

Psicologinews.it

Scientific

**Disturbo della
fluenza
un geeellaaato per
favore, oltre F80.81 (**
Il parte – la ricerca)
di [Roberto Ghiaccio](#)
pag 4

**Porto d'armi e
valutazione
dell'idoneità
psichica: i rischi
derivanti da
disposizioni
normative obsolete.**
di [Daniela Di Martino](#)
pag 9

**Percezione di
sicurezza e efficacia
della comunicazione
in situazioni di
emergenza come
elementi di benessere
psicologico
individuale e collettivo
in contesti lavorativi
di**
**[Angiola Di Conza e](#)
[Nicola Villani](#)**

Un Novembre ricchissimo

**Un numero di novembre veramente
ricchissimo, con nuovi redattori ed
ospiti, temi che sfuggono solitamente
alle riviste scientifiche e argomenti di**



approfondimento su temi già affrontati
**Settanta pagine dove stare in piacevole
lettura**

Buon tempo a tutti

Raffaele Felaco



INDICE**Disturbo della influenza**

un geeelllaato per favore, oltre

F80.81 (Il parte – la ricerca)di **Roberto Ghiaccio** pag 4**Porto d'armi e valutazione dell'idoneità psichica: i rischi derivanti da disposizioni normative obsolete.**di **Daniela Di Martino** pag 9**Percezione di sicurezza e efficacia della comunicazione in situazioni di emergenza come elementi di benessere psicologico individuale e collettivo in contesti lavorativi di**di **Angiola Di Conza e Nicola Villani**
pag 13**EPDS: UNO STRUMENTO PER LO SCREENING DELLA DEPRESSIONE PERINATALE**di **Lia Corrieri** pag 30**IL MUTISMO SELETTIVO**di **Veronica Sarno** pag 39**“Autolesionismo in adolescenza”****L'attacco al proprio corpo**di **Cinzia Saponara** pag 48**La relazione tra *Mindfulness* ed Intelligenza Emotiva come****fattore di protezione per gli operatori sanitari: una revisione sistematica**di **Ilaria Di Giusto** pag 53**Long COVID-19 e correlati psicologici. Quale intervento?**di **Francesca Dicè** pag 69

REDAZIONE

Valeria Bassolino
Alberta Casella
Barbara Casella
Lia Corrieri
Francesca Dicè
Ilaria Di Giusto
Daniela Di Martino
Ida Esposito
Roberto Ghiaccio
Veronica Lombardi
Emanuele Mingione
Cinzia Saponara
Veronica Sarno

Supplemento mensile a:

psicologinews.it Autorizzazione
Tribunale di Napoli n° 5584/20
del 11/11/2020

Direttore Responsabile

Raffaele Felaco
redazione@psicologinews.it

Chiuso il: 15 Novembre 2021

COMITATO SCIENTIFICO

Caterina Arcidiacono
Rossella Aurilio
Gino Baldascini
Paolo Cotrufo
Pietro Crescenzo
Emanuele Del Castello
Massimo Doriani
Antonio Ferrara
Mariafrancesca Freda
Massimo Gaudieri
Michele Lepore
Giovanni Madonna
Nelson Mauro Maldonato
Fortuna Procentese
Aristide Saggino
Sergio Salvatore
Raffaele Sperandeo
Antonio Telesca
Rino Ventriglia

Disturbo della fluenza un geeelllaato per favore, oltre F80.81 (Il parte – la ricerca) di Roberto Ghiaccio

All'interno del codice nosografico F80.81, come del resto per tutti gli altri codici, si celano e declino, segni e simboli che travalicano la descrizione sintomatologica la cui processione fenomenologica va oltre ogni cut-off ed oltre ogni meta-descrizione. La sofferenza, la tensione, la preoccupazione, l'inadeguatezza travalicano alle volte ogni tentativo di sistemazione. Specie quando parliamo di un disturbo, che ha ispirato tante barzellette, e succinta tanta, troppa ilarità.

