



**UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI
PADOVA**

Dipartimento di Psicologia dello Sviluppo e della Socializzazione

**Corso di Laurea Triennale in
SCIENZE PSICOLOGICHE DELLO
SVILUPPO, DELLA PERSONALITÀ E
DELLE RELAZIONI PERSONALI**

Elaborato finale

**L'emergenza SARS-CoV-2: gli effetti psicosociali e le
nuove soluzioni per affrontarli**

**The SARS-CoV-2 emergency: psychosocial effects and new solutions to deal
with them**

Relatore
Prof. Alessio Vieno

Laureanda: Paola Villa
Matricola: 1207922

Anno Accademico 2021-2022

Indice

Introduzione	1
1. Conseguenze Psicosociali del Covid-19	
1.1 Conseguenze psicologiche e sociali per la popolazione	2
1.2 Conseguenze per i familiari: gestione della malattia e lutto	6
1.3 Conseguenze psicologiche e sociali per il personale sanitario	8
2. Nuove modalità organizzative e soluzioni innovative	
2.1 Lo psicologo dell'emergenza	11
2.2 Reti organizzative di supporto: il volontariato	17
2.3 Nuove soluzioni e strategie di intervento	21
2.4 Interventi psicologici a distanza: la telepsicologia	26
Conclusione	31
Bibliografia	33
Sitografia	38

Introduzione

Il 31 dicembre 2019 la Cina notifica la presenza di un focolaio di polmonite di origine sconosciuta nella città di Wuhan (Provincia dell'Hubei). Successivamente le autorità sanitarie lo hanno classificato come virus in grado di provocare la sindrome respiratoria acuta grave, “*Coronavirus Severe acute respiratory syndrome Coronavirus 2 (SARS-CoV-2)*”, ribattezzato poi dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) sotto il nome di COVID-19 (*Corona Virus Disease*), (Istituto Superiore di Sanità ISS, 2020). L'11 marzo 2020, considerata la gravità dei sintomi e la velocità di contagio, viene proclamato lo stato di pandemia (dal greco "*pandemos*", unione delle parole "*pan*" (tutti) e "*demos*" (popolazione), ossia tutta la popolazione). Da quel momento, l'Italia e tutti gli altri Paesi hanno dovuto far fronte ad un “evento senza precedenti” (ISS - Nota Tecnica, 2022).

Il presente studio si propone di esporre la sintesi di diversi articoli scientifici e siti web selezionati contenenti dati e fatti accaduti, con l'obiettivo di fornire una panoramica dei principali effetti generati a livello psicologico e sociale, con particolare riferimento alle categorie più fragili della popolazione, ai familiari ed al personale sanitario. I risultati sono unanimi nel constatare che il Coronavirus e la conseguente imposizione dell'isolamento sociale hanno suscitato soprattutto paura per la propria vita, timore di contagiare la propria famiglia, ansia, problemi dell'umore, depressione, stress, senso di solitudine e difficoltà di elaborazione del lutto. Viene analizzata la figura dello psicologo nell'emergenza sanitaria che, con le sue competenze specifiche, ha assunto un ruolo importante, mettendo in luce le modifiche che sono state necessarie per adattarsi al contesto pandemico e riuscire a trovare nuove soluzioni e strategie, sfruttando anche l'ausilio della tecnologia moderna. Viene menzionato inoltre il prezioso contributo da parte degli enti appartenenti al Terzo Settore, in particolare del volontariato e, infine, vengono riassunte le varie tipologie di soluzioni messe in atto durante il Lockdown.

L'emergenza sanitaria da Covid-19 ha sollevato problematiche che possono essere lette anche come importanti spunti di riflessione in termini di riorganizzazione del sistema sanitario per cercare di garantire, in un futuro, un accesso più equo alle cure ed ai servizi di salute mentale, per creare programmi di prevenzione e di promozione del benessere di tutti.

Capitolo 1

CONSEGUENZE PSICOSOCIALI DEL COVID-19

1.1 Conseguenze psicologiche e sociali per la popolazione

L'inizio del periodo della Pandemia, verificatasi nel dicembre 2019 in Cina e nel resto del mondo nei primi mesi del 2020 e dovuta al diffondersi del virus SARS-CoV-2 (acronimo dall'inglese Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2), rinominato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità in COVID-19 (abbreviazione di *CO*rona*V*irus *D*isease-2019), è stato segnato da un grande senso di incertezza e confusione, causata dalla mancanza di informazioni riguardo la sua origine, le modalità di diffusione, l'evolversi della malattia. Ben presto gli esperti scientifici del settore hanno messo in evidenza che il Virus era altamente contagioso e trasmissibile attraverso il contatto fisico diretto tra le persone e/o con le superfici infette. Si è scoperto inoltre che, oltre alla sintomatologia tipica simile all'influenza, poteva procurare complicazioni respiratorie gravi e talvolta letali. La rapida diffusione a livello mondiale ha determinato la dichiarazione da parte dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) dello stato di emergenza. Secondo L'Istituto di Statistica Nazionale (ISTAT) nel periodo tra febbraio e novembre 2020, sono stati diagnosticati, attraverso il tampone naso-faringeo dai laboratori di riferimento regionale, 1.651.229 casi positivi al Covid-19 di cui solo durante la prima fase dell'epidemia, da marzo a maggio 2020, 211.000 decessi di persone risultate infette, con prevalenza di soggetti over 80 anni (ISTAT, 2020).

Da quel momento, doverose sono state alcune decisioni prese relative al distanziamento sociale (Vedi DECRETO-LEGGE 23 febbraio 2020, n. 6 Misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19), che hanno portato a periodi prolungati di chiusura definitiva di quasi tutte le attività, sia lavorative che scolastiche, al divieto assoluto di frequentare persone durante il Lockdown, all'obbligo di indossare i dispositivi di protezione individuale (DPI).

Secondo gli studi scientifici effettuati e la letteratura che ho analizzato a riguardo, sono giunta alla conclusione che tutto ciò ha avuto un effetto contenitivo del Virus ma l'impatto sulla popolazione è stato devastante.

Le motivazioni sono da ricercarsi nel fatto che, rispetto alle emergenze e catastrofi che si possono verificare, il Covid ha coinvolto la popolazione a livello mondiale, ragion per

cui è stato decretato lo stato di “Pandemia”; quindi non abbiamo un fenomeno circoscritto in un’area ben definita come potrebbe essere un terremoto o un incidente aereo e tanto meno abbiamo una temporalità ben definita; le persone si sono trovate di fronte ad un nemico invisibile, mutevole, in grado di seminare morte; il timore per la propria incolumità e l’apprensione di contagiare i propri familiari ha raggiunto livelli molto elevati (Osofsky J.D., Osofsky H.J., e Mamon L.Y., 2020).

Per comprendere la portata degli effetti psicosociali, è necessario considerarli in un’ottica multisistemica (Asmundson e Taylor, 2020 – citato da Madigan S., Racine N., Cooke J.E. e Korczak D.J., 2021), analizzando le ripercussioni sia a livello individuale che contestuale, con particolare riguardo alle categorie più a rischio e vulnerabili (bambini e adolescenti, neomamme, persone con disabilità fisiche o mentali, persone con patologie psichiatriche, anziani, personale sanitario in prima linea).

Malgrado il tasso di contagiosità e di mortalità nei bambini e adolescenti nella prima ondata sia stato molto basso, la Pandemia ha avuto un effetto dirompente sulla quotidianità dei giovani. Infatti, a causa delle restrizioni governative relative all’imposizione della chiusura delle scuole, delle strutture sportive, all’impossibilità di partecipare a tutti quei centri di aggregazione quali concerti, discoteche, piazze e interrompendo, quindi, qualsiasi frequentazione di compagni, amici, parenti, ha portato all’isolamento sociale. La possibilità di gesti affettuosi e rituali, come ad esempio un abbraccio, tanto importante in questa fascia di età, è stata improvvisamente negata.

Secondo tre diversi studi effettuati in Cina, i periodi di quarantena e l’isolamento sociale hanno provocato un profondo senso di solitudine. Poiché quest’ultima condizione, soprattutto se messa in concomitanza con altri fattori di rischio, può determinare la mortalità prematura, è diventato e sarà opportuno tenerla in considerazione per effettuare interventi mirati. Secondo uno studio trasversale (Luijten, et al. 2021), durante il Lockdown è stato registrato un incremento dell’ansia e dei sintomi depressivi rispettivamente del 19% e del 23% per i bambini della scuola primaria e del 37% e del 44% per gli adolescenti delle scuole superiori.

Negli adulti, la chiusura di molte attività, ha determinato un aumento dello stress, acuito dal timore di perdere il proprio lavoro e dalla diminuzione degli introiti economici, necessari per il sostentamento. E, se da una parte l’organizzazione del lavoro a casa, tramite lo smart-working, è stato apprezzato da alcuni perché ha favorito un ritmo

lavorativo meno pressante ed un miglioramento nella gestione familiare, dall'altra ha creato dei disagi. Uno studio condotto da Salmon (2021), ha fatto emergere che le giovani madri con figli a casa si sono rivelate la categoria più insofferente, soprattutto se in compresenza di un contesto già difficile dovuto a povertà, abitazioni ristrette e sovraffollate, un supporto assistenziale o affettivo limitato e problemi mentali già preesistenti. La relazione genitore-figlio rischiava di divenire più problematica, in seguito a comportamenti evitanti o coercitivi, a discapito del dialogo e quindi dello sviluppo cognitivo-linguistico e socio-emotivo del bambino o a causa di comportamenti altamente controllanti ed iperprotettivi, generati dall'ansia provocata dal Virus. In alcuni casi, elevati livelli di stress sono sfociati in comportamenti di maltrattamento nei confronti dei figli, impossibilitati a qualsiasi via di fuga. Sarebbe stato opportuno, invece, parlare con loro, fornire spiegazioni riguardanti gli eventi con linguaggio semplice e chiaro per favorire l'elaborazione delle emozioni e migliorare la loro capacità di autoregolazione. La chiusura dei centri di riabilitazione, dei Centri Diurni e la completa sospensione del servizio di assistenza scolastica, ha privato la categoria delle persone con disabilità della presenza del personale di assistenza, delle attività di stimolazione psicoeducative, lasciando i familiari senza aiuto e senza un punto di riferimento (Riccio, Giacomazzi, Paternolli, Mania e Dell'Eva, 2020).

Pazienti con problemi psicologici e psichiatrici non hanno più avuto la possibilità di accedere ai servizi del territorio per l'assistenza ed il sostegno, se non per i casi particolarmente gravi. Va inoltre tenuto conto che gli individui con deficit cognitivo non erano in grado di seguire correttamente le istruzioni importanti e di gestire l'ansia o il panico nei momenti di crisi emergenziale.

Un altro gruppo ad altro rischio e quindi bisognoso di maggior protezione è risultato essere quello degli anziani, in quanto il loro stato di salute spesso già precario, la fragilità, e l'alto tasso di mortalità degli ottantenni correlato alla malattia da Covid-19, hanno determinato restrizioni più severe portando a maggiore isolamento, al fine evitare il più possibile il contagio e la trasmissione del Coronavirus. In un ampio studio longitudinale, Luchetti et al. (2020) hanno messo in evidenza che il confinamento sociale sia un fattore di rischio determinante per il deterioramento cognitivo: l'interruzione delle visite da parte dei parenti e amici, delle attività di gruppo, l'impossibilità di partecipare alle funzioni religiose, il divieto di accesso ai servizi offerti di parrucchiere, bar o ai saloni per i giochi

di gruppo, hanno peggiorato la percezione della qualità della vita, le prestazioni cognitive e i casi di depressione. Sono stati necessari interventi per contenere l'ansia dovuta anche all'esposizione massiva e martellante dei media (TV, radio, stampa, rete digitale e altro) che proponevano notizie relative al rapido diffondersi del virus, aggiornamenti relativi all'aumento del numero di casi positivi, dei decessi, interviste ad esperti del settore sanitario che ribadivano la pericolosità e contagiosità, le immagini inquietanti dei reparti di terapia intensiva sovraffollati o delle inquantificabili file di bare trasportate verso forni crematori e cimiteri.

“L'uomo è un animale sociale” scriveva Aristotele nel 4° secolo a.C. e le scienze sociali mettono in evidenza la grande importanza che i contatti e le relazioni interpersonali hanno per l'essere umano, senza distinzione di età, sesso, cultura e la loro influenza sul benessere psico-fisico. Il Lockdown ha interrotto improvvisamente ogni contatto diretto con le altre persone, gli assembramenti, in una situazione esasperata dall'incertezza sul perdurare delle limitazioni, dal dover condividere costantemente spazi limitati in casa con i propri familiari.

A livello sanitario negli ospedali, intasati dalle persone con condizioni respiratorie critiche e i cui reparti sono stati convertiti in Reparti Covid, è stato necessario procrastinare le visite mediche non urgenti ed indispensabili, differire sia gli interventi chirurgici programmati, sia gli screening oncologici di qualche mese, con il conseguente peggioramento della salute pubblica anche dei pazienti non Covid.

Con il rapido diffondersi nei diversi paesi del mondo, l'imposizione di restrizioni, la chiusura delle frontiere e l'isolamento sociale a livello mondiale, “il virus ha fatto precipitare l'intera umanità in una crisi sanitaria, sociale e finanziaria senza precedenti (Nicola et al., 2020)” [GeroPsych (2022), 35(1), 17].

1.2 Conseguenze per i familiari: gestione della malattia e lutto

Dalla lettura degli articoli analizzati in questo studio deduco che l'impatto del Covid-19 non ha colpito solo direttamente il paziente contagiato ma ha avuto ripercussioni anche:

- sul Microsistema, ossia la rete sociale con cui lo stesso ha un contatto diretto;
- sull'intera Comunità e
- sul Macrosistema, sia a livello istituzionale nazionale [(Ministero della Salute che collabora con l'Istituto Superiore della Sanità (ISS)], che sovranazionale [Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS)].

I vari sistemi sono interconnessi, pertanto le modifiche che vengono adottate in ogni livello producono effetti reciprocamente anche sugli altri.

