. Nei suoi scritti appare una profonda gratitudine verso il mondo femminile ed un profondo rispetto verso le loro lotte di emancipazione e lotta per la loro crescita personale (Rogers, 1977). Pensiamo, ad esempio a Barry Stevens, con cui scrisse l'opera "Person to Person" del 1967, oppure a Gloria (Rogers, 1965), che il Nostro facilitò nel celeberrimo film ***"Three approaches to psychoterapy – All Three session"***, insieme a Perls (Terapia della Gestalt) ed Ellis (Rational Emotive Behavior Therapy). Gloria che, nei fiorenti anni '60 nordamericani, rappresenta una icona rivoluzionaria nel suo modo di pensare. Una Donna che, nonostante la paura del giudizio, nonostante il commensurabile amore verso sua figlia, non intende rinunciare alla propria responsabile e libera vitalità. Gloria che può sentirsi in modo rivoluzionario madre e donna e che può esperire direttamente cosa significhi, da un punto di vista umano e autentico, la piena accettazione dei suoi vissuti, momento per momento. Ma, probabilmente, Ellen West, o meglio la rivisitazione in chiave rogersiana (Rogers, 1980) del famoso caso di Binswanger (Binswanger, 1944, cit. in Rogers, 1980), ci mostra l'importanza, se all'epoca fosse stato possibile, di un ascolto centrato sul cliente, al fine di una corretta esplorazione e simbolizzazione del malessere pervasivo di cui soffriva la ragazza. Etichettata, infatti, come grave isterica, depressa, a tratti psicotica, Ellen, veniva sì curata nella sua patologia medica, ma ne veniva, ahimé, tralasciata la parte squisitamente unica ed irripetibile della sua identità, il significato, profondamente soggettivo, del suo malessere, di ciò che voleva comunicare al resto del mondo. Il sintomo, in altre parole veniva costantemente medicalizzato e non ascoltato nella propria unica verità. Ne venivano abortite, in tal modo, la sua vitalità, la sua Tendenza Attualizzante, la sua Fiducia Organismica nella valutazione degli eventi (Rogers, 1951). Ellen, infatti, come ci ricorda lo stesso Rogers (Rogers, 1980), anelava ad una sua libertà, ad una sua emancipazione degli affetti: sapeva che dentro di sé aveva tutti gli strumenti adatti per fiorire, per rinascere a nuova vita. Ma quando ciò stava per succedere, ecco che il suo ambiente di riferimento era, lì, pronto a biasimarla, a considerare i suoi sogni, le sue aspirazioni, come capricci infantili da rieducare. E, così, come triste epilogo, Ellen, profondamente sola e non compresa (***"Io grido ma loro non mi sentono"***) (Rogers, trad. It 1983, pag. 148) ha trovato il modo più tragico per dar voce alla propria Tendenza Attualizzante, per liberarla: se avesse potuto dar parola alla sua essenza, alla sua verità interiore, Ellen, come ci ricorda l'Autore (ibidem), avrebbe appreso che la vita, nonostante la fatica ed il dolore, avrebbe avuto per lei un significato di una fresca e continua apertura all'esperienza, di un'avventura stimolante: tuttavia, senza un ambiente facilitante la sua crescita (Rogers, 1951) non poté fare altro che distorcere i suoi

vissuti. Come è successo anche alle mie clienti, descritte di seguito.

La pratica. Da donna a donna: la psicoterapia come una "stanza tutta per sé"

Laura e la sua voglia di maternità

Laura, donna bella e affermata, si presenta nel mio studio con una richiesta esplicita ***"aiutami a capire perché non riesco ad avere un secondo bambino"***. La cliente, infatti, già mamma sta soffrendo per questa mancanza, per questo bambino che tarda ad arrivare, nonostante le rassicurazioni mediche. Vorrebbe una ricetta tout-court che la aiuti a coronare il suo sogno. Laura mi parla, seppur con titubanza e vergogna del proprio senso di inadeguatezza, del senso di colpa che la attanaglia, della sua diversità rispetto alle sue amiche, che hanno già avuto una seconda gravidanza. Amiche, verso cui prova invidia e rabbia, emozioni, queste, appena accennate, che non riescono ad emergere appieno, in modo autentico, e ad essere simbolizzate correttamente nella sua esperienza, perché percepite inaccettabili. Durante le sedute emerge, inoltre, come la cliente faccia davvero difficoltà a trovare spazi e tempi di attesa, giusti per lei, come quello di una gravidanza: la sua mente è satura di pensieri, di cose, di lavoro, di mansioni… insomma, di responsabilità. Ha un lavoro full – time che la tiene lontana da casa per buona parte della giornata, che non le consente di dedicare il tempo che vorrebbe alla sua primogenita. Da parte mia, percepisco un'impellente ed urgente richiesta di aiuto, una frenesia nel trovare subitamente una soluzione, come se il tempo non bastasse mai. In tal senso ho cercato di esplorare cosa significasse per lei, al di là della gravidanza, vivere la temporalità, lo scorrere delle ore, la gestione della giornata. È stata un'intuizione fortunata: scopro che Laura è sempre stata schiava del tempo, della sua gestione e del suo controllo. Perfetta padrona di casa, tutto è misurato, calibrato e organizzato nei particolari. Perfezione introiettata dal suo sistema familiare di origine prima e da quello acquisito, poi. Il tempo è soprattutto quello che dedica, tolto il lavoro, alla famiglia. Ed è proprio l'esplorazione della vita coniugale che porta in auge vissuti sopiti di ingratitudine, legata ad un misto di speranza di un minimo riconoscimento verso tutti i suoi sforzi: è lei che prepara e accompagna la figlia all'asilo. È sempre lei che prepara la cena, che pulisce. È lei che si sostituisce al consorte, che anticipa ogni suo bisogno, come fa sua suocera, verso cui sente competizione e rabbia, in quanto a dir suo, non sembra mostrare rispetto alla sua intimità. Laura, in soldoni, per accontentare l'incontentabile, per cercare di non perdere l'amore e l'approvazione