La disfluenza, esperienza personale, come ricorderete dallo scorso articolo, che certamente vi è restano impresso, si declina come doppio dispositivo di vulnerabilità. Da un lato gli effetti diretti della fluenza non scorrevole sull'adattamento, da un altro lato gli effetti indiretti sull'organizzazione del linguaggio, come disorganizzatore meta fonologico che sposta, le tappe

dell'acquisizione del linguaggio espressivo scritto, non solo sotto l'igi aspetti formali ma anche meta linguistici. Essere balbuziente è molto di più che balbettare, spesso le persone che balbettano sviluppano un'attitudine comunicativa negativa e pertanto tendono ad attuare rinunce, deleghe ed evitamenti comunicativi, ma tale negatività, potrebbe estendersi ad altre forme di comunicazione linguistica, espressione scritta, lettura silente. Tali problematiche si associano ad importanti difficoltà nell'apprendimento scolastico (11,4%, Blood, Ridenour Jr, et al, 2003), nelle relazioni sociali e nell'attività lavorativa (Yaruss e Quesal, 2006).

Obiettivo della ricerca: valutare possibili ricadute delle disfluenze sull'ortografia e sulla stesura del testo scritto. Campione di controllo 20 bambini di 9 anni, campione sperimentale 20 bambini pari età senza disturbi dello sviluppo. Il gruppo sperimentale è diviso in due sottogruppi: 12 bambini che hanno cominciato a balbettare prima dei 5 anni ed 8 bambini che hanno cominciato a balbettare dopo dei 5 anni. Il campione sperimentale è appaiato per prima

diagnosi e trattamenti riabilitativi ricevuti,
e frequentano tutti la quarta primaria.

Risultati:

Materiali:

TEST

Balbuze < 5aa

AUTORI

N(%)

BAB

Balbuze > 5aa

Batteria per l'assessment cognitivo-
comportamentale ed emotivo della
balbuze

N(%)

BAB

SSC- ER

Brutten, Vanryckeghem, 2017

SSC – SD

(Erikson ed.)

BCL

Compito di decisione ortografica

CAT

Pizzoli et all., 2007

10 (85%)

DLC

8 (67%)

Prova di decisione lessicale

7 (58%)

Caldarola, Perini, Cornoldi, 2012

8 (67%)

BVSCO-2

7 (87%)

Batteria per la Valutazione della Scrittura
e della Competenza Ortografica

5 (63%)

6 (75%)

Tressoldi, Cordoldi, Re, 2013

5 (63%)

(Giunti Ed.)

D. ORTOGRAFICA

BVN 5-11

10 (85%)

Batteria di valutazione neuropsicologica
per l'età evolutiva

3 (40%)

D. LESSICALE

Bisiacchi et all., 2005

10 (85%)

(Erikson Ed.)

3 (40%)

MT – 3 – Clinica

BVSCO – 2

Cornoldi, Carretti, 2016

8 (70%)

(Giunti Ed.)

6 (70%)

BVN 5-11

10 (80%)

3 (35%)

MT – 3**Comprensione**

PS

PS

MT -3**Velocità**

???

???

Lettura silente

???

???

Certi che nessun test può dirci il tasso di sofferenza oltre la stessa difficoltà, proviamo ad entrare all'interno dei numeri per cogliere la fenomenologia racchiusa in questa frase "lo balletto anche a bassa voce". Abbiamo notato che i bambini che cominciano "la carriera di disfluenza prima dei 5 anni" cadono in media ad ogni prova ortografica. Senza scendere all'interno di ogni subtest BVSCO-2 Valutazione della Scrittura e della Competenza Ortografica sottolineo come le cadute siano

eterogenee ma accumulate da opacità di fusione fonologica.

È bene evidenziare come il gruppo di "precoce" commetta particolari errori fonologici, in ogni prova, con un rallentamento particolare nelle prove di dettato, come se l'auto monitoraggio, il mappaggio costante fonema grafema fosse influenzato dalle stesse problematiche di blocchi udibili, particolare lentezza esecutiva si rileva nella fluenza grafica, che conferisce uno stile altalenante non solo sotto dettatura, ma anche in copia, in questa disfluenza grafica si nota un particolare tendenza a commettere degli iper accessi lessicali.

Punto non compromesso la comprensione del testo, in ogni sua forma, sia locale che globale, corretta e funzionale la sospensione delle ipotesi, il cambio di punto di vista, le inferze. Nota dolente la velocità, la cinetica della lettura, non solo a voce alta ma anche silente. Sembra che la cinetica sia caratterizzata da atteggiamenti preparatori di gropping, frammentata, con selettiva velocità sulle parole note, bisillabiche, e prive di trigrammi,

sostanzialmente corretta priva di errori sia fonologici che non fonologici.