Il Ministero della Salute ha realizzato e promosso una campagna "Proteggi te stesso e gli altri", attraverso raccomandazioni generali sui comportamenti da adottare al fine di prevenire il diffondersi del virus, tra cui il suggerimento di evitare il contatto ravvicinato con persone con problemi respiratori in forma acuta, il distanziamento interpersonale di almeno un metro e mezzo, un'igiene scrupolosa delle mani, nonché la sanificazione degli ambienti. Tali misure restrittive risultavano indispensabili, in quanto i timori erano confermati dai dati statistici. Infatti, il settimo rapporto ISTAT-ISS, "*Impatto dell'epidemia Covid-19 sulla mortalità totale della popolazione residente*", del 02 marzo 2022 relativi al periodo marzo 2020 – gennaio 2021, riporta: "10.953.342 casi confermati di COVID-19. Sono stati segnalati al Sistema di Sorveglianza Nazionale integrata COVID-19 dell'ISS 145.334 decessi associati alla diagnosi di infezione da SARS-CoV-2 e avvenuti entro il 31 gennaio 2022. Il 53% dei decessi è avvenuto nel 2020, il 41% nel 2021 (59.136 decessi di cui circa 8.000 sono riferiti a diagnosi del 2020) e il 5,8% a gennaio 2022" (ISTAT 02.03.2022: dati estratti il 9/2/2022).

L'impatto del virus sul microsistema, soprattutto quello familiare, è stato molto incisivo. È stato necessario imporre modifiche alle consuetudini comportamentali al fine di garantire la maggior sicurezza possibile nella convivenza poiché il timore di contrarre il virus era accompagnato alla preoccupazione di contagiare i propri familiari, soprattutto se anziani o con patologie preesistenti. In caso di ricovero nei reparti di terapia intensiva, l'accesso agli ospedali e le visite non erano consentiti, le informazioni relative allo stato di salute dei propri parenti venivano fornite solo telefonicamente dal personale sanitario.

Timore, preoccupazione e profondo senso di solitudine hanno accompagnato questa triste realtà; persino la comunicazione terapeutica tra medico e paziente è stata interrotta o filtrata da mascherine chirurgiche e dispositivi di protezione.

A livello comunitario, la pandemia ha anche modificato radicalmente il rituale dell'accompagnamento alla morte: l'ultimo saluto ai propri familiari ricoverati in ospedale o residenti presso una RSA, avveniva, se e quando possibile, attraverso videochiamate, senza la possibilità di offrire vicinanza e conforto; i familiari hanno vissuto un profondo senso di solitudine e impotenza. I riti delle cerimonie di sepoltura e il processo psicologico del cordoglio durante la fase acuta della pandemia sono stati negati: nessuna cerimonia funebre, fiori, ultimo saluto al commiato da parte della comunità, vietati gli abbracci. Ogni funzione sociale e simbolica del rito è stata abolita, e quindi la normale e graduale rielaborazione del lutto è rimasta in qualche modo interrotta, sospesa: tutto questo poteva condurre i familiari a vivere l'esperienza con un grande senso di angoscia traumatica, impotenza, vergogna, colpa, somatizzazione e rabbia (Kokou-Kpolou, Alcántara, Cénat, 2020).

Considerata la contagiosità del virus, alcune famiglie, soprattutto quelle che si sono trovate nella condizione di dover fare i conti con lutti multipli, hanno sviluppato il Disturbo da Lutto Prolungato (Prolonged Grief Disorder: PGD). Introdotto nella nuova e recente classificazione del manuale diagnostico DSM-5-TR, pubblicato dall' American Psychiatric Association (APA) nel 2022, è definito come "intenso desiderio o nostalgia per il defunto" (APA DSM-5-TR, 2022), con intenso dolore emotivo, pensieri intrusivi relativi alla relazione perduta e intenso desiderio del ritorno della persona che è venuta a mancare, spesso in comorbilità con depressione, ansia e Stress post Traumatico (Post Traumatic Stress Disorder - PTSD).

Considerato che le conseguenze psicologiche potrebbero protrarsi nel lungo periodo, con il rischio di aggravare ulteriormente la salute mentale, è stato indispensabile rivedere l'organizzazione di programmi ed interventi che tengano in considerazione i cambiamenti psicosociali finora esaminati per fornire assistenza alle famiglie, anche attraverso l'uso di nuovi supporti tecnologici laddove non fosse stato possibile l'intervento diretto e adattarli alla cultura di provenienza del paziente.

1.3 Conseguenze psicologiche e sociali per il personale sanitario

L'espandersi della pandemia SARS-CoV-2 in maniera rapidissima, dovuta anche alla totale mancanza di conoscenze della natura stessa del virus, ha comportato la necessità di apporre modifiche strutturali ed organizzative all'interno del Sistema Sanitario, oltre che a quello privato, familiare e scolastico.

All'interno di Ospedali, Ambulatori medici, Case di Cura, sono state riviste le procedure di gestione del paziente, di utilizzo dei dispositivi di protezione individuale che scarseggiavano, di comunicazione con i degenti e i suoi familiari; per questo si è reso indispensabile modificare i luoghi di lavoro e gli spazi comuni. La massiccia richiesta di assistenza complessa ha reso necessario adattare le strutture, dotandole di attrezzature per la ventilazione nei reparti di terapia intensiva, formare il personale sul campo, richiamare in servizio i professionisti della salute in pensione o anticipare l'ingresso ai laureandi e stagisti, malgrado la minore esperienza e conoscenza.

La contagiosità del virus ha reso difficoltosa la gestione della copertura dei turni di lavoro del personale sanitario e assistenziale, esponendo gli stessi ad orari di lavoro prolungati e con ritmi stressanti, in un contesto rischioso nel quale l'operatore temeva per la propria incolumità e per quella dei propri familiari. Tale condizione ha comportato l'autoisolamento, sentimenti di vulnerabilità, un elevato senso di responsabilità, sensi di colpa e impotenza di fronte al numero enorme di morti nonostante un lavoro continuo e costante. Considerati questi aspetti come fattori di rischio, le scelte comportamentali hanno condotto spesso ad un maggior consumo di sostanze dannose, quali il tabacco, caffeina e droghe.

In Cina è stato effettuato uno studio trasversale (Lai e al., 2020) sulle conseguenze del Covid-19 che ha coinvolto 34 ospedali, per un totale di 1257 operatori sanitari, raccogliendo dati demografici e di salute mentale nel periodo dal 29 gennaio 2020 al 3 febbraio 2020. Da tali sondaggi è risultato evidente il carico psicologico al quale sono stati esposti prevalentemente gli operatori in prima linea a contatto diretto con le persone contagiate dal Covid-19 e gli infermieri (Storti M., Visonà M., 2010). Gli studi hanno rilevato alti livelli di ansia (45%), stress e sintomi depressivi (50%), insonnia (34%), angoscia; alcuni hanno pensato di voler abbandonare quel tipo di lavoro (Powell T. et al., 2022).

Nel Regno Unito è stato implementato nell'aprile 2020 un servizio di supporto psicologico al personale ospedaliero inserito all'interno dei reparti Covid dei *Leeds Teaching Hospitals NHS Trust*, e il gruppo costituito da clinici competenti (Johnson, Hardwick, Shand, Grant, 2022) ha potuto così raccogliere i dati relativi ai motivi di accesso al servizio. I principali sono stati: il burnout, l'ansia e l'ansia correlata al COVID-19. Tale lavoro ha permesso inoltre di mettere in evidenza l'importanza del supporto psicologico sia nelle fasi acute ma anche come strumento di prevenzione, soprattutto per le categorie di lavoratori più a rischio.

In considerazione dell'impatto che la pandemia da Covid-19 ha generato, è stato promosso un importante e vasto studio longitudinale su scala globale denominato HEROES (The COVID-19 HEalth caRe wOrkErS study) che ha coinvolto 28 paesi in 5 continenti (America Latina, Europa, Africa, Medio Oriente e Asia). La finalità era raccogliere e descrivere dati sociodemografici, sintomi e disagi psicologici, nelle varie fasi della pandemia di tutti gli operatori sanitari coinvolti, nonché di identificare i principali fattori di rischio e di protezione. Lo scopo è quello di riuscire ad individuare le difficoltà, le problematiche incontrate per poter ridefinire e riorganizzare il sistema, e supportare il ruolo svolto da ognuno attraverso politiche di sostegno adeguate e mirate. La raccolta dati è stata effettuata tramite un questionario da compilare attraverso una piattaforma web, in un tempo massimo richiesto di 15 minuti. Dall'analisi dei primi dati raccolti emergono due tipologie di problematiche sia a livello individuale, sia a livello organizzativo legato al luogo di lavoro.

La prima tipologia evidenzia soprattutto il problema della stigmatizzazione, del disagio psicologico e dei sintomi depressivi (Moro M.F. et al., 2022). Mentre in Italia gli operatori sanitari che si prendevano cura del "paziente Covid" venivano considerati al pari di un eroe, in altri paesi sono stati discriminati e oggetto di violenza. Inoltre, lavorare a stretto contatto con pazienti in condizioni critiche che spesso poi morivano, era un fattore di rischio aggiuntivo che aumentava la probabilità che si manifestasse una sintomatologia di tipo depressivo; in particolare in quei soggetti che, terminato il lavoro, nella loro situazione familiare avevano persone da accudire (Moro M.F. et al., 2022) o di cui si sentivano responsabili in casi di decesso. Invece, avere una rete familiare supportiva è stato considerato un potente fattore di protezione.

Il secondo aspetto, quello lavorativo, è risultato essere un consistente fattore di rischio per l'insorgenza di ansia, depressione e disagi psicologici in quanto il personale aveva carenza di fiducia nell'organizzazione, nella capacità di gestione delle risorse economiche, nella difficoltà di reperimento dei DPI e nella capacità di gestione dei turni del personale. Questi aspetti si sono resi evidenti soprattutto in Italia, causati anche al taglio dei finanziamenti apportati al settore sanitario avvenuto negli anni precedenti. La spesa media per la salute mentale è di circa il 2% del bilancio sanitario (United Nations Policy Brief, 2020, p.16).

Il progetto HEROES permetterà di analizzare le modifiche psicosociali che una pandemia ha comportato per vagliare le opportune modifiche da apportare a tutto il sistema organizzativo degli ambienti di lavoro.

L'analisi delle conseguenze psicologiche e sociali di una pandemia sanitaria, dei fattori di rischio e di protezione, dell'impatto che ha avuto sulla popolazione, ha permesso di ripensare ai cambiamenti di nuove metodologie di organizzazione e cura. Ha inoltre messo in evidenza che il settore sanitario si trovava del tutto impreparato a gestire un'emergenza di tale portata e che la mancanza di coordinamento da parte di un organo centrale ha causato confusione e smarrimento. Da tali considerazioni sono scaturite una serie di protocolli che hanno permesso di gestire le ondate di contagio successive con più consapevolezza e organizzazione; i molteplici sforzi a livello gestionale e l'aumento degli investimenti nel settore sanitario da parte di tutti i paesi nel mondo, hanno sostenuto la ricerca, intenta a trovare un vaccino per contrastare il Coronavirus, avvenuta poi con tempistiche inimmaginabili nel periodo pre-pandemia (Filia, Rota, D'Ancona, 2021).

NUOVE MODALITÀ ORGANIZZATIVE E SOLUZIONI INNOVATIVE

2.1 Lo Psicologo dell'emergenza

Eventi drammatici fortemente stressanti, imprevisti, improvvisi e violenti che rappresentano una minaccia imminente all'integrità psico-fisica della persona quali, ad esempio, calamità naturali (terremoti, alluvioni, valanghe, ecc.), disastri tecnologici causati da agenti chimici o nucleari, sanitari (epidemie e pandemie) o sociali (incidenti, atti terroristici), richiedono l'intervento tempestivo di diverse figure professionali, che lavorano organizzandosi e coordinandosi tra loro, ognuno con le proprie specifiche competenze (CNOP, 2018).

All'esigenza di fornire una risposta immediata alle conseguenze che tali eventi possono avere sui processi psichici dell'individuo o dei gruppi di persone coinvolte, corrisponde la nascita della Psicologia dell'emergenza che, secondo la Società Italiana Psicologia dell'Emergenza (SIPEM), risale nel XX secolo. Gli eventi traumatizzanti causati dalle Guerre Mondiali, infatti, hanno destabilizzato gravemente gran parte dei sopravvissuti e pertanto è stata avvertita fortemente la necessità di un supporto psicologico effettuato da esperti (Shah, Bedi, Onyeaka, Singh e Chaudhari, 2020). In Italia è stata riconosciuta l'importanza professionale a questa branca grazie alla presenza che gli psicologi hanno garantito negli interventi richiesti dal Consiglio Nazionale Ordine degli Psicologi (CNOP) in Umbria-Marche a seguito del terremoto nel 1997. Nel tempo ha conquistato sempre maggiore considerazione e, in questi ultimi due anni, nel contesto pandemico da Covid-19, lo psicologo dell'emergenza ha assunto un ruolo di primaria rilevanza. Con la pubblicazione in Gazzetta Ufficiale il Decreto Legge 9 marzo 2020, n°14 "Disposizioni urgenti per il potenziamento del Servizio Sanitario Nazionale in relazione all'emergenza COVID-19", è stata infatti sottolineata la necessità di inserire la figura dello psicologo nello scenario emergenziale in corso (CNOP, 2020), avallata anche dalle precedenti epidemie da Sindrome respiratoria acuta grave (SARS) nel 2002 in Cina e quella da Ebola nel 2014 in Liberia e Sierra Leone (Shah et al., 2020), nonché dagli studi citati nel precedente capitolo, che hanno evidenziato la correlazione tra la quarantena e il disagio psicologico.

Per esercitare tale professione occorre possedere una laurea magistrale in Psicologia, l'abilitazione per superamento dell'Esame di Stato e l'iscrizione all'Albo degli Psicologi nella sezione A; corsi specifici di Psicologia dell'Emergenza o Masters ed esperienza sul campo completano il profilo ideale. Inoltre, deve possedere e sviluppare skills e competenze profonde, quali, a titolo di esempio, assertività, flessibilità, capacità di lavorare in autonomia e in équipe, saper comunicare efficacemente, capacità di gestione dell'incertezza, deve inoltre saper effettuare valutazioni tenendo conto del contesto in cui si trova. Sono importanti le caratteristiche di persona socievole, empatica, disponibile al dialogo; deve avere un buon autocontrollo, saper gestire le emozioni proprie e altrui, saper tollerare la morte e gestire lo stress (Sbattella, 2020). Il CNOP, durante il periodo della pandemia, ha richiesto e raccomandato ai professionisti di frequentare il corso a distanza "Emergenza Coronavirus" dell'Istituto Superiore della Sanità, per garantire una formazione di base per la gestione del fenomeno (CNOP, 2021).