degli altri (Rogers, 1951), ha dimenticato sé stessa. E nel momento in cui ha iniziato ad interrogarsi su questo, sul suo potere personale (Rogers, 1977), inteso come congruenza assertiva nel porre dei sani confini e limiti relazionali, ha iniziato il suo vero e proprio processo di cambiamento: ha iniziato a chiedersi chi fosse realmente, cosa desiderasse davvero fare. Ha iniziato a domandarsi se vivere così freneticamente ne valesse davvero la pena. Così, pian, piano, ha iniziato a fermarsi, a prendere respiro, cominciando da sé: ha iniziato, seppur all'inizio con poca fiducia, a delegare incombenze, a responsabilizzare sia il proprio marito, sia se stessa, nel prendere su di sé, con vitalità, i propri bisogni. E per un po' non ha parlato del bambino. Ma di sé: ha iniziato a comprendere che prima di intraprendere una nuova gravidanza aveva necessità di partorirsi da sé: di ritrovarsi e rinominarsi. Non era un figlio che cercava, ma sé stessa. Di darsi spazio e valore. Grazie a questo faticoso lavoro di consapevolezza e di rinascita, Laura, alla fine, è riuscita a coronare il suo desiderio di maternità.

Eugenia e la ricerca frenetica di un approdo sicuro

Eugenia si presenta nel mio Studio frenetica e priva di amore per sé. Dall'esplorazione anamnestica emerge una modalità esistenziale effettivamente nomade, veloce, peregrina, che ha sempre caratterizzato la sua vita: originaria del Sud, all'inizio dell'adolescenza la sua famiglia si trasferisce nel Nord Italia, luogo, questo, ricordato con estrema sofferenza, a causa delle discriminazioni subite. Un primo approdo descritto come chiuso ad ogni nuova relazione e bullizzante. Per sfuggire a questa realtà, appena potuto, Eugenia decide di trasferirsi in Nord Europa. Qui vive per diversi anni e sempre qui conosce il suo attuale marito. Un ennesimo approdo non amato, guardato con sospettosità e diffidenza. Un compagno che non solo, dopo vari anni ha iniziato a denigrarla, ma che ha cominciato a bere in modo compulsivo, diventando anche violento. Mi narra inoltre di un recente trauma che l'ha spinta a chiedere aiuto: verso la fine dell'anno scorso, il suo amato papà muore, lasciandola non solo in una profonda tristezza e disperazione, ma anche sola nel gestire il rapporto con sua madre, definito conflittuale. Emerge, infatti, una costellazione di rapporti, a parte quello paterno, contraddistinti, da un lato, da abusi verbali e violenze, e dall'altro dalla difficoltà a staccarsi da queste modalità profondamente sofferenti ed affettivamente dipendenti (Borgioni, 2015), da cui non riesce ad ***"affrancarsene pur riconoscendone tutti i limiti"*** (ivi, pag. 16). Inoltre, Eugenia, seppure da un lato tenda a sentirsi in balia degli eventi e tenda a percepirsi priva del proprio empowerment personale (Rogers, 1977), accontentandosi di briciole d'affetto e di attenzione (Borgioni, 2015), dall'altro, tende a percepire l'ambiente con sospettosità. La diffidenza, tra l'altro,