Un commento alla prova di scrittura libera: Scrivi una lettera ad un tuo amico in cui racconti le tue vacanze. I testi del campione prima dei 5 anni, appaiono, maggiormente disgrammatici, prolissi (oltre 3 pagine), con la tendenza ad uscire fuori traccia. Errori ortografici di tipo misto, con maggiori criticità nell'uso delle geminanti e difficoltà nel seguire la struttura morfosintattica. Molti di loro tendono ad utilizzare acronimi ed abbreviazioni, tipici di un «linguaggio cellularesco», sia in “brutta” che in “bella”, possibile segno di criticità di automonitoraggio.

I testi del campione dopo i 5 anni, appaiono, maggiormente congrui, più organizzati e meno prolissi (massimo 2 pagine), ricorrono però cospicui errori nell'uso delle geminanti, difficoltà nel seguire la struttura morfosintattica e nessun uso di abbreviazioni contemporanee. Errori misti con predominanza però di errori fonologici, riscontrabili maggiormente nei soggetti con disfluenza tonico-clonica. Il vissuto

associato alle disfluenze si configura come fattore di vulnerabilità sulla stesura e revisione del testo scritto

Conclusioni non conclusive, Possibile ruolo delle disfluenze prima dei 5 anni sulla costruzione delle competenze metafonologiche secondarie e sulla stesura e revisione del testo scritto, possibile esito di criticità attentivo-esecutivo. Un possibile anello eziopatologico è il deficit delle funzioni esecutive organizzative (Vio - Fedeli) e della memoria di lavoro responsabile non solo dei processi di trascrizione ma implicata anche nelle abilità d'inibizione di risposte automatiche, nella pianificazione, flessibilità e automonitoraggio.

Si raccomanda che vengano condotti studi al fine di valutare se sussiste una diversa correlazione tra specifici profili di disturbo del linguaggio e DSA: gli studi finora condotti hanno valutato il ruolo dei disturbi del linguaggio, senza però differenziarne sufficientemente la tipologia. Sarebbe auspicabile l'uso di rapidi strumenti di screening e di potenziamento volti a favorire l'apprendimento attraverso il controllo

attentivo ed esecutivo, prevenire il disagio ed assicurare il successo scolastico.

Gli esiti e gli effetti delle disfluenze, vanno oltre il sintomo udibile del ritmo del parlato, e possono compromettere non solo il vissuto sociale e scolastico, ma anche l'acquisizione degli apprendimenti scolastici. Così si declina la necessità di prevedere trattamenti integrati volti da un lato al miglioramento del ritmo della fluenza e da un lato potenziare gli apprendimenti ortografici al fine di evitare doppi dispositivi di vulnerabilità auspicando una presa in carico globale che tenga conto ed educi al rispetto le agenzie formative.

Porto d'armi e valutazione dell'idoneità psichica: i rischi derivanti da disposizioni normative obsolete.

di Daniela Di Martino

Nella mia attività professionale come psicologa del lavoro, mi sono trovata spesso a confrontarmi con una legge ormai vecchia e obsoleta, che disciplina la **valutazione dell'idoneità psichica nei lavoratori detentori di un porto d'armi per motivi professionali**.

In Italia, sono molti i lavoratori che per motivi professionali detengono un'arma da fuoco: vigilianti, polizia municipale, forze armate, addetti alla sorveglianza valori, ecc. La valutazione dell'idoneità al maneggio di armi è regolamentata ad oggi dal D.M. 28/04/1998, dove si legge che l'esame psichico del soggetto deve accertare: *“ Assenza di disturbi mentali, di personalità o comportamentali. In particolare, non deve riscontrarsi dipendenza da sostanze stupefacenti, psicotrope e da alcool. Costituisce altresì causa di non idoneità l'assunzione anche occasionale di sostanze stupefacenti e l'abuso di alcool e/o psicofarmaci”*.