Lo psicologo dell'emergenza infatti lavora a diretto contatto con le vittime e loro familiari ma anche con i soccorritori e con la comunità, a seguito di situazioni estremamente critiche, violente e pregiudizievoli per il benessere nel breve e lungo periodo. Svolge inoltre attività di previsione e prevenzione dei rischi, di programmazione degli interventi e di formazione psicosociale.

In particolare, in riferimento al contesto di emergenza sanitaria Covid-19, gli interventi sono rivolti:

- ai professionisti sanitari che lavorano in prima linea,
- ai parenti dei soggetti deceduti a causa del contagio,
- ai parenti dei soggetti ricoverati a causa del contagio,
- ai soggetti in quarantena o in isolamento volontario (CNOP, 2021).

Il Primo Soccorso Psicologico (*Psychological First Aid*) è uno strumento psicologico di importanza cruciale per ridurre l'impatto traumatico di eventi particolarmente critici nelle persone coinvolte direttamente e prevede un aiuto umano, concreto e di sostegno, di contenimento dello stress e dell'ansia, per favorire il recupero emotivo e la resilienza (Shah et al., 2020).

Il sostegno psicologico si attua prevalentemente attraverso la creazione di uno spazio dedicato all'ascolto, che avviene senza pregiudizi o giudizi, dove le persone possano esternare la loro preoccupazione, ansia, paura, sofferenza, nel pieno rispetto delle loro

tempistiche e della privacy, e nel quale possano anche trovare una risposta ai bisogni primari. Il sostegno emotivo avviene attraverso l'informazione e spiegazione delle comuni reazioni psicologiche dinanzi a eventi stressanti (ansia, paura, senso di smarrimento, rabbia, ecc.), considerate normali nel breve periodo. Successivamente, viene valutato un eventuale rinvio ad una presa in carico per i pazienti che necessitano di interventi mirati e personalizzati nel lungo periodo.

In caso di decesso, lo psicologo affianca gli operatori durante la comunicazione della morte (*bad news*) e sostiene familiari, parenti e amici nel processo di elaborazione del lutto. La comunicazione clinica è un momento delicato, che coinvolge emotivamente entrambe le parti e l'obbligo di isolamento completo ha modificato il modo in cui questa avviene, costringendo a rinunciare al rapporto empatico e di sostegno privilegiato che si crea solitamente in presenza, rendendo pertanto questo compito maggiormente impegnativo. Le notizie sono state veicolate da telefonate, videochiamate, messaggi o e-mail; con questa modalità potrebbe sfuggire la percezione della partecipazione del personale sanitario al dolore del familiare, che vive la sofferenza in solitudine e preoccupato a sua volta della solitudine affrontata dal morente. Il personale non era preparato a gestire questa emergenza che, nel primo periodo, ha avuto una crescita esponenziale. In Italia, il gruppo intersocietario "Comunicovid", composto da società mediche rilevanti, ha compreso ed accolto questa lacuna ed ha pertanto redatto un documento condiviso da vari esperti scientifici (medici, infermieri, psicologi, giuristi), nel quale è stata identificata la procedura ritenuta appropriata per condurre una telefonata con i familiari e pubblicata sulla rivista mensile presente on line (*Recenti Progressi in Medicina*, 2020).

Si presuppone ovviamente che gli interventi del personale medico e sanitario in emergenza siano condotti nel rispetto di quanto previsto nelle seguenti indicazioni e nelle linee guida approvate dalle relative istituzioni competenti.

Nel 2007 l'*Inter-Agency Standing Committee* (IASC) aveva pubblicato le prime Linee Guida relative alla Salute Mentale e Supporto Psicosociale in contesti emergenziali, con l'intento di proporre interventi strutturati su più livelli ad intensità crescente, cercando di rafforzare la resilienza delle persone coinvolte, valorizzare le risorse e le competenze presenti.

Nel 2011 l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha pubblicato un protocollo *evidence based* dal titolo “*Psychological First Aid: Guide for field workers*”, tradotto e pubblicato nel 2018 dall'Azienda Unitaria Sanitaria Locale della Romagna con il titolo “Primo Soccorso Psicologico: Manuale per operatori sul campo”, inteso sia come supporto sociale che psicologico. Si tratta di uno strumento di lavoro e di formazione che contiene indicazioni su cosa è meglio fare e non fare, in sicurezza, per aiutare nell'immediato le persone che hanno vissuto eventi estremamente critici. È fondamentale, infatti, conoscere i principi base affinché l'aiuto sia efficace, efficiente, ossia: il rispetto delle regole di sicurezza, per sé e per gli altri, per garantire un intervento al riparo da possibili pericoli sia fisici che psicologici; il rispetto della dignità delle persone, dei loro valori culturali, credenze e religione; il rispetto dei diritti, affinché tutte le persone possano ricevere gli aiuti in modo equo e senza discriminazioni. Altrettanto importante è presentarsi con un atteggiamento calmo e paziente; offrire disponibilità, senza imporre la propria presenza; ascoltare con attenzione i bisogni e le preoccupazioni delle persone, senza forzarle; fornire solo le indicazioni attendibili, evitando le false rassicurazioni. Quando il soggetto ha ricevuto gli aiuti indispensabili ed il suo stato psico emotivo è stato riequilibrato, è necessario cercare di metterlo in contatto con la sua rete familiare o con quella di tipo assistenziale presente nel territorio, appena possibile. Particolare attenzione deve essere dedicata alla categoria di persone più fragili: bambini e anziani, persone con problemi di salute fisica o con disabilità, persone a rischio di discriminazione o violenza, donne incinte o neomamme (OMS, 2011; Azienda Unità Sanitaria Locale della Romagna, 2018).

Con l'avvento dell'emergenza Coronavirus, è stato necessario effettuare aggiornamenti ai manuali in uso, sia per adattarli alle modifiche del contesto sociale sia per cercare di arginare e contenere le possibili conseguenze psicologiche. Pertanto, nel febbraio del 2020, lo IASC ha pubblicato e diffuso la Nota informativa “Gestire la salute mentale e gli aspetti psicosociali dell'epidemia di COVID-19”. Considerata la rapida evoluzione dei contesti e delle conoscenze in merito al Virus, il 17 marzo 2020 subisce nuove integrazioni. La versione 1.5 adotta un approccio “globale su tutta la società” (IASC, 2020 P.7) e ambisce alla riduzione dello stigma, della discriminazione delle persone contagiate e del personale sanitario coinvolto in prima linea, attraverso campagne di sensibilizzazione rivolte alla popolazione, promuovendo la diffusione di messaggi chiari,

sintetici tesi alla normalizzazione dell'ansia e della paura, incoraggiando l'aiuto reciproco (IASC, 2020, pp. 7-8). Gli interventi devono essere contestualizzati e devono, pertanto, tenere conto delle problematiche sociali e di salute mentale preesistenti alla pandemia, nonché delle difficoltà aggiuntive provocate dalla pandemia stessa, che possono compromettere il benessere psicosociale dell'individuo colpito e "Nelle azioni di salute pubblica in risposta all'epidemia dovrebbero essere sempre previste considerazioni sulla salute mentale e di supporto psicosociale" (IASC, 2020, p.5) Si sottolinea l'importanza fondamentale di adottare strategie a livello comunitario, anche attraverso servizi di facile accesso per il tracciamento dei contatti stretti delle persone contagiate, per prevenire la trasmissibilità del virus. Gli interventi, che devono essere svolti da personale esperto e continuamente formato, devono prevedere anche la condivisione di informazioni e strumenti adottati, in un'ottica di sistema di supporto integrato. Fondamentale risulta essere la valorizzazione delle risorse presenti nella comunità, la promozione del benessere e dei principi psicosociali cardine che la nota integrativa indica, quali la "speranza, sicurezza, calma, rete sociale, senso di efficacia personale e comunitaria" (IASC, 2020 p.7).

In Italia, il servizio sanitario regionale Emilia-Romagna, in attuazione delle linee guida dettate dello IASC, ha pubblicato alcuni opuscoli contenenti raccomandazioni utili per fronteggiare lo stress contestualizzato all'epidemia di Covid-19. In particolare: si ribadisce che sentirsi tristi, spaventati e confusi entro certi limiti, durante una crisi, è considerato normale; prosegue poi con alcuni consigli: parlare con persone fidate, mantenere uno stile di vita sano attraverso una dieta equilibrata, evitando il consumo di caffeina, alcolici, fumo o droghe per contenere le emozioni, considerate strategie di coping disfunzionali (IASC, 2020, p.15) ; svolgere esercizio fisico; dormire e riposare per un numero di ore adeguate; mantenere i contatti sociali con la propria rete amicale, attraverso i mezzi consentiti (telefono, mail); mantenersi aggiornati in maniera limitata, consultando solo le fonti scientifiche attendibili; rivolgersi ad un operatore sanitario se ci si sente oppressi dall'angoscia.

Nell'opuscolo creato per le famiglie, vengono menzionate le reazioni possibili più comuni dei bambini di fronte allo stress: insistenza, rabbia, agitazione, ansia, enuresi notturna. Viene quindi consigliato di ascoltarli con attenzione, dedicando loro più tempo e amore, rassicurarli rispondendo alle loro domande con un linguaggio semplice e chiaro, e

fornendo loro le indicazioni corrette sui comportamenti da adottare per ridurre il rischio di contagio. Ai responsabili di équipe, coordinatori e dirigenti vengono fornite le istruzioni per assicurare il benessere fisico e mentale degli operatori: garantire i tempi necessari per il riposo ed il recupero, promuovere ambienti in cui si sentano a loro agio per parlare delle loro preoccupazioni; facilitare l'accesso ai servizi di salute mentale e di supporto psicologico.

Il 13 maggio 2020 le Nazioni Unite hanno pubblicato un documento specifico sul COVID-19 *“Policy Brief: COVID-19 and the Need for Action on Mental Health”*, nell'intento di colmare la carenza dei servizi relativi alla promozione della salute mentale, alla cura e alla prevenzione, causata dalla mancanza di investimenti dei Paesi negli anni precedenti. Tale lacuna è risultata ancora più evidente di fronte alla vastità del problema sanitario e sociale causato dalla pandemia di Covid-19.

Per ridurre al minimo le conseguenze che si presume si protrarranno nel lungo periodo, sono state incentivate le iniziative a garanzia dell'apprendimento per l'utenza scolastica confinata a casa; è stata sollecitata la riorganizzazione dei servizi attraverso investimenti in grado di garantire la copertura sanitaria delle prestazioni di cura della salute mentale. L'utenza psichiatrica ha dovuto adattarsi alle nuove modalità di erogazione dei servizi, non più in compresenza, ma ricorrendo a strumenti informatici di assistenza digitale a distanza, attraverso l'utilizzo delle apparecchiature digitali (ad esempio telefoni, computer).

Il Consiglio Nazionale Ordine Psicologi (CNOP), in merito al Coronavirus, ha fornito informazioni e materiali per i professionisti, invitando innanzitutto ad attenersi alle indicazioni fornite dal Ministero della Salute e dall'Istituto Superiore di Sanità (ISS). In esse viene chiarito che le richieste di aiuto devono essere accolte e che le attività possono essere svolte in presenza, nel pieno rispetto delle indicazioni fornite dalle Autorità sanitarie, salvo condizioni di restrizioni o rischiose. L'Ordine, però, ha consigliato la modalità di intervento a distanza quando possibile (CNOP, 2020)

Prima di approfondire ed analizzare, dunque, con quali nuove modalità sono state affrontate le difficoltà legate all'obbligo di confinamento e le modifiche del setting terapeutico, ritengo opportuno sottolineare l'importanza del ruolo che hanno avuto le associazioni di volontariato che, mosse da uno spirito di solidarietà, rappresentano una grande risorsa per la comunità.

2.2 Reti organizzative di supporto: il volontariato.

La diffusione del virus SARS-CoV-2 non ha generato solo effetti psicologici e sociali negativi ma, ha stimolato molti gruppi ed associazioni di volontariato sia nazionali che locali (Amistaldi et al., 2021, p.7) che hanno prontamente attivato una rete di supporto psicosociale per i più bisognosi, attraverso la riorganizzazione ed il rafforzamento dei servizi già esistenti, oppure attuando nuove modalità operative e utilizzando maggiormente le risorse disponibili.

In Italia, la legge Quadro 266/91 riconosce il valore sociale dell'attività di volontariato e ne stabilisce i principi organizzativi (L. 266/91, art. 1). L'art. 2 definisce che "...per attività di volontariato deve intendersi quella prestata in modo personale, spontaneo e gratuito, tramite l'organizzazione di cui il volontario fa parte, senza fini di lucro anche indiretto..." (L. 266/91, art. 2). In fase di emergenza le associazioni iscritte all'Albo regionale, coordinate dalla Protezione Civile, collaborano alla prestazione di servizi alla Comunità, programmando interventi da effettuare attraverso squadre composte da personale qualificato, formato, unito dalla condivisione del principio cardine di solidarietà.

Secondo il censimento permanente ISTAT al 31 dicembre 2019, il settore del non profit è in costante crescita (+ 0,9% rispetto all'anno precedente), conta 362.634 istituzioni presenti sul territorio e impegnate in diverse attività, di cui 36.437 sono Organizzazioni di Volontariato (ODV). La voce "Assistenza sociale e protezione civile" prevale su tutte le altre attività, sia per le ODV con il 41,8%, che per le Imprese sociali (44,2%) e per le Organizzazioni Non Lucrative di Utilità Sociale – Onlus (42,4%), (vedi Tabella 1).

TAB. 1: PRINCIPALI FORME ORGANIZZATIVE DELLE ISTITUZIONI NON PROFIT PER SETTORE DI ATTIVITA' PREVALENTE.