è il biglietto da visita con cui si presenta al primo colloquio ***"Mi sono dovuta fidare per venire da te"***. Ed è proprio ciò che mi dice successivamente frase a farmi comprendere l'esistenza di una profonda ambivalenza nella sua richiesta di aiuto: ***"Vorrei tanto un porto sicuro, ma ne ho paura"***. Il suo timore nasce dall'esperienza di uno stile di attaccamento ambivalente, controllante, ma anche abbandonico dove emerge a chiare lettere un'inversione di ruoli: Eugenia, dovendo spesso fare da madre alla propria, non è stata legittimata né nei suoi bisogni di protezione, né in quelli di autonomia, poiché la sua capacità di autodeterminarsi attraverso scelte di vita libere e responsabili è sempre stata reificata e non riconosciuta. Un legame materno, vissuto e descritto, come contraddittorio: nonostante Eugenia provi rabbia verso sua madre, non vorrebbe altro che averla vicina e venir riconosciuta come essere amabile e degna di fiducia. E quando ciò non succede la cliente cade in una profonda tristezza, a tratti depressiva, priva di vitalità, dove la stessa rabbia, seppur a tratti riconosciuta non può venire accettata, integrata ed utilizzata a mo' di assertività. Attaccamento ambivalente che, inevitabilmente, viene riproposto anche nel setting, ogniqualvolta sente di non potersi fidare, in termini di minacce di rottura dell'alleanza terapeutica, che rimettono in atto una consueta e sofferente dinamica relazionale, contraddistinta da un precoce fallimento nella ***"separazione"*** e nel ***"riavvicinamento"*** (Mahler, cit. in Lis et al., 1999) con la madre: ***"se mi allontano, tu non ci sarai, mi lascerai cadere"*** e ***"se mi avvicino troppo, tu mi soffocherai"***. Consapevole di tutto ciò, grazie all'empatia rispetto alla sua sofferenza ed al suo bisogno di dipendenza (Borgioni, 2015) ed alla congruenza, in termini di "base sicura" (Bowlby, 1972) e salda, il nostro rapporto, seppur con inevitabili scossoni e messe alla prova, è continuato sino ad ora e, dopo il suo trasferimento, i nostri incontri stanno avvenendo in modalità virtuale (Skype). Con Eugenia, prima ancora di lavorare sul conflitto tra ciò che vorrebbe essere e ciò che, al contrario, deve per essere accettata (Rogers, 1961), ho fatto la scelta di so – stare nella relazione, di co – costruirla, di provare a nutrire empaticamente ed in modo accettante un'intersoggettività (Stern 1985; 2004; Thevarten, 2008) ferita, ponendo dei limiti in modo congruente, se necessario, con l'obiettivo di facilitare il suo potere di scelta, libero e responsabile, nel porre fine a modalità relazionali distruttive, togliendosi, quindi, da una posizione impotente (Rogers 1980). Una risalita, un ripartire da sé, che può avvenire solo prendendo coscienza dei propri ripetitivi meccanismi di sofferenza, intesi come uniche modalità di resistenza al dolore e di sopravvivenza: la rinascita può avvenire solo rendendosi responsabili della propria sofferenza, delle proprie illusioni e false aspettative (Borgioni, 2015), riconoscendole con empatia, accettazione ed autenticità (Rogers, 1957; 1962), per trovare, infine, l'agognato approdo.

Il mio processo terapeutico: l'importanza della congruenza

Come terapeuta, posso asserire che il mio sé è stato ed è abbastanza saldo, da poter facilitare l'integrazione e la ristrutturazione di Laura ed Eugenia? (Rogers, 1961). Ed ho potuto considerare le mie clienti come esseri umani da me distinti, permettendo loro di essere ciò che volevano essere realmente? (Rogers, 1961). Ho potuto resistere alla tentazione di essere direttiva e salvifica e di sostituirmi a

loro? Queste domande sono state le interrogazioni che mi sono posta, in modo più congruente possibile nel mio percorso di facilitatrice. Perché, tra tutte le ***"condizioni necessarie e sufficienti"*** (Rogers, 1957; 1962), la congruenza è stata sia la mia qualità di presenza più messa alla prova e, allo stesso tempo, la locomotiva del processo terapeutico: con Laura, l'autenticità è stata fondamentale nell'accogliere la sua interrogazione conflittuale e dolorosa sull'essere donna e madre. In tal senso, la possibilità di simbolizzare senza distorsioni la mia esperienza (ibidem), mi ha permesso di scongiurare il pericolo di una reificante identificazione con i suoi vissuti, perdendo di capacità di ascolto profondamente empatico: quanto posso essere donna e madre? Quanto posso permettermi e legittimarmi uno spazio sacro di solitudine, aspirazioni? Quanto costa tutto questo? Quanto posso essere un buon esempio per i miei figli di donna amorevole ed emancipata? Per quanto riguarda Eugenia, sono state la mia trasparenza comunicativa, le mie delucidazioni (Rogers, Kinget, 1965 – 66), chiarificazioni e confrontazioni (Kernberg et al., 1999) congruenti ad influire sulla tenuta del setting, spesso a rischio di sfilacciature ed abbandoni: se l'empatia e l'accettazione (Rogers, 1957; 1962) hanno permesso di riconoscere il suo bisogno di sostegno e comprensione, la congruenza (ibidem), d'altro canto, ha scongiurato il pericolo di un abbandono del percorso terapeutico, grazie a messaggi chiari e privi di quelle ambivalenze confusive, che hanno caratterizzato le sue relazioni. La congruenza (Rogers, 1957; 1962), per riassumere, mi ha fatto apprendere quanto i loro conflitti, le loro sconfitte, i loro dolori, le loro paure, i loro traguardi, le loro imprecazioni, maledizioni, la loro sensazione di cadere in un pozzo senza fondo e di non riemergere, il terrore di non avere un appiglio in cui aggrapparsi hanno fatto, fanno e faranno parte anche di me. E solo nel momento in cui ho guardato tutto questo dritto negli occhi, con occhi di tigre, con sfacciataggine e coraggio, sono potuta uscire da una profonda apnea angosciante ed elaborare le mie profonde ferite, senza proiettarle sull'Altra dinanzi a me: essere terapeute rogersiane significa, allora, offrire uno spazio di ascolto – autentico, accettante ed empatico (Rogers, 1957; 1962) - dove la donna possa interrogarsi e comprendersi, al fine di poter scegliere, in modo libero e responsabile (Rogers, 1951) forme esistenziali più soddisfacenti (Rogers, 1980), senza il pericolo di reificazioni e di proiezioni, da parte della terapeuta, di questioni ancora aperte riguardo a sé, non solo in termini di professionista, bensì di donna.