L'accertamento dei requisiti psicofisici è effettuato dagli uffici medicolegali, dai

distretti sanitari o delle unità sanitarie locali; ciò vale per tutti quelli che richiedono il porto d'armi per motivi sportivi (prevalentemente caccia) o professionali e che non siano appartenenti alle Forze Armate. Per questi ultimi risultano essere competenti le strutture sanitarie militari e della Polizia di Stato.

Per il rilascio del certificato medico di idoneità basta presentare un **certificato anamnestico** firmato dai MMG, che non sempre hanno competenza nell'ambito della salute mentale. Nessuno psicologo o psichiatra è coinvolto strutturalmente nelle procedure di rilascio di tale certificato d'idoneità. Ciò basterebbe da sé ad allarmare riguardo alla pericolosità di questa obsolescenza della norma, ma gli eventi di cronaca nera confermano purtroppo il danno che consegue alla scarsa sistematizzazione delle procedure cliniche sul tema. Appare, pertanto necessaria, una **revisione strutturale dei processi di valutazione** dell'idoneità psichica in un campo così importante e delicato.

Una revisione dei criteri di valutazione dell'idoneità psichica al porto d'armi dovrebbe necessariamente includere **specialisti in salute mentale**, oltreché parametrare il più possibile le aree della personalità e del comportamento da

sottoporre ad indagine, senza dimenticare di stabilire adeguate regole di monitoraggio degli stessi nel tempo.

Gli studi epidemiologici condotti a livello internazionale confermano che la facile disponibilità di accesso alle armi da fuoco è positivamente correlata con una maggiore incidenza di **suicidi/omicidi**. È possibile che questo dato sia inoltre sottostimato, perché spesso i suicidi sono segnalati come “morti accidentali”. Il sesso più esposto ad un utilizzo improprio (a carattere auto lesivo ed eterolesivo) delle armi da fuoco è quello maschile.

Molti sono stati gli studi che nel tempo hanno smentito l'idea diffusa che i suicidi e gli omicidi dovuti all'utilizzo delle armi fossero dovuti a “**raptus**”. Le ricerche hanno dimostrato, per contro, che esiste una forte relazione tra questi eventi e forme di **psicopatologia** o **disturbi di personalità**. Questi dati avallano la necessità di stabilire protocolli di indagine sulla salute mentale di chi, nel corso della vita lavorativa, ha facile accesso alle armi. In questi lavoratori andrebbero strettamente monitorati gli eventi stressanti, quali: lutti, problematiche affettive, difficoltà economico-finanziarie, ecc. Non meno frequenti nell'anamnesi di soggetti coinvolti in episodi di abuso dell'arma

sono: visite specialistiche presso esperti in salute mentale e assunzione di psicofarmaci.

In considerazione dei fattori di rischio citati, delle recenti ricerche e dei dati raccolti negli ultimi anni, le attuali procedure di valutazione dell'idoneità psichica al porto d'armi sono da considerarsi superate e quantomeno incomplete dal punto di vista della sicurezza. Le ipotesi più accreditate di ampliamento della valutazione in esame, propongono l'integrazione della stessa con analisi **psicometriche della personalità**; oltre all'esame di dimensioni **anamestiche**, comportamentali e intrapsichiche, quali:

- presenza di atti di violenza auto o etero-diretti
- efficacia di meccanismi di controllo degli impulsi
- integrità funzioni psichiche
- tono dell'umore
- anamnesi psicopatologica
- presenza eventi stressanti o a carattere traumatico

In sostanza, data la delicatezza della tematica trattata, nonché i possibili riverberi in termini di danno individuale e collettivo, l'intero processo di valutazione dell'idoneità psichica al porto d'armi dovrebbe tendere al maggior approfondimento possibile. Nondimeno,

è importante la previsione di un monitoraggio periodico degli aspetti citati. Ad oggi le possibilità e gli strumenti offerti dalla clinica in campo psicologico e psichiatrico sono sicuramente superiori a quelli disponibili nel 1998, anno al quale risulta ferma la normativa che disciplina l'idoneità al porto d'armi.