Anno 2019, **composizioni percentuali** (Fonte: ISTAT, 2019)

Settori di attività prevalente	Organizzazione di volontariato	Associazione di promozione sociale	Impresa sociale	Onlus	Altre istituzioni non profit	Totale
Attività culturali e artistiche	11,4	38,8	2,3	12,3	17,1	16,9
Attività sportive	1,4	8,1	0,4	1,8	42,7	33,1
Attività ricreative e di socializzazione	6,5	32,6	1,4	3,7	14,3	13,6
Istruzione e ricerca	0,9	2,5	9,7	5,7	3,9	3,9
Sanità	24,6	1,8	7,6	6,2	0,7	3,7
Assistenza sociale e protezione civile	41,8	8,3	44,2	42,4	1,6	9,5
Ambiente	6,7	2,2	0,1	4,7	0,9	1,6
Sviluppo economico e coesione sociale	0,2	1,0	32,9	0,1	0,4	1,8
Tutela dei diritti e attività politica	2,0	2,8	0,1	1,0	1,8	1,7
Cooperazione e solidarietà internazionale	3,6	0,8	0,1	17,5	0,2	1,3
Altri settori ^(a)	0,9	1,1	1,2	4,6	16,4	12,9
TOTALE	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

(a) Gli altri settori di attività comprendono: filantropia e promozione del volontariato, religione, relazioni sindacali e rappresentanza interessi e altre attività

Sebbene durante la crisi emergenziale epidemica da Covid-19 molte attività assistenziali, ricreative, ludiche in presenza, a favore di bambini, anziani e dei soggetti con disabilità abbiano subito un arresto forzato, non sono mancati gli aiuti concreti e di supporto a favore delle persone confinate a casa dal lockdown o dalla quarantena. Numerose infatti sono state le iniziative promosse nelle regioni italiane per il sostegno psicosociale. La pubblicazione del rapporto “I Servizi Sociali al tempo del Coronavirus - Pratiche in corso nei Comuni italiani” (2020) promossa dal “Direttore Generale per la lotta alla povertà e per la programmazione sociale del Ministero del lavoro e delle politiche sociali e del Segretario Generale ANCI, nonché attraverso i referenti regionali della Banca Mondiale su tutto il territorio nazionale” (cfr. pag. 4), propone un’interessante fotografia dell’attivazione o dell’intensificazione dei servizi offerti per contrastare l’impatto economico, sociale e psicologico. I dati, raccolti dal 16 aprile al 31 maggio 2020, mettono in evidenza l’importanza ed il successo che hanno avuto i diversi progetti realizzati, il prezioso contributo del personale volontario, della collaborazione di Protezione Civile ed il ruolo determinante dei supporti informatici e tecnologici: smartphone, e-mail, siti web, videochiamate e social network (*Facebook, WhatsApp, Skype, Messenger*) e dalle piattaforme informatiche. In quasi tutti i comuni è stato necessario creare nuovi servizi oppure riorganizzare quelli esistenti: molti hanno potuto garantire il servizio di consegna a domicilio di generi di prima necessità, alimentari, farmaci o pasti caldi. Si sono inoltre

impegnati a distribuire buoni spesa, mascherine protettive e gel disinfettante per le mani, hanno predisposto il trasporto per accompagnare le persone ad effettuare visite mediche essenziali e lo stoccaggio delle bombole d'ossigeno. Alcuni progetti si distinguono per la loro particolarità: in Emilia-Romagna, il comune di Carpi ha fatto un appello ai cittadini per procurare alloggi da mettere a disposizione del personale sanitario accorso per supportare quello presente negli ospedali, concedendo in cambio lo sgravio della tassa dell'IMU e un bonus destinato alla sanificazione finale (cfr. pag. 5). In altri comuni invece, un gruppo di educatori hanno accompagnato ragazzi con disabilità (cfr. pag.67) o bambini affetti da autismo (cfr. pag. 75) in attività da svolgere all'aperto, in campagna, per aiutarli a ritrovare il benessere psico-fisico e per sollevare le famiglie dal pesante impegno quotidiano. Nel cimitero di San Mauro Pascoli, rimasto chiuso per un periodo prolungato, grazie alla rotazione dei volontari le tombe sono state mantenute in ordine e decorate con i fiori donati da aziende agricole (cfr. pag.68). Nelle Marche è stato riorganizzato il corso pre e post parto destinato ai futuri genitori, nel quale erano previste videochiamate del personale ostetrico e psicologico, per fornire informazioni relative alla gravidanza e, dopo la nascita, per supportare emotivamente e psicologicamente la genitorialità attraverso videochiamate di gruppo, per affrontare tematiche quali "la cura del neonato e l'allattamento" (cfr. pag. 160).

Altrettanto numerose, in molti comuni italiani, sono state le attivazioni di assistenza telefonica e spazi d'ascolto in videochiamata, gestiti da psicologi e assistenti sociali, che hanno utilizzato mezzi di comunicazione tradizionali e tecnologie a distanza più moderni, quali siti web, social-network (*Facebook, WhatsApp, Instagram, Messenger*), piattaforme Skype. L'intento era di confortare cittadini, soprattutto anziani in solitudine, o per divulgare informazioni relative alle iniziative presenti nel territorio, grazie anche alla distribuzione di *tablet*. Presenti anche gli sportelli di sostegno psicologico contro l'ansia e la paura generata dal Covid-19 o numeri telefonici dedicati al servizio Antiviolenza, soprattutto per le donne. In particolare, il Ministero della Salute con il Dipartimento della Protezione Civile, ha attivato un numero verde gratuito (800.833.833), per offrire un servizio di ascolto e comprensione (Rapporto ISS Covid-19, n°30/2020) o per attivare una linea di intervento di secondo livello (Rapporto ISS Covid-19, n°31/2020), verso servizi più specifici gestiti dal Servizio Sanitario in relazione alla tipologia dell'utenza o

del disagio, come ad esempio bambini, piuttosto che persone con problemi legati alle dipendenze o di tipo psichiatrico (Dipartimento Protezione Civile, 2020).

Durante l'intervento l'operatore fornisce informazioni che devono essere veritiere ed esposte con linguaggio semplice ed empatico (Lissoni B. et al., 2020). Attraverso la condivisione degli obiettivi da raggiungere, si cerca di coinvolgere direttamente la persona nel processo decisionale e nella ricerca delle soluzioni possibili utilizzando le sue risorse disponibili (*empowerment*) e conclude l'intervento lasciando aperta la possibilità di essere ricontattati, se necessario (Rapporto ISS Covid-19 n° 30/2020), oppure fissando un colloquio successivo di *follow-up*.

Molte istituzioni hanno dichiarato l'intenzione di voler continuare a mantenere attivo il servizio anche dopo la fase di emergenza (I servizi sociali al tempo del Coronavirus, 2020), in quanto è stato valutato molto positivamente. A titolo di esempio, l'associazione "Psicologi per i Popoli Torino" di Torino, La "Società Italiana Psicologia dell'Emergenza" (SIPEM) di Roma hanno aperto *Call Center* in collaborazione con Protezione Civile e con il servizio emergenza 118 per fornire assistenza psicologica e sociale nelle situazioni emergenziali particolarmente critiche attraverso le squadre SPES (Squadre Psicologiche Emergenza Sociale), composte da almeno due psicologi volontari. L'associazione "EMERGENCY", con sede a Milano, attiva dal 1994 in Italia e presente anche in molti Paesi nel mondo, offre gratuitamente servizi di assistenza sanitaria e psicologica, soprattutto nelle zone colpite da guerre e povertà, grazie al prezioso contributo di migliaia di volontari specializzati. Ha aperto ospedali, poliambulatori, centri pediatrici per garantire il diritto universale alla salute e assistenza umanitaria. Nell'era del Covid-19 ha attivato inoltre diversi progetti per la Comunità: è stato utilizzato un ambulatorio mobile per diffondere informazioni da carattere sanitario alle fasce più vulnerabili della popolazione (immigrati, rom, ...), che hanno generalmente maggiori difficoltà di accesso al Sistema Sanitario Nazionale. Nelle Rsa sono state distribuite delle locandine al personale sanitario e agli ospiti, per divulgare informazioni provenienti da fonti ufficiali relative al Covid-19. Sono stati consegnati ai cittadini in quarantena pacchi contenenti generi di prima necessità. Nelle Marche è stato allestito uno sportello psicologico per il supporto al personale sanitario, ai pazienti contagiati dal Covid-19 o ai loro familiari, con colloqui in presenza o per mezzo telefonico o via Skype.

Tutte le iniziative sono state molto apprezzate, sia da coloro che ritengono di aver ricevuto un aiuto prezioso, sia dagli operatori che si sono sentiti motivati, soddisfatti, con un grande senso di appartenenza alla Comunità” (cfr. pag.118). Queste associazioni, costituiscono solo una parte delle innumerevoli iniziative messe in campo sul territorio italiano, ma sono un campione rappresentativo dell’efficienza del Terzo settore, la cui importanza è ormai riconosciuta e che oggi, di fronte ad una crisi emergenziale mondiale affrontata efficientemente, risalta ulteriormente il valore del “capitale sociale”.

La figura del volontario, adattandosi alle nuove esigenze scaturite con la pandemia, ha dimostrato un atteggiamento proattivo e resiliente, grazie anche all’importanza data al lavoro di squadra e alla condivisione degli obiettivi (CSVNET, 2022).

2.3 Nuove soluzioni e strategie di intervento

Il virus contagioso Covid-19 ha calato improvvisamente tutto il mondo in una realtà sconcertante, con 610.393.563 casi confermati e 6.508.521 morti dall’inizio della pandemia e nelle successive ripetute ondate (OMS - *Health Emergency Dashboard*, 2022) e l’isolamento fisico è stato il primo provvedimento a favore della tutela della salute fisica (DPCM 8 e 9 marzo 2020).

I precedenti paragrafi hanno illustrato gli effetti negativi sociali, economici e sulla salute mentale che si sono drammaticamente manifestati sia qualitativamente che quantitativamente. È diventato pertanto prioritario ed urgente mettere in campo strategie e risorse, trovare nuove soluzioni, per cercare di “ridurre al minimo le conseguenze” (*United Nations Policy Brief*, 2020, p. 3). Linee guida specifiche, materiale informativo, raccomandazioni sono stati ampiamente diffusi; sono stati attivati sportelli di ascolto con linee telefoniche dedicate; molti volontari hanno messo a disposizione il loro tempo per andare incontro ai diversi bisogni della popolazione in crescente difficoltà.

Lo strumento che però ha svolto un ruolo cruciale in questa pandemia è stata la tecnologia digitale (I servizi sociali al tempo del Coronavirus, 2020), in quanto è riuscita a mantenere in connessione le persone, nel rispetto delle misure di distanziamento sociale introdotte (Amistaldi et al., 2021). Le nuove tecnologie comunemente utilizzate (ad esempio *PC, Smartphone, internet, piattaforme e-learning*), hanno “radicalmente modificato il nostro stile di vita” (CNOP-Commissione Atti Tipici, Osservatorio e tutela della professione,

2017, p.7), ma la pandemia ne ha aumentato l'utilizzo (Taylor C., Fitzsimmons E. e Graham A., 2020) rivoluzionando il sistema scolastico, il sistema sanitario, gli interventi in salute mentale, l'accesso alle informazioni, la comunicazione e le interazioni sociali tra le persone, o introducendo la possibilità di lavorare da casa (*smart working*), a beneficio di tutta la comunità.

Le Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA) hanno vissuto in maniera particolarmente critica l'imposizione delle misure restrittive in quanto gli anziani risultano essere più vulnerabili al contagio del Covid-19, pertanto l'impossibilità di ricevere visite ha creato maggiore senso di solitudine (Croce Rossa Italiana, 2021). In un'ottica di prevenzione, per cercare di ridurre il rischio di depressione e offrire una fonte di sostegno in caso di emozioni negative (Cohen, Syme, 1985; Zaki, Williams, 2013), è stato utilizzato il telefono, che è stato l'unico mezzo di connessione tra il personale sanitario ed i parenti dei pazienti ricoverati in terapia intensiva presso gli ospedali o nelle RSA. Nell'incertezza della situazione che si è venuta a creare con il Covid-19, con il timore di non poter rivedere il proprio caro in vita, i parenti hanno avvertito fortemente il bisogno di essere costantemente informati e la comunicazione telefonica lo ha consentito. La consapevolezza che il familiare non fosse trascurato e abbandonato soddisfaceva il loro bisogno di essere rassicurati (Lissoni B. et al., 2020). Tale soluzione ha permesso di continuare a mantenere le relazioni con la propria rete parentale e rendere più sopportabile il distanziamento sociale (Croce Rossa Italiana, 2021).

Il personale sanitario, sottoposto ad un'enorme pressione durante il periodo emergenziale da Covid-19, ed è stata considerata la categoria maggiormente a rischio sul piano psicologico. In Cina, territorio nel quale il Coronavirus 2019 si è originato e sviluppato, sono stati effettuati diversi studi sulle problematiche relative alla salute mentale e sugli interventi realizzati, grazie anche all'aiuto della tecnologia oggi esistente. L'utilizzo di piattaforme e mezzi di comunicazione online (*WeChat, Weibo, TikTok*) sono stati utilizzati per offrire consulenza, supporto a pazienti, familiari ma soprattutto al personale sanitario, mentre programmi di Intelligenza Artificiale sono stati di aiuto per monitorare i messaggi pubblicati, ritenuti espressione di una crisi psicologica grave (Li et al., 2020 & DoRS, 2020).

Due interventi in particolare risultano essere particolarmente interessanti in quanto condotti con metodologia *evidence based*:

- 1) L'intervento, realizzato presso il *West China Hospital*, prevedeva la formazione di tipo psicologico al personale per realizzare un supporto psicosociale tempestivo di tipo piramidale: alla base la comunità, costituita principalmente da personale volontario, aveva il compito di individuare attraverso monitoraggio telefonico e online, coloro che necessitavano di un intervento; al livello successivo, l'équipe composta da personale medico e psicologico, proponeva attraverso apposite APP (ad es. *WeChat*) consultazioni, le linee guida, conversazioni costruttive sulle principali problematiche riscontrate; al vertice, un gruppo di esperti proponeva formazione ed educazione sulle tematiche inerenti la salute. Gli interventi mirati venivano proposti dopo aver raccolto le informazioni tramite questionari sullo stato della salute mentale della popolazione, in particolare del personale sanitario in prima linea, seguiti successivamente da *follow up*. Tale tipologia di intervento, basato principalmente sullo sviluppo della resilienza e sulla capacità di auto monitorarsi, è risultata efficace e standardizzata con il nome di "APD – *Anticipated, Plan and Deter Responder Risk and Resilience Model*" (DoRS, 2020 pp.6-8).
- 2) L'ospedale universitario di Xiangya assieme al centro di psicologia medica hanno strutturato l'intervento psicologico attraverso tre aree specializzate, ognuna in un ambito specifico: il team composto da personale medico proponeva corsi on line rivolti al personale medico per far fronte alle principali tematiche psicologiche; un team di psicologi offriva supporto telefonico; infine venivano organizzate attività di gruppo in presenza per imparare a gestire lo stress. Poiché inizialmente non vi è stata molta adesione al programma, in quanto il personale sanitario non ammetteva di avere bisogno di un supporto psicologico, sono stati effettuati dei colloqui personali di mezz'ora dai quali sono emerse alcune criticità. L'intervento pertanto è stato integrato inserendo anche delle migliori per accogliere le richieste che generavano disagio: hanno quindi creato un'area di sosta a disposizione temporanea del personale che temeva di poter contagiare la propria famiglia o per riposare nei momenti di pausa. Gli psicologi si recavano regolarmente presso tale area per ascoltare i vissuti traumatici e le esperienze raccontate e per fornire quindi un supporto psicologico (Chen et al., 2020). Hanno inoltre proposto corsi di formazione per insegnare il corretto uso dei dispositivi di protezione, in quanto il timore di non saperli utilizzare generava ansia diffusa tra il personale; sono state organizzate

attività psico educative basate su tecniche di rilassamento rivolte al personale altamente stressato (Dors, 2020, pp.8-9).