BIBLIOGRAFIA

Borgioni, M. (2007) ***"L'impasse nella relazione d'aiuto con la persona tossicodipendente", Da Persona a Persona, Rivista di Studi Rogersiani,*** novembre 2007, pp. 47-62.

Borgioni, M. (2015) ***Dipendenza e controdipendenza affettiva: dalle passioni scriteriate all'indifferenza vuota,*** Alpes Italia, Roma.

Bowlby, J. (1988) ***A secure base,*** Routledge, London. Trad.it. ***Una base sicura,*** Raffaello Cortina, Milano, 1989.

Clarkin, J. F., Yeomans, F. E., Kernberg, O. F. (1999) ***Psychotherapy for Borderline Personality,*** John Wiley & Sons Inc. Trad. it. ***Psicoterapia delle Personalità Borderline,*** Raffaello Cortina, Milano, 2000.

Lis, A., Stella, S., Zavattini, G. C. (1999) *Manuale di psicologia dinamica,* Il Mulino, Bologna.

Moselli. P. (a cura di) (2004) ***Il Guaritore Ferito***, Feltrinelli, Milano.

Rogers, C. R. (1951) ***Client Centered Therapy,*** Houghton Mifflin Company, Boston.Trad.it. ***Terapia Centrata sul Cliente,*** edizioni. La meridiana, Molfetta, 2007.

Rogers, C. R. (1957) ***The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change,*** Journal of Cons. Psychol., 21. Trad. It. ***La terapia Centrata sul Cliente,*** Martinelli, Firenze, 1994.

Rogers, C. R. (1961) ***On becoming a Person, CAP. IX,*** Houghton Mifflin Company, Boston. Trad. It. ***La terapia Centrata sul Cliente,*** Martinelli, Firenze, 1994.

Rogers, C. R. (1962) ***The Interpersonal Relationship. The Core of Guidance,*** Harvard Educat. Review, 32. Trad. It. ***La terapia centrata sul cliente,*** Martinelli, Firenze, 1994.

Rogers, C. R. (1965) ***"Carl Rogers and Gloria",*** in ***Three approaches to psychoterapy – All Three session,*** https://www.youtube.com/watch?v=DbFAYsO0OCM

Rogers, C. R. (1977) ***Carl Rogers on Personal Power,*** Delacorte Press New York. Trad. it. ***Potere Personale***, Astrolabio, Roma, 1978.

Rogers, C. R. (1980) ***A Way og Being,*** Delacorte Press New York. Trad. it. ***Un Modo di Essere,*** Martinelli, Firenze, 2001.

Rogers, C. R., Kinget, G. M. (1965 – 66) ***Psychotérapie et relations humaines. Théorie et pratique de la thèrapie non – directive,*** Editions Nauwelaerts – Lovanio. Trad. it., ***Psicoterapia e Relazioni Umane***, Bollati Boringhieri, Torino, 1970.

Rogers, C. R., Stevens, B., (1967) ***Person to Person. The problem of being human,*** Real People Press. Trad. it., ***Da Persona a Persona,*** Astrolabio, Roma, 1987.

Stern, D. N. (1985) ***The interpersonal world of the infant***, Basic Books, New York. Trad. it., ***Il mondo interpersonale del bambino***, Bollati Boringhieri, Torino, 1987.

Stern, D. N. (2004) ***The present moment in psychoterapy and everyday life.*** Trad. it., ***Il momento presente in psicoterapia e nella vita quotidiana,*** Raffaello Cortina, Milano, 2005.

Trevarthen, E. (1998) ***Empatia e Biologia. Psicologia, cultura e neuroscienze,*** Raffaello Cortina, Milano.

Woolf, V. (1928) ***A Room of One's Own.*** Trad. it. ***Una Stanza tutta per Sé***, Mondadori, Milano.

"Con la testa e con il cuore": un progetto psico-fisioterapia

Stefano Mori
Psicologo-psicoterapeuta cognitivo-comportamentale

Il progetto "Con la testa e con il cuore" è una proposta innovativa che l'Istituto Santo Stefano ha deciso di offrire ai propri pazienti nella sede di Ascoli Piceno a partire dal mese di ottobre 2017. La mia collaborazione con il più importante Istituto di Riabilitazione della nostra Regione prende avvio dieci anni fa come Responsabile Area Psicologica del Progetto Parkinson, un'esperienza multidisciplinare dedicata al sostegno psicologico dei pazienti affetti da Malattia di Parkinson e ai loro familiari.