Molto possono fare anche i datori di lavoro in termini di contenimento di episodi di violenza connessi ad un utilizzo improprio dell'arma: l'istituzione di un'armeria, ovvero, di un apposito locale nel quale possano essere custodite le armi in dotazione ed il relativo munizionamento, potrebbe garantire un aspetto di riduzione dei rischi connessi alla disponibilità dell'arma durante le ore extra-lavorative. Purtroppo è prassi diffusa, invece, la custodia dell'arma presso il domicilio del lavoratore, un aspetto questo di grande rischio non solo per la problematica trattata, ma anche per i possibili danni accidentali causati dall'accesso all'arma da parte di terzi.

In Italia, un ultimo aggiornamento normativo in materia di salute e sicurezza sui luoghi di lavoro è rappresentato dal **Decr.Lgs. 81/2008**, che disciplina, tra gli altri, gli obblighi di sorveglianza sanitaria per i Datori di Lavoro. Per sorveglianza sanitaria,

s'intendono tutti gli accertamenti medici cui deve essere sottoposto un lavoratore al fine di tutelarne la salute e la sicurezza, in relazione ai fattori di rischio professionali, all'ambiente di lavoro e alle modalità di svolgimento dell'attività lavorativa. Tuttavia, neanche questo recente decreto ha previsto un obbligo esplicito di **sorveglianza sanitaria** per il lavoratori esposti ai rischi connessi all'accesso e custodia di armi da fuoco. Una grave carenza, se si pensa al danno potenziale conseguente alla non valutazione e monitoraggio di questo rischio.

Concludendo, le procedure di valutazione dell'idoneità psichica al porto d'armi dovrebbero superare l'attuale paradigma in cui il medico certificatore, di fatto, può trovarsi nella condizione di attestare quanto riferito dal paziente in termini di dichiarazione anamnestica, senza dover necessariamente dare avvio ad un percorso d'indagine codificato (assenza di un protocollo sanitario o di linee guida) che prenda in adeguata considerazione gli approfondimenti psicologico/psichiatrici necessari a tal fine. La strada più semplice potrebbe essere l'estensione degli obblighi di sorveglianza sanitaria nei confronti dei lavoratori che per motivi professionali detengono e accedono ad armi da fuoco.

Parole chiave: armi da fuoco, idoneità psichica, psicologia, sorveglianza sanitaria, decr. Lgs.81/2008.

Bibliografia

C. Clerici, L. Veneroni, R. Invernizzi *“La valutazione dell’idoneità psichica e dei fattori di rischio nella detenzione e il porto d’armi da fuoco:una revisione della letteratura e osservazioni sull’attuale situazione italiana”* Collana Psicologia Medica e Psicopatologia 2006.

L. Pietrantoni, G. Prati, A. Morelli *“Stress e salute nelle forze dell’ordine”* Ed. Erickson

Percezione di sicurezza e efficacia della comunicazione in situazioni di emergenza come elementi di benessere psicologico individuale e collettivo in contesti lavorativi di *Angiola Di Conza e Nicola Villani*

Riassunto

Il presente contributo si propone di analizzare l'impatto che il clima di insicurezza generato dalla recente emergenza sanitaria può avere avuto sul senso di benessere personale. L'analisi concerne il rapporto tra percezione del rischio e disagio psichico, mediato dal senso di insicurezza. Viene posta l'attenzione, in particolare, sul ruolo che la comunicazione istituzionale ha nel definire il rischio e la conseguente percezione da parte dell'individuo e su come quest'ultima abbia ripercussioni significative sulla costruzione di senso e sul disagio psichico che ne può derivare. Infine, vengono discusse le caratteristiche del contesto e della comunicazione del rischio, con particolare riferimento ai contesti lavorativi.

Abstract

This contribution aims to analyze the impact of the uncertainty associated to the recent medical emergency on individual well-being. The analysis concerns the relation between risk perception and psychological disease, considering the intermediation role of the perception of uncertainty. Focus is on the role played by the institutional communication in the risk definition and, as a consequence, on the individual perception of the risk and on the potentially deriving psychological discomfort. In conclusion, the

characteristics of the context and of the risk communication are discussed, with a specific attention on job contexts.