In Italia non sono mancate esperienze professionali altrettanto rilevanti. A Milano, psicologi dell'Unità di Terapia Intensiva dell'Ospedale Niguarda e dell'ASST Santi Paolo e Carlo, 2 ospedali in prima linea nella fase acuta della pandemia, hanno strutturato interventi sulla base dei bisogni scaturiti dall'osservazione del personale e dei familiari dei pazienti affetti da Covid-19. Il personale sanitario ha esternato il bisogno di sicurezza fisica, di appartenenza al gruppo di lavoro, di essere ascoltati, di chiarezza e coerenza. Grazie al lavoro svolto dagli psicologi, durante momenti dedicati al *defusing*, l'équipe ha sentito valorizzato il lavoro di squadra, gli obiettivi sono stati condivisi a beneficio del senso di appartenenza, i giudizi negativi verso sé stessi si sono ridotti (Lissoni B. et al., 2020).

Tali interventi hanno svolto una funzione importante, sia nella situazione contingente dell'emergenza sanitaria del Covid-19, sia perché hanno contribuito ad aggiornare le ricerche scientifiche sui problemi di salute mentale generati dalle emergenze di salute pubblica, portando la *National Health Commission of China* a formulare delle linee guida. Gli interventi raccomandati prevedono: sessioni di informazione/formazione preventiva, focalizzata sugli aspetti emotivi, psicologici e stressogeni particolarmente nelle emergenze; la rotazione dei turni lavoro del personale inserito nei reparti isolati; nei turni sono previsti anche momenti di riposo e pause atti a permettere sonno ed alimentazione adeguati; la disponibilità di alloggi riservati al personale sanitario che lavora in prima linea; è consigliato inoltre favorire il contatto con la propria famiglia, garantire servizi e interventi di assistenza psicologica nei casi di depressione, ansia e insonnia. Tutto il personale deve imparare a sapersi auto monitorare per essere in grado di chiedere aiuto se necessario (Dors, 2020, pp.10-12). Molti passaggi risultano simili a quelli proposti dalle linee guida proposte dallo IASC (Inter-agency Standing Committee) sugli interventi di promozione della salute mentale e di supporto psicologico e psicosociale (vedi IASC Briefing Note, 2020).

Nella ricerca condotta sugli studi pubblicati relativamente agli aiuti che i Team sanitari possono ricevere dagli psicologi (Pappas, 2021) è stata evidenziata l'importanza che riveste l'organizzazione del lavoro di una squadra, in maniera marcata in caso di emergenza sanitaria. Per tale ragione il capo dell'équipe svolge un ruolo fondamentale,

in quanto indirizza il personale verso gli obiettivi da raggiungere, chiarisce le regole e rappresenta il punto di riferimento che infonde sicurezza. Gli strumenti consigliati che permettono di lavorare al meglio, soprattutto se il turno è strutturato su turni a rotazione, risultano essere il *prebriefing* ed il *debriefing*. Il primo consiste in una riunione organizzata all'inizio del turno, che ha lo scopo di definire il piano di lavoro, chiarire eventuali dubbi su ruoli o modalità operative; la fine turno, invece, prevede il *debriefing*, una riunione di chiusura nella quale si traggono le conclusioni, si esprimono osservazioni, pensieri, emozioni e risulta utile come strumento di reciproco apprendimento, monitoraggio e rielaborazione.

Attraverso questi due momenti si viene a creare un “modello mentale condiviso” e si rafforza la resilienza del gruppo di lavoro nelle avversità (Pappas S., 2021). La partecipazione degli psicologi alle riunioni facilita il crearsi di un'atmosfera supportiva e permette un confronto costruttivo e rassicurante tra gli operatori (Goodman B., 2020).

Con queste ricerche viene ulteriormente rafforzata l'importanza della resilienza come fattore protettivo della salute mentale, già rilevata in letteratura (Bonanno, 2004 citato da Lissoni B. et al., 2020). Partendo da tale presupposto, Hofmann ha condotto una ricerca longitudinale per valutare in che modo speranza intervenisse sullo stress, sull'ansia da Covid-19 e sul benessere e i risultati ottenuti hanno confermato che “la speranza era una fonte di resilienza nei confronti dello stress da Covid-19” e che era “associata a un maggiore benessere e controllo emotivo percepito” (Hofmann, 2021).

Dal punto di vista sociale, in riferimento al sistema scolastico, l'unica alternativa possibile è stata la didattica a distanza, la cosiddetta “*e-learning*”, attraverso l'utilizzo di diverse piattaforme online (*Microsoft Teams, Google Classroom, Canvas e Blackboard*). Docenti e studenti hanno dovuto affrontare questa sfida ed hanno accolto questa soluzione come un'opportunità (Dhawan, 2020 – nell'articolo di Pokhrel, S., & Chhetri, R., 2021), con i relativi vantaggi e limiti. Tra i primi troviamo la continuità dei percorsi scolastici, educativi ed interattivi, all'interno di classi virtuali, e la possibilità di condividere molti contenuti didattici (Pokhrel, S., & Chhetri, R., 2021), permettendo così mantenere un'istruzione di qualità. Di contro, le modifiche rapide sono state implementate senza una preparazione e conoscenza degli strumenti da parte sia del personale docente che degli studenti, che hanno quindi dovuto adattarsi e imparare velocemente; le famiglie

economicamente svantaggiate, non hanno potuto permettersi di acquistare tempestivamente dispositivi idonei. Il Governo Italiano, per sostenere il sistema scolastico, favorire l'apprendimento digitale anche per le categorie di studenti più fragili, a marzo 2020 nell'ambito del progetto "Solidarietà digitale" ha lanciato l'iniziativa "#DidatticaDigitale" attraverso la quale enti, associazioni e fondazioni del settore digitale hanno messo a disposizione gratuitamente piattaforme, strumenti innovativi e servizi, soprattutto per la categorie svantaggiate, favorendo così un percorso scolastico inclusivo (Governo Italiano-Ministero dell'Innovazione Tecnologica e la Transizione digitale, 2020). Sempre in ambito sociale, il Governo ha voluto intervenire favorendo le prestazioni lavorative "Lavoro agile", per permettere ai lavoratori di conciliare le esigenze lavorative con quelle familiari mentre, per contrastare l'aumento dei casi di "depressione, ansia, stress" a seguito della pandemia e della crisi economica, ha destinato a sostegno dei soggetti economicamente svantaggiati un contributo di 600 euro a persona (c.d. Bonus psicologo) "per sostenere le spese relative a sessioni di psicoterapia" (INPS, 2022).

2.4 Interventi psicologici a distanza: la telepsicologia

L'utilizzo della tecnologia in campo medico non è una novità introdotta dal Coronavirus per gli psicologi (OPL, 2107), ma sicuramente l'obbligo di mantenere le distanze di sicurezza e il confinamento a casa durante il Lockdown hanno favorito e accelerato il diffondersi della "salute telementale" (*Telemental Health – TMH*), (Lipschitz, J. M., Connolly, S. L., Van Boxtel, R., Potter, J. R., Nixon, N., e Bidargaddi, N., 2022). Già nel 2013, considerata la rapidità di sviluppo e di espansione della tecnologia, *l'American Psychological Association* (APA) aveva ritenuto necessario pubblicare delle nuove linee guida per l'esercizio della telepsicologia, mentre il CNOP ha pubblicato le "Raccomandazioni sulle prestazioni psicologiche attraverso tecnologie di comunicazione a distanza" (CNOP, 2013) e la Commissione Atti Tipici ha prodotto il documento "Digitalizzazione della professione e dell'intervento psicologico mediato dal web" (CNOP, 2017).

Sebbene il fenomeno dell'aumento dei servizi di consulenza psicologica a distanza sia inarrestabile, è bene tenere presente sia i limiti che i vantaggi che questa scelta comporta, soprattutto dinanzi alla decisione di mantenere attivi i servizi di TMH oppure, cessata la pandemia, se ritornare all'assistenza psicologica prevalentemente in presenza (Lipschitz, J. M. et al., 2022). L'obbligo del passaggio imposto dal Covid-19 per un periodo prolungato è stata un'opportunità unica per effettuare tali valutazioni, in particolare gli studi condotti negli Stati Uniti e in Canada, che hanno anche messo in evidenza criticità maggiori per i residenti nelle aree rurali e le disparità di accesso alle cure.

Innanzitutto le regole ed i principi etici contenuti nel Codice Deontologico sono vincolanti per gli psicologi, indipendentemente dal fatto che l'esercizio della professione avvenga dal vivo o a distanza (Codice Deontologico degli psicologi italiani, art. 1), pertanto: devono essere assicurati il rispetto delle normative in materia di sicurezza e tutela della privacy, i dati relativi all'identità ed alla professionalità dello psicologo devono essere pubbliche, così come l'identificazione dell'utente, vi deve essere la sottoscrizione del consenso informato e vanno mantenute le modalità di conservazione dei dati.

In considerazione dell'aumento della richiesta di assistenza psicologica, l'accessibilità è senz'altro da annoverare tra i vantaggi della TMH, in quanto le persone hanno potuto usufruire del servizio evitando lunghe liste di attesa, senza dover attendere la fine della pandemia (Madigan S. et al., 2021), senza lo spostamento fisico, a beneficio soprattutto delle categorie più fragili con disabilità. Non hanno quindi dovuto affrontare il disagio delle distanze geografiche spesso chilometriche, le problematiche legate al traffico ed i relativi costi (Lipschitz, J. M. et al., 2022) e, in caso di trasferimento in un luogo distante o all'estero, l'utente non è stato costretto ad interrompere il percorso terapeutico iniziato. Tali premesse hanno consentito al professionista di personalizzare maggiormente gli interventi, con la possibilità di proporre, ad esempio, incontri più brevi ma più ravvicinati nel tempo, in considerazione anche del fatto che sono migliorate sia la presenza (*no-show*) che la puntualità agli appuntamenti fissati. L'alleanza terapeutica tra paziente e terapeuta, sebbene non ci sia ancora un numero sufficiente studi in merito per che lo confermano, sembra che non abbia risentito del passaggio alla modalità a distanza. Anzi, molti pazienti si sono dimostrati più disponibili e a loro agio nel raccontare i propri fatti personali, o a trattare argomenti particolarmente delicati (traumi, dipendenze, sessualità, abusi,

comportamenti suicida), soprattutto se il mezzo utilizzato era il telefono piuttosto che una videochiamata, forse perché l'anonimato era maggiormente garantito (Lipschitz, J. M. et al., 2022). Tale modalità rappresenta inoltre una valida alternativa per le persone che temono i giudizi e pregiudizi altrui, aggirando così l'ostacolo della stigmatizzazione (CNOP 2017, pp. 45-46); si pensi, ad esempio al contesto abitativo di un piccolo paese rurale in cui tutti si conoscono e un individuo potrebbe sentirsi maggiormente osservato.

Il passaggio alla TMH, se da un lato ha semplificato e migliorato l'accesso alle cure, dall'altro ha inasprito le disparità già esistenti tra i gruppi o ne ha create nuove, come evidenziato dallo studio condotto nel Midwest degli Stati Uniti (Egan, R. P. et al., 2022). Gli anziani, a causa dall'insufficiente conoscenza dei dispositivi tecnologici, hanno preferito optare per l'assistenza telefonica e sono risultati penalizzati per l'aggravio dei costi relativi alle tariffe delle compagnie telefoniche; inoltre la qualità della cura risulta essere inferiore rispetto alla videoconferenza, sia per l'impossibilità di scambiarsi schede, file o altro materiale utile, sia per i problemi legati alla comunicazione verbale. L'intervento telefonico, infatti, risulta essere più impegnativo (Giorico, "Psicologi Al Telefono e Online 24/7") in quanto, in assenza di videocamera, lo psicologo dovrà affidarsi esclusivamente al canale verbale e paraverbale (volume, timbro e velocità della voce). Dovendo rinunciare alle utili informazioni della comunicazione non verbale (espressione del viso, lo sguardo nonché la gesticolazione e postura del corpo), dovrà utilizzare maggiormente le proprie capacità di ascolto attivo, empatia, flessibilità e attenzione in modo da individuare il vissuto emotivo (Rapporto ISS Covid-19 n° 30/2020). La soluzione della salute mentale a distanza, inoltre, non è indicata per tutte le tipologie di utenti in quanto le malattie mentali gravi, come ad esempio il disturbo psicotico caratterizzato da deliri ed allucinazioni oppure i disturbi dell'umore con rischio di suicidalità, necessitano di sorveglianza diretta per una corretta e tempestiva gestione di eventuali crisi (Madigan, S. et al., 2021). In altre situazioni, la coabitazione rappresenta una minaccia per la riservatezza, in quanto luoghi non sufficientemente appartati non garantiscono la privacy necessaria, soprattutto nei casi di abusi, violenza o gestione dei minori e i pazienti, nel timore di essere ascoltati, non si sono sentiti liberi di affrontare determinati argomenti (Lipschitz, J. M. et al., 2022). I bambini in età scolare, non hanno potuto usufruire dei servizi offerti dal sistema scolastico e quindi molte famiglie hanno preferito temporeggiare e non accedere alla TMH (Egan, R. P., 2022).