Oggi parliamo invece di un sostegno emotivo rivolto ai pazienti afferenti al **CAR** S. Stefano di Ascoli Piceno, ai loro familiari, al personale caregiver attraverso l'approccio cognitivo-emotivo-comportamentale. Si tratta in sostanza di un luogo dove chiunque ne avverta la necessità può richiedere un supporto personale attraverso uno o più incontri con lo psicologo-psicoterapeuta. Il lavoro nasce sostanzialmente da una riflessione personale: cogliere e dunque dare risposta ad una particolare esigenza, quella del supporto psicologico durante le fasi della riabilitazione. È possibile sostenere i vissuti del paziente per il raggiungimento dello stato di benessere psico-fisico durante un periodo più o meno lungo di riabilitazione fisioterapica? È possibile prendersi cura delle emozioni disturbanti e dei pensieri disfunzionali di queste persone mentre attraversano un momento di ridotta capacità fisica e debbono necessariamente mettere in gioco le proprie risorse interne per facilitare il lavoro del fisioterapista? Allo stesso modo quali sono gli stati emotivi dei professionisti che ogni giorno lavorano con pazienti poco collaboranti? Io credo che tutto questo sia possibile, anzi di più, necessario. Lo psicologo in questo contesto può operare attraverso dei colloqui di sostegno, come attraverso dei piccoli gruppi tematici. La fisioterapia è una disciplina che si pone una sfida importante: quella di co-costruire col paziente, attraverso un processo dinamico, una via di guarigione. I costrutti psicologici e gli interventi psicologici possono apportare un valido sostegno in tutte quelle situazioni in cui la manifestazione sintomatica va oltre l'evidenza clinica. La vulnerabilità emotiva a cui è esposto il paziente che ha subito un infortunio o manifesta dolore cronico è un aspetto noto nella riabilitazione: in particolare persone predisposte a stati ansiosi o depressivi appaiono molto suscettibili al dolore. Infatti, gli stress emotivi possono associarsi ad un aumento della sensazione di dolore. È dunque importante in questa fase attuare un

processo di riconoscimento delle emozioni presenti nella fase di riabilitazione, dare importanza ai vissuti del paziente e velocizzare così il raggiungimento degli obiettivi sul piano organico.

Obiettivi specifici

- Incrementare nei partecipanti le informazioni utili relative ai propri stati emotivi (psicoeducazione)
- Discutere strategie efficaci nell'affrontare i problemi quotidiani;
- Osservare, far emergere, discutere insieme quei costrutti cognitivi o pensieri patologici che spesso causano e mantengono forme di disagio emotivo nei pazienti e nei familiari, responsabili di un peggioramento della sintomatologia nei pazienti e di un aumento di stress e di inadeguatezza nei familiari;
- Riconoscere e rielaborare insieme il sovraccarico psicologico e fisico del caregiver.
- Sviluppare la tolleranza e la positiva convivenza con alcuni stati emotivi e fisici dolorosi che si protraggono nel tempo.
- Favorire il processo di accettazione e adattamento alla patologia, facilitare la relazione terapeutica con l'equipe curante, sostenendo il paziente sul piano emotivo
- Attuare un modello di cura che comprenda l'ascolto, una maggiore attenzione alle esigenze personali e alla sofferenza emotiva del paziente, rendendolo maggiormente partecipe del proprio percorso terapeutico.

Tutto questo con l'obiettivo di migliorare la qualità della vita nei pazienti e nei familiari e incrementare l'efficacia nella gestione delle problematiche quotidiane legate al dolore cronico, favorire la partecipazione completa del paziente nella riabilitazione fisioterapica per un ripristino efficace delle funzioni temporaneamente perdute.

BIBLIOGRAFIA

Antonio R. Damasio (1995) *L'errore di Cartesio*.

Harding WR, Williams AcDec (1995) *Extending physiotherapy skils using a psychological approach: Cognitive-behavioural management of chronic pain.*

Felaco, Zullo (2005) *Esperienze in psicologia ospedaliera.*

Rettura (2012) *In ascolto del corpo: psicologia posturale sistemica.*

Drago (2015) *Fisioterapia e psicologia: un connubio vincente*

Marchione (2015) *L'intervento psicologico nella riabilitazion.*

Pomi, Menta (2015) *Il supporto psicologico nel percorso riabilitativo.*

Andrenucci (2016) *Psicologia e fisioterapia*

Colognesi (2016) *Riabilitazione non solo motoria,*

State of Mind – *Il giornale delle scienze psicologiche* (2017) *Il supporto psicologico nel percorso riabilitativo.*

Il ruolo dello psicologo nel trattamento dei DSA: non solo software

Alessandro Suardi
Psicologo Psicoterapeuta, Referente BES e DSA Ordine Psicologi Marche,
Membro del Comitato Tecnico Scientifico legislativo sui DSA – Regione Marche

Federica Morganti
Psicologa Psicoterapeuta

DSA: il ruolo dello psicologo

I DSA sono disturbi del neuro sviluppo che riguardano la capacità di leggere, scrivere e calcolare in modo corretto e fluente e che si manifestano con l'inizio della scolarizzazione. In base al tipo di difficoltà specifica che comportano, i DSA si dividono in: dislessia: disturbo specifico della lettura che si manifesta con una difficoltà nella decodifica del testo; disortografia: disturbo specifico della scrittura che si manifesta con difficoltà nella competenza ortografica e nella competenza fonografica; disgrafia: disturbo specifico della grafia che si manifesta con una difficoltà nell'abilità motoria della scrittura; discalculia: disturbo specifico dell'abilità di numero e di calcolo che si manifesta con una difficoltà nel comprendere e operare con i numeri. Questi disturbi dipendono dalle diverse modalità di funzionamento delle reti neuronali coinvolte nei processi di lettura, scrittura e calcolo, non sono causati né da un deficit di intelligenza né da problemi ambientali o psicologici o da deficit sensoriali.