Parole chiave: *percezione del rischio; senso di insicurezza; comunicazione del rischio; emergenza sanitaria; benessere psicologico in contesto lavorativo.*

Key-words: *risk perception; uncertainty; risk communication; medical emergency; psychological well-being in job context.*

Introduzione

Il presente contributo ha l'obiettivo di enucleare alcune riflessioni sul ruolo che il senso di insicurezza, derivante dall'imprevedibilità degli eventi e dei contesti, può esercitare nella percezione del rischio e sulle condizioni di benessere individuale e lavorativo in situazioni di emergenza. A partire da queste considerazioni vengono poi analizzate alcune caratteristiche della comunicazione che possono favorire una migliore gestione della fase critica, in termini sia di comprensione del fenomeno, sia di mitigazione degli effetti negativi che le emozioni ad essa associate possono generare.

Il tempo presente, inteso come società contemporanea, è fortemente caratterizzato da fluidità, flessibilità, mutevolezza e fugacità, a moltissimi livelli: flessibilità lavorativa, mobilità geografica senza limiti, "stories" condivise sui social e delle durata di 24 ore; ma anche fluidità delle relazioni, delle modalità comunicative e, di conseguenza, dei rapporti e, in definitiva, all'esito di tutto questo, dell'identità. Se ciò, da un lato, comporta un aumento esponenziale delle opportunità per tutti (più possibilità lavorative, maggiori

opportunità di mantenere contatti con persone anche molto lontane, condivisione di esperienze con decine o addirittura centinaia di persone nello stesso momento, ecc.), dall'altro ingenera una sensazione di fugacità del tempo presente e di mutevolezza che produce fragilità e insicurezza. In questo contesto di riflessione, l'accezione di insicurezza a cui si fa riferimento è principalmente quello di imprevedibilità, associata alla sensazione di non avere alcun controllo e che genera, a sua volta, la sensazione di vivere un'esistenza fluida e in continuo cambiamento (Bauman, 2002). Sebbene siano queste le innegabili caratteristiche della contemporaneità, gli eventi recenti, connessi con l'emergenza sanitaria da rischio di contagio da Covid19, hanno violentemente messo in luce l'incapacità di intere generazioni di affrontare l'imprevisto e la sensazione di insicurezza che ne deriva, a maggior ragione in quanto tutto è avvenuto in maniera del tutto improvvisa e apparentemente imprevedibile. Ma come si coniugano questi due aspetti così apparentemente in contrasto tra loro, ovvero la mutevolezza e fluidità di ogni aspetto della quotidianità e l'incapacità di gestire l'insicurezza, che pure rappresenta un elemento inevitabilmente discendente dalle caratteristiche del nostro tempo? Da un lato, è possibile che gli individui, ma anche le comunità, abbiano sviluppato modalità di "assuefazione" a queste peculiarità del nostro tempo e, riconoscendole come inevitabili, abbiano appreso metodi per farvi fronte nella vita di tutti i giorni, nell'illusione – come appunto dicevamo – di poter esercitare un controllo su di essi. Dall'altro lato, però, quando questa illusoria costruzione di controllo e sicurezza viene meno, si assiste alla difficoltà personale, comunitaria, politica e sociale di far fronte alla percezione di incertezza e imprevedibilità che ne deriva, a cui dovremmo essere più che

mai abituati, ma che, più probabilmente, tendiamo a negare o quantomeno a minimizzare.

Del resto non è una scoperta odierna che la sensazione di incertezza/insicurezza e il bisogno (insoddisfatto) di mantenere elevati livelli di controllo rappresentano meccanismi patogeni alla base di diverse condizioni di disagio psichico, declinate, in questo contesto, non solo in termini di franca psicopatologia o di quadro clinico apprezzabile, bensì anche e soprattutto in termini di benessere psicologico individuale, con rilevanti risvolti comportamentali e relazionali (Sassaroli, Ruggiero, 2002).

Senso di insicurezza e disagio psichico

Numerosi disturbi psichici si sviluppano a partire da comportamenti inappropriati e disfunzionali che poggiano su una condizione di insicurezza importante. L'insicurezza è in grado di ingenerare nell'individuo uno stato d'allerta perenne e la percezione di un pericolo così grave da bloccarlo o, peggio, sviluppare una serie di comportamenti inadeguati, persino autodistruttivi. Molti studi si sono occupati di cercare di risalire alle origini di queste insicurezza e si sono, in parte, concentrati sul ruolo che i comportamenti dei genitori verso i figli svolgono nel costruire quel senso di sicurezza che consente di affrontare, senza sentirsene travolti, situazioni e sensazioni di incertezza. Lo sviluppo di un attaccamento sicuro alle figure genitoriali è parso un elemento fortemente significativo: queste "potenti figure primarie" hanno sicuramente una grossa responsabilità nel contribuire a "crescere" figli con una personalità sicura ed altamente adattiva o, al contrario, con una personalità insicura, su cui può innestarsi una serie di disagi psichici.