Diversi studi hanno sollevato le difficoltà aggiuntive che le zone rurali, spesso isolate e caratterizzate da povertà, si sono trovate ad affrontare. La lontananza dalle aree urbane, sicuramente maggiormente servite da centri specializzati e strutture sanitarie, era già un problema prima dell'arrivo del Covid-19 ma è diventato per molti un disagio ulteriore successivamente, quando tutti i servizi sono stati offerti da remoto, in quanto la mancanza di connessioni internet a banda larga (Rapporto ISS COVID-19 n. 31/2020), le risorse economiche limitate per acquistare i dispositivi, hanno impedito l'accesso alle cure di salute telementale (Bender, S., e Werries, J., 2022). Il distanziamento sanitario ha inoltre inibito la possibilità di rivolgersi agli psicologi locali, i quali dispongono di competenze particolari in quanto è usuale che, nei piccoli villaggi, siano l'unico punto di riferimento per diverse attività. Per tale motivo, hanno l'esperienza di problematiche diversificate e conoscono bene il paziente, che hanno potuto accompagnare nelle varie tappe evolutive. Risultano inoltre avvantaggiati nella conoscenza del contesto e delle competenze culturali poiché i problemi psicologici e sociali vanno affrontati tenendo conto della lingua, delle usanze e credenze del luogo (Goodwin, S. L., et al., 2021). Tali limiti, simili in molte altre parti del mondo, hanno messo in evidenza il tema delle disuguaglianze sociali all'accesso alle cure mentali (Madigan S., 2021).

Al di là delle criticità, che andranno comunque affrontate e approfondite dalle autorità competenti, l'utilizzo della telepsicologia durante la pandemia è stato un passo obbligatorio ed è ormai già parte integrante della realtà attuale. La maggior parte degli psicologi, superato l'impatto iniziale, hanno valutato positivamente la THM ed hanno dichiarato che in futuro, con i pazienti meno critici, vorrebbero adottare un modello ibrido, che prevede la prima valutazione di persona, per avere un quadro clinico più preciso ma poi continuare il percorso di cura attraverso i mezzi di comunicazione tecnologici (Lipschitz, J. M., 2022).

Guardando al futuro bisognerà senz'altro tenere presente queste considerazioni nella formazione degli studenti aspiranti psicologi, nonché nella preparazione dei corsi di aggiornamento professionale, obbligatorio per mantenere un adeguato livello di preparazione (Codice Deontologico, art. 5). Sarà altresì necessario continuare la ricerca per comprendere gli effetti del Coronavirus SARS-CoV-2 sulla salute mentale nel lungo periodo, per valutare l'efficacia degli interventi effettuati in modalità online, per

alimentare la letteratura con articoli basati sull'evidenza scientifica, per non ritrovarsi impreparati dinanzi ad eventuali pandemie future.

L'organizzazione sanitaria, parzialmente rivisitata sotto la spinta pandemica, dovrà tenere conto maggiormente delle linee orientative dell'OMS che tendono verso il concetto di salute in senso olistico del termine. Le sfide aperte sono ancora molte: incrementare gli investimenti per aumentare e potenziare la rete dei servizi pubblici dedicati alla salute mentale, in un'ottica di prevenzione e promozione del benessere psicofisico e per cercare di ridurre le differenze sociali nell'accesso ai servizi.

In considerazione delle devastanti conseguenze causate dal Covid-19, puntare sul distanziamento sociale, sull'utilizzo di mascherine protettive e gel igienizzanti per le mani non poteva essere l'unica strategia risolutiva per affrontare una pandemia. Si rendeva necessario, dal punto di vista medico, trovare un vaccino. La veloce scoperta e somministrazione su vasta scala del vaccino anti Covid-19 ha fatto registrare un calo significativo dei decessi, dei ricoveri ospedalieri ed ha quindi determinato “una diminuzione dell'impatto dell'epidemia” (Nota Tecnica ISS, 2022). Non è possibile sviscerare questo argomento in questa sede in quanto, dal punto di vista sociale e psicologico risulterebbe assai vasto, ma che, per dovere di cronaca e completezza del tema trattato, ho ritenuto opportuno far presente.

Il Decreto Legge n. 24 del 24 marzo 2022, con il quale il Consiglio dei Ministri “ha disposto al 31 marzo 2022 la chiusura dello stato di emergenza” (Dipartimento della Protezione Civile, 2022).

Conclusione

Le enormi ed inaspettate difficoltà causate dal virus SARS-CoV-2 hanno innescato una serie di pesanti conseguenze che hanno intaccato e messo a dura prova il Sistema Sanitario Nazionale, i dipartimenti di Salute Mentale e i Governi, obbligandoli a prendere decisioni difficili, a volte estreme, ma necessarie. Molti assetti organizzativi sono stati stravolti: gli ospedali, le residenze socio sanitarie, il sistema scolastico, il tema della malattia e della morte, la gestione degli affetti e le relazioni interpersonali hanno subito profonde trasformazioni. La Società impreparata, però, si è organizzata e si è dimostrata flessibile, pronta a proporre nuovi interventi e strategie efficaci per andare incontro alle difficoltà e ai bisogni della comunità. È stata in grado di utilizzare in modo proficuo energie, risorse, idee, tempo e buona volontà per conseguire buoni risultati in campo medico, sociale, psicologico ed economico. Lo psicologo, in stretta collaborazione con le altre figure professionali, è risultata una risorsa fondamentale per il territorio e, le probabili conseguenze del *Long Covid*, lo renderanno una figura ancora più indispensabile.

Con questo elaborato ho cercato di mettere in evidenza l'interconnessione esistente tra il contesto sociale e gli aspetti cognitivi, psicologici, comportamentali dell'individuo, in particolare le conseguenze che una drastica riduzione delle interazioni interpersonali durante l'isolamento, il tema della malattia e morte, hanno influito sulla salute mentale e con il benessere psicologico. Sono state messe in evidenza le principali tipologie di soluzioni adottate a beneficio del singolo individuo e della Comunità intera. L'utilizzo della tecnologia su larga scala ha aperto la strada a nuove possibilità di comunicazione, interazione ed ha consentito maggiori opportunità di accesso tempestivo ai servizi, andando incontro a diverse esigenze. Per ottimizzare le possibili applicazioni in diversi ambiti, sarà importante potenziare i sistemi informatici, la formazione ed il continuo aggiornamento del personale. La pandemia, inoltre, ha però rimarcato anche la necessità di convogliare maggiormente gli investimenti verso i servizi socio-assistenziali e di salute mentale, le disparità sociali, le difficoltà per le categorie più vulnerabili.

La speranza è che tali carenze verranno affrontate e colmate con il tempo e che la "passata emergenza" non sia l'ennesima scusa per insabbiare nuovamente verità scomode ed

evitare i cambiamenti, ma che sia invece un nuovo punto di ripartenza verso gli obiettivi previsti nell'Agenda 2030 per lo Sviluppo Sostenibile.

BIBLIOGRAFIA

Amistadi, M.P., Civettini C., Coelli, D., Dalvit, I., Menapace, B.M., Riccio, G. e Arianna Zini, A. (2021). *Lo psicologo dell'emergenza e le nuove tecnologie al tempo del Covid-19. Un lavoro di squadra a sostegno della popolazione più vulnerabile*. Psicologia dell'Emergenza e dell'Assistenza Umanitaria Numero 24 2021. Consultato da: <http://www.psicologiperipopoli.it/files/Numero%2024.pdf>

Arnone D. (2020). *Mental health services in the wake of COVID-19 and opportunities for change*. The British Journal of Psychiatry (2020) - 217, 726–728.doi: 10.1192/bjp.2020.170. PMID: 33250066. Consultato da: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33250066/>

Barr Taylor, M.D, Fitzsimmons, E.E., Graham, A.J. (2020). *Digital technology can revolutionize mental health services delivery: The COVID-19 crisis as a catalyst for change*. International Journal of Eating Disorder. 2020; 53:1155–11572 Wiley Periodicals, Inc.DOI: 10.1002/eat.23300. Consultato da: wileyonlinelibrary.com/journal/eat

Bender, S., e Werries, J. (2022). Online supervision: *Addressing clinical services in rural communities during COVID-19*. Journal of Rural Mental Health, 46(1), 1–12. <https://doi.org/10.1037/rmh0000195>

Brescianini S., Calamandrei G., Cirulli F., Gigantesco A., Medda E., Palumbo G., Picardi A., Stazi M.A. e Venerosi A. (2020). *L'impatto della pandemia COVID-19 sulla salute mentale: l'impegno in ISS Centro di riferimento per le scienze comportamentali e la salute mentale*, ISS - Istituto Superiore di Sanità - EpiCentro - L'epidemiologia per la sanità pubblica. Consultato da: <https://www.epicentro.iss.it/coronavirus/sars-cov-2-salute-mentale>

Castelletti P.(2008) *Le Linee guida sulla salute mentale e il supporto psicosociale nei contesti di emergenza*. Rivista di Psicologia dell'emergenza e dell'Assistenza umanitaria N° 2/2008. Consultato da: <http://www.psicologiperipopoli.it/files/Numero%202%20Cas.pdf>

"Dalvit I., Riccio G., Civettini C., Menapace B.A., e Maria Pia Amistadi M.P. (2020). *Lo psicologo dell'emergenza al tempo del Covid-19: essere soccorritori e vittime da soccorrere allo stesso tempo*. Rivista di Psicologia dell'emergenza e dell'Assistenza umanitaria - Semestrale della Federazione Psicologi per i Popoli - Numero 22/2020 -pgg. 40-51. Consultato da: <http://www.psicologiperipopoli.it/files/Numero%2022.pdf>

De Mei B., Lega I., Sampaolo L. e Valli M. (2020). *COVID-19: gestione dello stress tra gli operatori sanitari*. Centro Nazionale per la Prevenzione delle Malattie e la Promozione della Salute, CNAPPS, ISS. Consultato da: <https://www.epicentro.iss.it/coronavirus/sars-cov-2-gestione-stress-operatori>. Consultato da: <https://www.epicentro.iss.it/coronavirus/sars-cov-2-gestione-stress-operatori>

DORS Centro di Documentazione per la Promozione della Salute. Regione Piemonte- (Maggio, 2020). *La salute mentale degli operatori sanitari durante e dopo la pandemia*

di Covid-19. Quali le evidenze e le linee guida per gli interventi di supporto psicologico e psicosociale. www.dors.it

Egan, R. P., Hurley, D. B., Goetz, M. C., Smith, C. S., Palmer, B. A., & St. Hill, C. A. (2022). *Disparities in mental health access before and after transitioning to telehealth*. *Journal of Rural Mental Health*, 46(4), 271–276. <https://doi.org/10.1037/rmh0000214>

Ernst M., Niederer D., Werner A.M., Czaja S.J., Mikton C., Ong A.D., Rosen T., Brähler E. e Beutel M.E. (2022). *Loneliness before and during the COVID-19 pandemic: A systematic review with meta-analysis*. *Am Psychol*. doi: 10.1037/amp0001005. Epub ahead of print. PMID: 35533109. American Psychological Association. Consultato da: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35533109> - <https://www.apa.org/pubs/journals/releases/amp-amp0001005.pdf>

Fantauzzi, A. (2020). *Dis-umana morte: dall'isolamento del morente alla solitudine del parente nella pandemia*, In *Narrare i Gruppi*, Diario sulla salute pubblica, 2020, pp. 01-05. Consultato da: www.narrareigruppi.it

Galliano D., Ranzato L., Greco S., Sola C., Fattibene S., Ponzalino F., Delfino S., Civettini K., Amistadi M.P., Colombo V., Bertinotti N. e Farah H. (2021). *La formazione specialistica degli psicologi dell'emergenza. Contributi dal XIII Campo Scuola di Psicologi per i Popoli – Federazione (OdV)*. *Rivista di Psicologia dell'emergenza e dell'Assistenza umanitaria - Semestrale della Federazione Psicologi per i Popoli - Numero 26/2021* - pagg. 52-59. Consultato da: <http://www.psicologiperipopoli.it/files/Numero%2026.pdf>

Garcia, K.M., Nanavaty, N., Nouzovsky, A., Primm, K.M., Carly E. McCord, e Whitney R. Garney, W.R. (2022). *Rapid Transition to Telepsychology: Health Service Psychology Trainee Responses Amidst a Global Covid-19 Crisis From an Ecological Perspective*. *Training and Education in Professional Psychology*. 2022, Vol. 16, No. 1, 87–94. Consultato da: <https://doi.org/10.1037/tep0000369>

Gazzetta Ufficiale *Ordinanza del Capo Dipartimento di Protezione Civile n. 630 del 3 febbraio 2020*. Consultato da: <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2020/02/08/20A00802/sg>

Goodman, B. (2020). *Psychologists rush to help health-care professionals*. *Monitor on Psychology*, 51(4). American Psychological Association. Consultato da: <https://www.apa.org/monitor/2020/06/covid-health-care>

Goodwin, S. L., Lints-Martindale, A., Conan, M. C., Kinley, J., & Rahman, T. (2021). *Rural psychology and the COVID-19 pandemic: Highlighting strengths and future directions*. *Canadian Psychology / Psychologie Canadienne*. <https://doi.org/10.1037/cap0000308>

Haneveld, J., Rosner, R., Vogel, A., Kersting, A., Rief, W., Steil, R. e Comtesse, H. (2022). *Same name, same content? Evaluation of DSM-5-TR and ICD-11 prolonged grief criteria*. *J Consult Clin Psychol*;90(4):303-313. doi: 10.1037/ccp0000720. PMID: 35446077. Consultato da: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35446077/>

Inchausti, F., MacBeth, A., Hasson-Ohayon, I. e Giancarlo Dimaggio (2020). *Telepsychotherapy in the Age of COVID-19: A Commentary*. Journal of Psychotherapy Integration 2020, Vol. 30, No. 2, 394–405. Consultato da: <http://dx.doi.org/10.1037/int0000222>

Inter-Agency Standing Committee - *Interim Briefing Note - Gestire la salute mentale e gli aspetti psicosociali dell'epidemia di COVID-19 - Versione 1.5* (2020). Consultato da: <https://www.auslromagna.it/organizzazione/reti-programmi/psicologia/psicologia-emergenza/1615-gestire-salute-mentale-aspetti-psicosociali-epidemia-covid-19-ver-1-5/file>