In Italia i diritti degli studenti che presentano DSA sono tutelati dalla legge nazionale N° 170 dell'8/10/2010 "Nuove norme in materia di Disturbi Specifici di Apprendimento" di cui, all'art.2, la stessa si pone la finalità di: ***"ridurre i disagi relazionali ed emozionali; preparare gli insegnanti e sensibilizzare i genitori nei confronti delle problematiche legate ai DSA; favorire la diagnosi precoce e percorsi didattici riabilitativi".***

Lo psicologo è, pertanto, professione sanitaria totalmente investita nel merito poiché, come previsto anche dalla successiva Legge Regionale N°32/2012, si occupa di diagnosi, riabilitazione psicologica, abilitazione psicologica, formazione e prevenzione. In merito alla diagnosi,

per certificare DSA, la Regione Marche prevede, in linea con l'art.1 della legge 170/2010 e con le linee guida PARCC del Ministero della Sanità 2011, l'obbligo di specifico accreditamento sanitario sia dell'equipe multidisciplinare all'interno della quale si opererà (composta perlomeno da psicologo, neuropsichiatra infantile e logopedista), sia della struttura.
Riguardo tutti gli altri ambiti di intervento (riabilitazione, abilitazione, formazione, prevenzione etc.) non è richiesto alcun accreditamento bensì di possedere una Laurea Magistrale o Specialistica in Psicologia, aver effettuato il tirocinio formativo post-laurea, superato l'Esame di Stato, essere iscritto all'Albo degli Psicologi e possedere una formazione teorico/pratica specifica sui DSA. In particolar modo riguardo la riabilitazione ed abilitazione psicologica, pertanto, si pone l'accento sulla necessità che il collega acquisisca, prima di operare, una adeguata formazione teorico-pratica documentabile, nel rispetto del paziente ed in ottemperanza **all'art. 5** del Codice Deontologico degli Psicologi italiani che recita: "***Lo psicologo è tenuto a mantenere un livello adeguato di preparazione e aggiornamento professionale, con particolare riguardo ai settori nei quali opera. La violazione dell'obbligo di formazione continua determina un illecito disciplinare che è sanzionato sulla base di quanto stabilito dall'ordinamento professionale. Riconosce i limiti della propria competenza e usa, pertanto solo strumenti teorico – pratici per i quali ha acquisito adeguata competenza e, ove necessario, formale autorizzazione. Lo psicologo impiega metodologie delle quali è in grado di indicare le fonti e riferimenti scientifici, e non suscita, nelle attese del cliente e/o utente, aspettative infondate.***"

Il trattamento dei D.S.A. non solo software

La presa in carico di un bambino o di un ragazzo con una diagnosi di Disturbo di Apprendimento pone il clinico in una situazione nella quale deve tener conto di più elementi da far interagire tra di loro in modo armonico. Ognuno esercita il suo ruolo, ognuno ha la sua funzione ma di nessuno di essi si può fare a meno se si ambisce a un buon risultato. Il progetto riabilitativo deve essere condiviso e concordato quindi in modo chiaro e trasparente da tutte le figure di riferimento ossia il professionista, la famiglia e la scuola in quanto solo una buona rete produce miglioramenti efficaci e positivi. Ma ciò non basta. Uno dei fattori principali che depone a favore di una buona prognosi del disturbo (degli altri ne parleremo in seguito), è la ***motivazione*** del soggetto. Da qui nasce la necessità di non limitarsi a riflettere e ad occuparsi solamente di quali siano le migliori procedure di intervento da adottare ma, soprattutto, di porre al centro del trattamento lo stato emotivo e metacognitivo del bambino e della sua famiglia. Senza una buona motivazione nessun trattamento può destinarsi al successo, ecco perché parleremo più di questi aspetti che di quelli puramente tecnici e ampiamente fruibili in letteratura.

Il progetto riabilitativo

Per un progetto riabilitativo adeguato è fondamentale una procedura diagnostica indirizzata sia alla definizione nosografica che alla qualificazione funzionale del disturbo. È importante premettere che, anche se è convenzionalmente accettato che la diagnosi di disturbo di apprendimento non possa essere fatta prima della fine del secondo anno di scuola primaria, essendo la lingua italiana caratterizza-

ta da trasparenza e regolarità, possano emergere nel bambino difficoltà già evidenti alla fine della prima elementare. Tali difficoltà, associate a un pregresso ritardo nello sviluppo del linguaggio o alla familiarità del disturbo, possono condurci a una ragionevole ipotesi diagnostica precedente al secondo anno della primaria. Pur non potendo ancora parlare di DSA possiamo comunque intervenire su tali difficoltà in quanto più l'intervento è precoce più risulta efficace. Se la diagnosi non è tempestiva, non significa che nulla può essere fatto infatti, parlando di progetto riabilitativo, non si può non considerare anche quello abilitativo.