Uno degli studi più significativi sui modelli di attaccamento e sullo sviluppo della personalità risale alla fine degli anni '70 ed è stato condotto dalla psicologa Mary Ainsworth. La ricercatrice, a seguito dei suoi esperimenti, cercò di valutare gli stili di adattamento (attraverso il ricorso alla cosiddetta *Strange Situation*), individuando quattro *clusters* che teoricamente nascono nel primo anno di età, ma che possono rinforzarsi e/o modificarsi nell'arco dell'intera esistenza. Sulla base di questo filone di studi, oggi è noto e condiviso che l'attaccamento può essere definito sicuro quando un individuo è capace di allontanarsi dalle proprie figure di attaccamento per esplorare il suo ambiente circostante, e a seconda del verificarsi di processi di conferma/disconferma è in grado di costruire e mantenere il proprio equilibrio: un bambino che vive continue disconferme da parte delle proprie figure di riferimento, non sarà poi in grado di sviluppare un attaccamento e una personalità sicura. Si è ipotizzato che soggetti rientranti in ciascuno dei cluster individuati strutturino la propria personalità in modo differente e possano sviluppare una serie di disturbi specifici e specifiche modalità cognitive di costruzione del pensiero (*Internal Working Models*), che possono essere sinteticamente inglobati in quattro macroaree:

Cluster A: attaccamento insicuro evitante. Il bambino evita il genitore poiché sa che, quando cercherà la figura genitoriale significativa, essa sarà assente o comunque non sarà in grado di comprendere i suoi bisogni. Il bambino insicuro evitante si presenta, anche nel comportamento fisico, come congelato, incapace di sviluppare e sperimentare strategie di avvicinamento al genitore, per il timore di non riuscire ad entrarvi in contatto. Svilupperà pertanto la precoce convinzione che per sopravvivere dovrà cavarsela da solo e nelle relazioni

significative svilupperà modalità di attaccamento asfissianti e coartanti, in quanto non ha fiducia nell'altro e teme l'abbandono e la perdita oppure elaborerà meccanismi di "immunizzazione" e/o "svalutazione", in base ai quali l'altro esiste e risulta "adeguato" solo se aderisce alle sue richieste ed esigenze. Sinteticamente il soggetto appartenente a questo gruppo sarà portato a pensare che se ha bisogno della figura primaria di attaccamento non potrà contare su di lei, pertanto si sentirà non amabile (Modello del sé) e non si fiderà di nessuno (*conto solo su me stesso*), per cui persone con queste caratteristiche possono presentare strutture schizoidi di personalità (schizotipici) o psicosi, alcune forme di organizzazioni narcisistiche di personalità, nevrosi ossessive, organizzazioni paranoiche di personalità.

Cluster B: attaccamento sicuro. Il bambino è sicuro della figura di attaccamento, tende a sperimentare sentendo di poter riuscire in autonomia, ma se si rende conto di aver bisogno di sostegno, è in grado di chiedere aiuto con la consapevolezza di poterlo trovare. Tende a sviluppare una personalità sicura ed elastica, quindi funzionale. Questi soggetti, rientranti nel range della cosiddetta "normalità" si sentono amabili (Modello del sé) e, fino a prova contraria, hanno fiducia in se stessi e negli altri.

Cluster C: attaccamento insicuro ambivalente. Il bambino non riesce a prevedere le reazioni della figura di attaccamento, quando ne ha bisogno non è sicuro di ricevere presenza e protezione; sviluppa quindi sentimenti ambivalenti e comportamenti contraddittori (ad esempio manifestare aggressività e subito dopo tenerezza), sente l'esigenza di costruire tattiche sempre nuove pur di riuscire a mantenere il contatto con la figura di attaccamento (forma particolare di

dipendenza dagli altri): non essendo sicuro di poter contare sulla figura di attaccamento valuterà di volta in volta e in circostanza quali strategie relazionali e comportamentali adottare. Questo soggetto a volte si sente amabile e a volte no (Modello del sé) e ha una limitata fiducia negli altri (*quando posso evito di appoggiarmi a qualcun altro*). In ambito clinico, possono manifestare crisi di panico, simbolizzazione claustrofobica, depressioni reattive, etc.