Jianbo, L.M.S., Simeng M., Ying W., et al; Zhongxiang, C., Jianbo, H., Ning, W., Jiang, W., Hui, D., Tingting, C., Ruiting, L., Huawei T., Lijun K., Lihua Y., Manli H., Huafen W., Gaohua W., Zhongchun, L., e Shaohua H. (2020). *Fattori associati ai risultati sulla salute mentale tra gli operatori sanitari esposti alla malattia di coronavirus 2019*;3(3):e203976. doi:10.1001/jamanetworkopen.2020.3976. Consultato da: https://jamanetwork-com.translate.google/journals/jamanetworkopen/fullarticle/2763229?_x_tr_sl=en&_x_tr_tl=it&_x_tr_hl=it&_x_tr_pto=sc

John S., Booth S. e Venville A. (2020). *Dying in Hospital during COVID-19: Isolation, Despair, and Moral Distress*, *Australian Social Work*, 73:4, 514-515, Consultato da: <https://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1080/0312407X.2020.1808268>

Johnson, L., Hardwick, K., Shand, S., e Grant, E. (2022). *The development and evaluation of the Leeds Clinical and Health Psychology department COVID-19 staff support service*. Professional Psychology: Research and Practice, 53(1), 99–108. Consultato da: <https://psycnet.apa.org/record/2022-01232-001>

Kokou-Kpolou, C.K., Fernández-Alcántara, M. e Cénat, J.M. (2020). *Prolonged grief related to COVID-19 deaths: Do we have to fear a steep rise in traumatic and disenfranchised griefs?*. Psychol Trauma;(S1):S94-S95. doi: 10.1037/tra0000798. PMID: 32525367. Consultato da: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32525367/>

LeRoy, A.S., Robles B., Kilpela, L.S. e Garcini, L.M. (2020). *Dying in the face of the COVID-19 pandemic: Contextual considerations and clinical recommendations*. Psychol Trauma. (S1):S98-S99. doi: 10.1037/tra0000818. PMID: 32525368; PMCID: PMC7676813. Consultato da: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32525368/>

Lipschitz, J. M., Connolly, S. L., Van Boxtel, R., Potter, J. R., Nixon, N., & Bidargaddi, N. (2022). *Provider perspectives on telemental health implementation: Lessons learned during the COVID-19 pandemic and paths forward*. Psychological Services. <https://doi.org/10.1037/ser0000625>

Lissoni, B., Silvia Del Negro, S., Brioschi, P., Casella, G., Fontana, I., Bruni, C. e Lamiani, G. (2020). *Promoting Resilience in the Acute Phase of the COVID-19 Pandemic: Psychological Interventions for Intensive Care Unit (ICU) Clinicians and*

Family Members. APA 2020, Vol. 12, No. S1, S105–S107 ISSN: 1942-9681 . Consultato da:<http://dx.doi.org/10.1037/tra0000802>

Luijten, M.A.J, Van Muilekom, M.M., Teela, L., Polderman, T.J.C., Terwee, C.B., Zijlmans, J., Klaufus, L., Popma, A., Oostrom, K.J., Van Oers, H.A. e Haverman, L. (2021). *The impact of lockdown during the COVID-19 pandemic on mental and social health of children and adolescents*. *Qual Life Res.* 2021 Oct;30(10):2795-2804. doi: 10.1007/s11136-021-02861-x. PMID: 33991278; PMCID: PMC8122188.

Madigan S., Racine N., Cooke J.E. e Daphne J. Korczak D.J. (2021). *COVID-19 and Telemental Health: Benefits, Challenges, and Future Directions*. *Canadian Psychological Association* 2021. Vol. 62, No. 1, 5-11. Consultato da:<http://dx.doi.org/10.1037/cap0000259>

Magson, N.R., Freeman, J.Y.A., Rapee, R.M., Richardson, C.E., Oar, E.L., e Fardouly, J. (2020). *Risk and Protective Factors for Prospective Changes in Adolescent Mental Health during the COVID-19 Pandemic*. *J Youth Adolesc.*;50(1):44-57. doi: 10.1007/s10964-020-01332-9. PMID: 33108542; PMCID: PMC7590912. Consultato da: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33108542/>

Mascayano, F., van der Ven, E., Moro, M.F. et al. *The impact of the COVID-19 pandemic on the mental health of healthcare workers: study protocol for the COVID-19 HEalth caRe wOrkErS (HEROES) study*. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 57, 633–645 (2022). <https://doi.org/10.1007/s00127-021-02211-9>. Consultato da: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00127-021-02211-9#Fig1> - [https://www.epicentro.iss.it/coronavirus/pdf/1.%20Protocollo%20COVID-19%20HEalth%20caRe%20wOrkErS%20\(HEROES\)%20study.pdf](https://www.epicentro.iss.it/coronavirus/pdf/1.%20Protocollo%20COVID-19%20HEalth%20caRe%20wOrkErS%20(HEROES)%20study.pdf) -

Minihan E., Gavin B., Kelly B.D. e McNicholas F. (2020). *COVID-19, mental health and psychological first aid*. *Ir J Psychol Med.* 2020 Dec;37(4):259-263. doi: 10.1017/ipm.2020.41. PMID: 32404221; PMCID: PMC7468678, Consultato da: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32404221/>

Moro, M.F., Calamandrei, G., Poli R., Di Mattei, V., Perra, A., Kurotschka, P.K., Restrepo A., Romano F., La Torre G., Preti E., Mascayano F., Picardi A., Chiarotti F., Rapisarda V., Urban A., Alvarado R., Susser E. e Carta M.G. (2022). *The Impact of the COVID-19 Pandemic on the Mental Health of Healthcare Workers in Italy: Analyzing the Role of Individual and Workplace-Level Factors in the Reopening Phase After Lockdown*. *Frontiers in Psychiatry*. Vol. 13. Consultato da: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyt.2022.867080/full>

Nitschke, J. P., Forbes, P. A., Ali, N., Cutler, J., Apps, M. A., Lockwood, P. L., e Lamm, C. (2021). *Resilience during uncertainty? Greater social connectedness during COVID-19 lockdown is associated with reduced distress and fatigue*. *British Journal of Health Psychology*, 26(2), 553-569.

Osofsky, J. D., Osofsky, H. J. e Mamon, L. Y. (2020). *Psychological and social impact of COVID-19*. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 12(5), 468–469, Consultato da: <https://doi.org/10.1037/tra0000656>

Pappas, S. (2021). *How psychologists can help protect health care teams*. *Monitor on Psychology*, 52(8). American Psychological Association. Consultato da: <https://www.apa.org/monitor/2021/11/news-health-care-teams>

Plangger, B., Unterrainer, C., Kreh, A., Gatterer, G., e Juen, B. (2022). *Psychological effects of social isolation during the COVID-19 pandemic 2020*. *GeroPsych: The Journal of Gerontopsychology and Geriatric Psychiatry*, 35(1), 17–29. <https://doi.org/10.1024/1662-9647/a000283>. Consultato da: <https://psycnet.apa.org/record/2022-33727-001>

Pokhrel, S., & Chhetri, R. (2021). *A Literature Review on Impact of COVID-19 Pandemic on Teaching and Learning*. *Higher Education for the Future*, 8(1), 133–141. Consultato da: <https://doi.org/10.1177/2347631120983481>

Powell, T., Billiot, S., Muller, J., Elzey, K., e Brandon, A. (2022,). *The Cost of Caring: Psychological Adjustment of Health-Care Volunteers During the COVID-19 Pandemic*. *Traumatology*. Advance online publication. Consultato da: <http://dx.doi.org/10.1037/trm0000387>

Psicologi per i Popoli Torino, (2020). *Il Call Center CORONAVIRUSpsi riapre per dare un primo aiuto psicologico alla cittadinanza nel fronteggiare la recrudescenza epidemica del Covid-19*. Consultato da: <https://www.psicologiperipopoli-torino.net/2020/11/03/il-covid-19-fa-riaprire-a-torino-il-call-center-di-protezione-civile-per-la-comunita/>

Recenti Prog Med Giugno 2020. *Come comunicare con i familiari dei pazienti in completo isolamento durante la pandemia da SARS-CoV-2*; ; Vol. 111(6):357-367. Consultato da: <https://www.recentiproggressi.it/archivio/3394/articoli/33757/>

Salmon k., (2021). *The Ecology of Youth Psychological Wellbeing in the COVID-19 Pandemic*, *Journal of Applied Research in Memory and Cognition*, Volume 10, Issue 4, pp. 564-576, ISSN 2211-3681, <https://doi.org/10.1016/j.jarmac.2021.11.002>, Consultato da: (<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S221136812100108X>)

Sbattella, F. (2020). *Manuale di psicologia dell'emergenza*, Milano: FrancoAngeli s.r.l..

Sean, D.Y John Schneider, J (2002). *Clinical Care, Research, and Telehealth Services in the Era of Social Distancing to Mitigate COVID-19*. *AIDS and Behavior* (2020) 24:2000–2002. Consultato da: <https://doi.org/10.1007/s10461-020-02924-z>

Shah, K., Bedi, S., Onyeaka, H., Singh, R., & Chaudhari, G. (2020). *The role of psychological first aid to support public mental health in the COVID-19 pandemic*. *Cureus*, 12(6). Consultato da online 2020 Jun 25. doi: 10.7759/cureus.8821

Storti, M., e Visonà, M. (2010). *Il disturbo Post-traumatico da Stress nel personale di emergenza: una revisione della letteratura*. *Scenario*, 27 (1): pp.19-24. Consultato da: <https://scenario.aniarti.it/index.php/scenario/article/view/239>

Wang, C., Pan, R., Wan, X., Tan, Y., Xu, L., Ho, C. S., & Ho, R. C. (2020). *Immediate Psychological Responses and Associated Factors during the Initial Stage of the 2019 Coronavirus Disease (COVID-19) Epidemic among the General Population in China*. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(5), 1729. Consultato da: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32155789/>

SITOGRAFIA

ADS Network, *Coronavirus e digitalizzazione*. Consultato da: <https://adsnetwork.it/coronavirus-e-digitalizzazione>

American Psychiatric Association (APA), *DSM-5-TR* (2022). Consultato da: <https://www.psychiatry.org/File%20Library/Psychiatrists/Practice/DSM/DSM-5-TR/APA-DSM5TR-ProlongedGriefDisorder.pdf>

Azienda Unità Sanitaria Locale della Romagna. *Primo soccorso psicologico: Manuale per operatori sul campo* Versione italiana a cura di: Anita Marini Con il contributo di: Paola Cappanna, Rachele Nanni e Lucia Tecuta. Consultato da: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44615/9789241548205-ita.pdf?ua=1#:~:text=Il%20Primo%20Soccorso%20Psicologico%20\(PSP,al%20correlato%20disagio%20socio%2Dpsicologico.](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44615/9789241548205-ita.pdf?ua=1#:~:text=Il%20Primo%20Soccorso%20Psicologico%20(PSP,al%20correlato%20disagio%20socio%2Dpsicologico.)

Consiglio Nazionale Ordine degli Psicologi (12 marzo 2020), *Decreto Emergenza 11 marzo a attività professionali*. Consultato da: <https://www.psy.it/decreto-emergenza-11-marzo-e-attivita-professionali.html>

Consiglio Nazionale Ordine degli Psicologi (2017), *Digitalizzazione della professione e dell'intervento psicologico mediato dal web*. Commissione Atti Tipici, Osservatorio e tutela della professione. Consultato da: https://www.psy.it/wp-content/uploads/2015/04/Atti-Tipici_DEF_interno-LR-1.pdf

Consiglio Nazionale Ordine degli Psicologi, *L'Ordine degli Psicologi sul Coronavirus: Indicazioni per cittadini e psicologi, supporto alle autorità* (2020). Consultato da: <https://www.psy.it/lordine-degli-psicologi-sul-coronavirus-indicazioni-per-cittadini-e-psicologi-supporto-alle-autorita.html> - <https://www.psy.it/gli-psicologi-sul-coronavirus>

Consiglio Nazionale Ordine degli Psicologi, *Vademecum psicologico Coronavirus per i cittadini*. Consultato da: <https://www.psy.it/wp-content/uploads/2020/03/pieghevole-vademecum-coronavirus-CNOP-9-marzo.pdf>

Consiglio Nazionale Ordine degli Psicologi, (2020), *Strumenti per interventi a distanza*. Consultato da: <https://www.psy.it/strumenti-per-interventi-a-distanza>

Consiglio Nazionale Ordine degli Psicologi, *Ambiti emergenti in psicologia*. Quaderno CNOP n°4 (2019). Consultato da: <https://www.psy.it/wp-content/uploads/2019/12/Ambiti-emergenti-in-Psicologia.pdf>

Consiglio Nazionale Ordine degli Psicologi, Area di pratica professionale Psicologia dell'emergenza (2018). *Lo Psicologo dell'emergenza*. Consultato da: https://www.psy.it/allegati/aree-pratica-professionale/psicologo_emergenza.pdf

Consiglio Nazionale Ordine degli Psicologi. *Linee di Indirizzo per l'intervento psicologico a distanza a favore della popolazione nell'emergenza Covid-19*. Consultato da: <https://www.psy.it/wp-content/uploads/2020/04/LINEE-DI-INDIRIZZO-PER-LINTERVENTO-PSICOLOGICO-A-DISTANZA-A-FAVORE-DELLA-POPOLAZIONE-NELLEMERGENZA-COVID-19-1.pdf>

Consiglio Nazionale Ordine degli Psicologi. *Linee guida per le prestazioni psicologiche a distanza*. Consultato da : [https://www.psy.it/allegati/linee_guida_distanza](https://www.psy.it/allegati/linee_guida_distanza.pdf)

Consiglio Nazionale Ordine Psicologi (2013). *Raccomandazioni del CNOP sulle prestazioni psicologiche attraverso tecnologie di comunicazione a distanza* (2013). Consultato da: <https://www.psy.it/allegati/raccomandazioni-prestazioni-on-line.pdf>

Consiglio Nazionale Ordine Psicologi (2020), World Health Organization (2020). *Mental health and psychosocial considerations during the COVID-19 outbreak*. Consultato da: <https://www.psy.it/documento-oms-salute-mentale-e-problemi-psicosociali-durante-lepidemia-di-covid-19.html>

Consiglio Nazionale Ordine Psicologi (2020). *Linee di indirizzo per l'intervento psicologico a distanza a favore della popolazione nell'emergenza Covid-19*. Consultato da: <https://www.psy.it/wp-content/uploads/2020/04/LINEE-DI-INDIRIZZO-PER-LINTERVENTO-PSICOLOGICO-A-DISTANZA-A-FAVORE-DELLA-POPOLAZIONE-NELLEMERGENZA-COVID-19-1.pdf>

Consiglio Nazionale Ordine Psicologi. *Codice Deontologico degli Psicologi Italiani*. Consultato da: <https://www.psy.it/codice-deontologico-degli-psicologi-italiani>

Consiglio Nazionale Ordine Psicologi. *Guida anti-stress per i cittadini in casa. Guida dagli psicologi per tutti i cittadini. #iorestoacasa. Suggerimenti per gestire lo stress e salvaguardare il benessere possibile al tempo del Coronavirus #psicologicontrolapaura*. Consultato da: <https://www2.units.it/prevenzione/files/Guida-anti-stress-per-i-cittadini-in-casa-2.pdf>

Consiglio Nazionale Ordine Psicologi. *The Covid-19 HEalth caRe wOrkErS (HEROES) Study*. Consultato da: <https://www.psy.it/the-covid-19-health-care-workers-heroes-study.html>

CROCE ROSSA ITALIANA Anziani e Covid-19 (2021). *Combattere l'isolamento degli ospiti delle RSA, favorendo le relazioni con i familiari*. Consultato da: <https://cri.it/2021/10/01/anziani-covid19-combattere-isolamento-nelle-rsa/>

EMDR, 2020. *Programma di risposta first responder - Supporto telefonico*. Consultato da: <https://www.psy.it/wp-content/uploads/2020/03/supportotelefonico.pdf>

Galliano D., Hanna Farah, H. e Riccardo Arduini, R. (2020). *Emergenza Covid-19: analisi della situazione e interventi. L'esperienza di Psicologi per i Popoli – Federazione*.