"L'abilitazione è l'insieme degli interventi volti a favorire l'acquisizione e il normale sviluppo e potenziamento di una funzione. Nel caso dei disturbi di apprendimento è intesa come un insieme di interventi sia clinici che pedagogici in senso lato (CC-RPC-2007)". L'abilitazione ha come scopo quello di ridurre le conseguenze funzionali del disturbo anche attraverso l'insegnamento di strategie efficaci (Es. un buon metodo di studio, planning settimanali e giornalieri per organizzare i compiti e le attività ecc.) e si associa parallelamente agli interventi compensativi. A volte si tende a considerare gli strumenti compensativi come "l'ultima spiaggia" ma questo tipo di visione è davvero poco produttiva in quanto essi permettono anche l'accesso e il potenziamento della letto-scrittura (Es. sintesi vocale).

Come stabilito dalla Consensus Conference già nel 2007 "il programma riabilitativo definisce le aree di intervento specifiche, gli obiettivi, i tempi, le modalità di erogazione, la verifica degli interventi, e gli operatori coinvolti". I protocolli di trattamento prevedono un minimo di due sessioni settimanali la cui efficacia va valutata entro i sei mesi successivi. Il miglioramento è clinicamente significativo se non è spiegabile da altri fattori (es. un cambiamento nella didattica), se è reale e non casuale, se è percepito da parte del singolo paziente, dai genitori e dagli insegnanti. L'intervento va interrotto quando non ci sono più le condizioni di motivazione e disponibilità per soddisfare i requisiti del progetto riabilitativo e/o quando gli esiti del trattamento non sono clinicamente significativi o quando sono stati raggiunti i risultati che permettono l'**autonomia** del soggetto rispetto alle richieste ambientali. Questo è difatti lo scopo principale del trattamento nei DSA.

È importante infine sottolineare che l'efficacia del trattamento dipende anche dalla gravità e pervasività del disturbo ossia da quanto è compromessa la prestazione rispetto ai coetanei e da quanti aspetti dell'apprendimento ed emotivo-relazionali sono coinvolti. Questi ultimi due ambiti non vanno considerati di secondo piano, devono essere valutati e affrontati sia in caso di rilevanza clinica (Es. disturbi d'ansia, depressione ecc.) che non.

La famiglia

Successivamente all'incontro di restituzione della diagnosi, sarebbe importante un nuovo confronto con la famiglia per valutare eventuali dubbi che possono sorgere una volta tornati a casa. Per alcuni genitori la diagnosi è un momento emotivamente intenso e non sempre riescono a recepire correttamente tutte le informazioni che il professionista ha fornito.

Va inoltre indagato lo stato emotivo di entrambe le figure genitoriali. In alcuni casi, la diagnosi di DSA potrebbe accompagnarsi a pregiudizi o ad un senso

di vergogna che possono complicare e rendere meno efficace il trattamento e compromettere la serenità familiare e del bambino/ragazzo.
Se sono i genitori ad aiutarlo nei compiti, è di fondamentale importanza informare loro circa le strategie e gli strumenti più efficaci e aiutarli a gestire al meglio eventuali "momenti di crisi" dovuti, ad esempio, alla frustrazione nel non riuscire a fare velocemente o correttamente un compito. Infine, con loro, vanno definiti gli obiettivi, le modalità e la durata del trattamento.

Gli insegnanti

Oltre che per la stesura del PDP (Piano Didattico Personalizzato), il professionista dovrebbe instaurare un rapporto continuativo con gli insegnanti, sia di scuola che privati, che lo aiutano nei compiti a casa. Le loro osservazioni rappresentano un feedback fondamentale per valutare in itinere la riabilitazione e lo stato emotivo-relazionale del bambino. Ma non solo. Alcuni problemi o difficoltà possono emergere anche durante il corso dell'anno e solo Insieme si possono stabilire strategie efficaci e buone pratiche per affrontarle.

Gli aspetti psicologici ed emotivi

Fin dalle prime sedute risulta fondamentale favorire una buona **alleanza terapeutica** con il bambino, stabilire con lui un rapporto di fiducia e creare un clima di accoglienza e comprensione. È utile capire il grado di consapevolezza e di accettazione della diagnosi: molti bambini la accolgono con un forte senso di sollievo altri con un certo timore e/o vergogna. Ciò ci permette di trovare **il momento giusto** per l'introduzione di certi strumenti compensativi a scuola (es. non tutti, nonostante il bisogno, sono pronti ad accettare di usare il pc o la calcolatrice in classe). La parola "disturbo" potrebbe allarmare il soggetto che va rassicurato e informato che non si parla altro che di una caratteristica cognitiva che non gli preclude nessun obiettivo futuro. Costante deve essere la valutazione del livello di autostima e senso di autoefficacia perché le continue frustrazioni potrebbero metterli a dura prova. La difficoltà attentiva, la disnomia, a volte lo scarso orientamento spazio-temporale potrebbero generare diffidenza verso la propria conoscenza favorendo pensieri disfunzionali e generalizzazioni sulla superiorità altrui e l'incapacità personale (Es. "non ricordo bene x" -> "di sicuro, come sempre, quello che ricordo è sbagliato"/ "gli altri ricordano sempre tutto e io no" -> "sono un incapace"). Questo rende necessario il porre continuamente l'accento sui suoi punti di forza ed i suoi successi scolastici, sportivi, creativi o relazionali.
Qualora generasse ansia, è importante accompagnarli nella scelta della modalità da usare per parlare agli altri del suo disturbo, o di come rispondere alle loro eventuali domande anche attraverso il role-playing in studio. Quest'ultimo aspetto generalmente risulta più marcato nei ragazzi della scuola secondaria. Nel corso del tempo le abilità di decodifica migliorano non solo per l'esercizio ma anche perché si sfrutta il "magazzino lessicale" per ridurre il peso della decifrazione nel corso della lettura. Seppur essa risulti più fruibile, il ragazzo potrebbe presentare maggiori difficoltà di comprensione del testo. Questo comporta che un docente delle superiori difficilmente si troverà di fronte a una lettura molto stentata (come quella di un bambino delle elementari), portando a un possibile irrigidimento delle procedure di insegnamento e di verifica per ridurre al minimo l'individualizzazione del percorso oltre che ad una