Rivista di Psicologia dell’Emergenza e dell’Assistenza Umanitaria, N°23, 2020 -PP.6-24.
Consultato da: <http://www.psicologiperipopoli.it/files/Numero%2023.pdf>

Galliano, D., Hanna Farah, H. e Riccardo Arduini, R. (2020). *Emergenza Covid-19: analisi della situazione e interventi*. Psicologi per i Popoli Torino n° 23, 2020 - pp. 22-23. Consultato da: <http://www.psicologiperipopoli.it/files/Numero%2023.pdf>

Giorico, F. *Servizio Sanitario di Psicologia “Psicologi Al Telefono e Online 24/7” La psicologia al telefono e online. Manuale di utilizzo dei Servizi Psicologici Telefonici e Online*. Centro D'Intervento Psicologico UNO. Consultato da: www.psicologiaitelefono.it

Governo italiano (2020). *Decreto-Legge 23 febbraio 2020, n. 6 Misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19*. (20G00020) (GU Serie Generale n.45 del 23-02-2020) note: Entrata in vigore del provvedimento: 23/02/2020. Decreto-Legge convertito con modificazioni dalla L. 5 marzo 2020, n. 13 (in G.U. 09/03/2020, n. 61). Consultato da: <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2020/02/23/20G00020/sg>

Governo Italiano - Dipartimento della Protezione Civile (2020). *Emergenza Covid-19: attivo il numero verde per il supporto psicologico ai cittadini*. Consultato da: <https://www.protezionecivile.gov.it/it/notizia/emergenza-covid-19--attivo-il-numero-verde-per-il-supporto-psicologico-ai-cittadini>

Governo italiano - Presidenza del Consiglio dei Ministri. *Solidarietà Digitale. La digitalizzazione a servizio di tutta la comunità* (30 settembre 2020). Consultato da: <https://www.agid.gov.it/it/solidarieta-digitale>

Governo Italiano (2020). *I servizi sociali al tempo del Coronavirus - Pratiche in corso nei comuni italiani*. Consultato da: <https://www.lavoro.gov.it/redditodicittadinanza/Rafforzamento-servizi/Documents/I-Servizi-Sociali-al-tempo-del-Coronavirus.pdf>

Governo Italiano .Legge 266 /1991 - *Legge quadro sul volontariato*. Consultato da: https://www.lavoro.gov.it/archivio-doc-progressi/AreaSociale_AgenziaTerzoSettore/Leqqe_266_91.pdf

Governo Italiano Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 11 marzo 2020 *Ulteriori disposizioni attuative del decreto-legge 23 febbraio 2020, n. 6, recante misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19, applicabili sull'intero territorio nazionale*. GU-Serie generale - n. 64. Consultato da: <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2020/03/11/20A01605/sg>

Governo Italiano Decreto Legge 23 febbraio 2020, n. 6 *Misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19*. (GU Serie Generale n.45 del 23-02-2020) note: Entrata in vigore del provvedimento: 23/02/2020 Decreto-Legge convertito con modificazioni dalla L. 5 marzo 2020, n. 13 (in G.U. 09/03/2020, n. 61). Consultato da: <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2020/02/23/20G00020/sg>

Governo Italiano Ministero dell'Istruzione. *Lavoro agile*. Consultato da: <https://miur.gov.it/lavoro-agile>

Governo Italiano Presidenza del Consiglio dei Ministri della Protezione Civile (2020). *Primi interventi urgenti di protezione civile in relazione all'emergenza relativa al rischio sanitario connesso all'insorgenza di patologie derivanti da agenti virali trasmissibili*. (Ordinanza n. 630). (20A00802) (GU Serie Generale n.32 del 08-02-2020). Consultato da: <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2020/02/08/20A00802/sg>

Governo Italiano Presidenza del Consiglio dei Ministri Dipartimento della Protezione Civile. *Provvedimenti normativi*. Consultato da: <https://www.protezionecivile.gov.it/it/dipartimento/amministrazione-trasparente/provvedimenti-normativi> - <https://emergenze.protezionecivile.gov.it/it/> - <https://emergenze.protezionecivile.gov.it/it/sanitarie>

Governo Italiano, Ministero della Salute: *Raccomandazioni Generali Covid-19 - Proteggite stesso e gli altri*. Consultato da: <https://www.salute.gov.it/portale/nuovocoronavirus/dettaglioContenutiNuovoCoronavirus.jsp?lingua=italiano&id=5376&area=nuovoCoronavirus&menu=vuoto&tab=1>

Governo Italiano, Ministero della Salute: *Coronavirus: raccomandazioni per le persone in isolamento domiciliare e per le persone che le assistono*. Consultato da: https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_opuscoliPoster_457_allegato.pdf

Governo Italiano. Dipartimento della Protezione Civile Presidenza del Consiglio dei Ministri - 31 marzo 2022. Consultato da: <https://www.protezionecivile.gov.it/it/notizia/coronavirus-il-31-marzo-si-chiude-lo-stato-di-emergenza>

Governo Italiano. *La nuova missione di Solidarietà Digitale: soluzioni innovative e servizi digitali a sostegno di studenti, insegnanti ed istituti scolastici*. Ministro per l'innovazione tecnologica e la transizione digitale (28 settembre 2020) Consultato da: <https://innovazione.gov.it/notizie/articoli/solidarieta-digitale-al-servizio-della-scuola/>

Governo Italiano. *Solidarietà Digitale al servizio per la scuola*. Consultato da: <https://innovazione.gov.it/notizie/articoli/solidarieta-digitale-al-servizio-della-scuola/>

Governo Italiano. *Covid-19, nasce 800.833.833 numero verde di supporto tecnologico*. Comunicato n. 154- Data di pubblicazione: 27 aprile 2020, ultimo aggiornamento 12 giugno 2020. Consultato da: https://www.salute.gov.it/portale/news/p3_2_4_1_1.jsp?lingua=italiano&menu=salas_tampa&p=null&id=5530

Hofmann, S.G. (2021). *The Impact of COVID-19 on mental health*. COGNITIVE BEHAVIOUR THERAPY.2021, VOL. 50, NO. 3, 185–190. Consultato da: <https://doi.org/10.1080/16506073.2021.1897666>

INPS Bonus psicologo - *Contributo per sostenere le spese relative a sessioni di psicoterapia*. Consultato da: <https://www.inps.it/prestazioni-servizi/bonus-psicologo-contributo-per-sostenere-le-spesse-relative-a-sessioni-di-psicoterapia>

INPS Circolare n° 83 del 19 luglio 2022. Consultato da: <https://servizi2.inps.it/Servizi/CircMessStd/VisualizzaDoc.aspx?sVirtualUrl=/circolari/Circolare%20numero%2083%20del%2019-07-2022.htm>

Inter-Agency Standing Committee, *IASC guidelines on mental health and psychosocial support in emergency settings* (2007). Consultato da: www.humanitarianinfo.org/iasc/content/products/docs/Guidelines%20IASC%20Mental%20Health%20Psychosocial.pdf - <https://interagencystandingcommittee.org/system/files/2020-11/IASC%20Guidelines%20on%20Mental%20Health%20and%20Psychosocial%20Support%20in%20Emergency%20Settings%20%28English%29.pdf>

Inter-Agency Standing Committee, IASC Interim Briefing Note - *Addressing Mental Health and Psychosocial aspect of Covid-19 Outbreak* (Feb 2020) - Consultato da: <https://www.sisst.it/wp-content/uploads/2020/03/IASC-Interim-Briefing-Note-on-COVID-19-Outbreak-Readiness-and-Response-Operations-MHPSS.pdf> - Versione italiana: <https://www.auslromagna.it/organizzazione/reti-programmi/psicologia/psicologia-emergenza/1615-gestire-salute-mentale-aspetti-psicosociali-epidemia-covid-19-ver-1-5/file>

ISS Salute mentale ed emergenza COVID-19 (2020). *Rapporto ISS COVID-19 • n. 12/2020. Indicazioni ad interim per servizi assistenziali di telemedicina durante l'emergenza sanitaria COVID-19* versione 13 aprile 2020. Consultato da: <https://www.iss.it/web/guest/rapporti-covid-19>

ISS Salute mentale ed emergenza COVID-19 (2020). *Rapporto ISS COVID-19 • n. 30/2020. Indicazioni sull'intervento telefonico di primo livello per l'informazione personalizzata e l'attivazione dell'empowerment della popolazione. Gruppo di lavoro ISS Salute mentale ed emergenza COVID-19*. Versione del 24 maggio 2020. Consultato da: <https://www.iss.it/web/guest/rapporti-covid-19>

ISS Salute mentale ed emergenza COVID-19 (2020). *Rapporto ISS COVID-19 • n. 31/2020. Indicazioni ad interim per il supporto psicologico telefonico di secondo livello in ambito sanitario nello scenario emergenziale COVID-19. Gruppo di lavoro ISS Salute mentale ed emergenza COVID-19* Versione del 26 maggio 2020. Consultato da: <https://www.iss.it/web/guest/rapporti-covid-19>

ISTAT (2019). *Struttura e profili del settore non profit*. Consultato da: <https://www.istat.it/it/files//2021/10/Report-nonprofit-2019.pdf>

Istituto Nazionale di Statistica (ISTAT) - ISS (02 marzo 2022). *Impatto dell'epidemia Covid-19 sulla mortalità totale della popolazione residente (Anni 2020-2021 e gennaio 2022)*. Consultato da: <https://www.istat.it/it/files//2022/03/SINTESI-7-RAPPORTO->

ISTAT-ISS-2-MARZO-22.pdf - <https://www.istat.it/it/archivio/266865> -
<https://www.istat.it/it/archivio/266884>

Istituto Superiore di Sanità - Ministero della Salute. *Infezioni da SARS-CoV-2, ricoveri e decessi associati a COVID-19 direttamente evitati dalla vaccinazione Italia*, 27 dicembre 2020 – 31 gennaio 2022 - Nota tecnica 05 aprile 2022. Consultato da: <https://news.google.com/covid19/map?hl=it&state=7&mid=%2Fm%2F02j71&gl=IT&ceid=IT%3Ait>

Istituto Superiore di Sanità. (2020). Gruppo di lavoro ISS Salute mentale ed emergenza COVID-19. *Indicazioni ad interim per la gestione dello stress lavoro-correlato negli operatori sanitari e socio-sanitari durante lo scenario emergenziale SARS-COV-2*. (Rapporto ISS COVID-19, n. 22/2020). Consultato da: https://www.iss.it/documents/20126/0/Rapporto+ISS+COVID-19+22_2020.pdf/4228a5f9-ab61-42e5-24be-490f59ea0a99?t=1589209502179

Ministero della salute (2022). *OMS-Health Emergency Dashboard*. Consultato da: <https://www.salute.gov.it/portale/nuovocoronavirus/dettaglioContenutiNuovoCoronavirus.jsp?area=nuovoCoronavirus&id=5338&lingua=italiano&menu=vuoto>

Organizzazioni di Volontariato (2022). Consultato da: <https://italianonprofit.it/risorse/definizioni/organizzazioni-di-volontariato/>

Psicologi per i Popoli Torino - *SPEs* Consultato da: <https://www.psicologiperipopoli-torino.net/spes/>

Psicologi per i popoli Torino (2020). *Il Covid-19 fa riaprire a Torino il Call Center di Protezione Civile per la comunità*. Rivista di Psicologia dell’Emergenza e dell’Assistenza Umanitaria, N°23, 2020. Consultato da: <https://www.psicologiperipopoli-torino.net/2020/11/03/il-covid-19-fa-riaprire-a-torino-il-call-center-di-protezione-civile-per-la-comunita/>

Regione Veneto. *Il volontariato di Protezione civile*. Consultato da: <https://www.regione.veneto.it/web/protezione-civile/volontariato>

SIPeM - Chi siamo. Consultato da: <https://www.sipemsos.org/la-nostra-storia.html>

SIPeM - *Emergenza Coronavirus*. Consultato da: <http://www.sipemsos.org/assets/cssenioritaliafederanziani.pdf>

SIPeM - *La Psicologia dell'emergenza*. Consultato da: <https://www.sipemsos.org/la-psicologia-d-emergenza.html>

SIPeM - *Supporto psicologico ai medici*. Consultato da: <http://www.sipemsos.org/assets/cssenioritaliafederanziani.pdf>

United Nations Policy Brief: *COVID-19 e il bisogno di agire sulla Salute Mentale* (13 maggio 2020). Consultato da: https://www.psy.it/wp-content/uploads/2020/05/United-Nations-Covid-and-mental-health_ITA.pdf