maggiore attribuzione di colpa al ragazzo ("è svogliato"). Ciò unito a una più alta attenzione dell'adolescente verso il giudizio dei pari ed al bisogno di specchiarsi con loro potrebbe agevolare un rifiuto più netto degli strumenti compensativi e dispensativi, ad un mascheramento di questa "diversità" attraverso strategie di **disinteresse, rifiuto** e **contestazione**. Succede così di trovarsi spesso di fronte a ragazzi che attraverso frasi del tipo "voglio essere trattato come gli altri", "non è giusto verso i miei compagni", cercano di salvaguardare la loro immagine sociale. A questo punto il clinico dovrebbe di certo affrontare il tema della giustizia e di come essa venga salvaguardata non quando si forniscono a tutti gli stessi strumenti ma quando si forniscono quelli adatti ad ognuno, ma anche approfondire le reali motivazioni (è stato preso in giro ultimamente o in passato? Non è stato compreso il suo DSA da genitori o insegnanti? ecc.).

All'università alcune variabili vengono meno come il giudizio del gruppo classe, la forte presenza dei genitori o dei docenti nello studio, ma i libri e la loro complessità aumentano Capire e memorizzare risulta ancora più arduo anche per la meno digitalizzazione dei testi rispetto alle scuole primarie e secondarie e per atenei non sempre organizzati nella gestione dei DSA. Possiamo passare da università in cui si attuano gruppi di studio con tutor per i ragazzi DSA a quelle che forniscono versioni digitali dei libri o informazioni nello sportello della segreteria con su scritto "disabili". Il ragazzo, seppur adulto, si trova quindi sempre a chiedersi "lo dico o no?" e a fare i conti più con la sua identità ed il suo futuro che con l'immagine sociale come in precedenza.

Conclusioni

Molti sono ancora i nodi da sciogliere, i pregiudizi da sfatare e questo lo si può fare solo con una capillare e attenta divulgazione delle conoscenze sui DSA da parte di noi professionisti. Nel frattempo, questi bambini e ragazzi vanno aiutati anche da un punto di vista psicologico per salvaguardarne l'immagine di sé e la fiducia nelle proprie capacità.

BIBLIOGRAFIA

Legge Nazionale 8 ottobre 2010, n. 170 *"Nuove norme in materia di disturbi specifici di apprendimento in ambito scolastico"*. Gazzetta Ufficiale N. 244 del 18 Ottobre 2010

Legge Nazionale 19 novembre 2012, n. 32 *"Interventi in favore delle persone con disturbi specifici di apprendimento (DSA)"* (B.U. 29 novembre 2012, n. 114)

DDR 1288 del 16/09/2013 Regione Marche: *"Requisiti di autorizzazione ed accreditamento delle strutture preposte alla diagnosi e certificazione dei Disturbi Specifici di Apprendimento"*

Raccomandazioni cliniche PARCC sui DSA Linee Guida Ministero della Sanità 2011

C. Vio, C. Toso (2012) *"Dislessia evolutiva"* C. Vio, C. Toso, Carocci Faber

G. Stella, E. Savelli (2011) *"Dislessia oggi"*, Erickson

P. Tressoldi, C. Vio (2016) *"Il trattamento dei disturbi specifici dell'apprendimento scolastico"*, Erickson

M. Peroni, N. Staffa, L. Grandi, M.A. Berto (2010) *"Dislessia"* CRA

psicoin
Rivista dell'Ordine Psicologi
della Regione Marche

Direttrice Responsabile
Katia Marilungo

Comitato Editoriale
Federica Guercio
Coordinatrice comitato editoriale

Katia Marilungo
Aquilino Calce
Ketti Chiappa
Ilenia Marinelli
Valentina Strippoli

Impaginazione:
Tipolitografia Emmepiesse snc - Ancona

Registrazione
Registrato il 19.06.2000
Presso il Tribunale di Ancona
con il n. 8/2000

Periodicità
Semestrale

Recapiti
Redazione
Ordine Psicologi della Regione Marche
Via Calatafimi 1 - 60121 - Ancona
info@ordinepsicologimarche.it

Per conoscere le norme redazionali
consultare il sito internet
www.ordinepsicologimarche.it

ISSN 2039-4101