Cluster D: attaccamento

disorganizzato. Il bambino non è in grado di organizzarsi un'idea sulla propria figura di attaccamento poiché si trova di fronte un genitore percepito come potenzialmente pericoloso perché violento, aggressivo o perché estremamente fragile (ad esempio affetto da patologie psichiatriche); assume quindi comportamenti poco prevedibili, non polarizzati verso il gioco e ostili, come posture strane o azioni violente (ad esempio, spaccare tutto in casa o sbattere la testa contro il muro). Questo tipo di individuo si sente disorganizzato (Modello del sé) e mostra ostilità verso gli altri (*non sono in contatto con me stesso e le persone sono dei potenziali nemici*) e può sviluppare condizioni cliniche importanti, tra cui schizofrenia, forme catatoniche e personalità borderline.

Questa breve rassegna conferma la convinzione già nota che la famiglia, in qualità di organizzazione sociale primaria, rappresenta la base su cui si struttura la personalità dell'individuo e le modalità con cui egli reagirà alle situazioni percepite come pericolose, sfidanti, dall'esito incerto o ansiogene. Gruppi secondari o contesti sociali possono generare dinamiche simili a quelle familiari. In soggetti insicuri, un ambiente che sviluppa incertezza, giudizio fine a se stesso, mancanza di responsabilità e di punti di riferimento chiari, alimenta la costruzione già amplificata del pericolo e l'idea di essere

da soli ad affrontarlo. Questo è il modo più veloce per creare in un individuo una condizione di alienazione, di rigidità emotiva e operativa. La costante incertezza, se esperita in una condizione improvvisa di elevato livello di rischio, indirizza qualsiasi persona all'impossibilità di sviluppare strategie elastiche ed efficaci per poter funzionare in quel contesto.

Percezione del rischio e senso di insicurezza: quale rapporto?

Alla luce di quanto descritto, ci sembra di poter affermare che la condizione di costante incertezza diviene, nel contesto socio-culturale contemporaneo, elemento di attivazione di pensieri ed emozioni negative solo quando supera una certa soglia, collocabile al di sopra dei livelli attribuiti alla quotidianità, ovvero quando si associa alla percezione di un determinato livello di rischio. Il concetto di percezione del rischio è di difficile definizione: con questo termine si fa riferimento alla rappresentazione che l'individuo o la comunità ha del rischio associato ad un determinato fenomeno. La "percezione", infatti, viene definita come un "processo sensoriale che attiva un processo valutativo, a cui consegue un comportamento". Numerosi studi nel settore, indicano che gli individui tendono a costruire la propria percezione del rischio sulla base di esperienze personali, di informazioni incomplete, ricorrendo ad euristiche o, in assenza di risorse adeguate, affidandosi a fonti esterne, ritenute credibili ed attendibili. Questi processi di "analisi dei rischi" conducono le persone a sviluppare idee e rappresentazioni non necessariamente basate su dati di realtà; ciò sottende alla tendenza, frequentemente riscontrata, a sopravvalutare alcune categorie di rischi e sottovalutarne altre. Uno degli elementi che contribuisce fortemente all'insorgere

di questo *bias* è la familiarità dei contesti e dei comportamenti. Secondo Lalonde (1974), la conoscenza di una certa situazione ingenera nell'attore la sensazione di poterla controllare e, quindi, di poterla affrontare con successo e senza rischi significativi. Ne consegue che per coloro che si trovano quotidianamente ad operare in situazioni caratterizzate da un certo livello di rischio, è proprio la familiarità a generare un certo senso di sicurezza. Tra i fattori individuali rilevanti rientra sicuramente anche la percezione di controllo o la "*self efficacy*", ovvero la convinzione che le persone hanno circa la loro efficacia personale di organizzare e dirigere le loro abilità e risorse per mettere in atto un'azione che li condurrà alla conseguenza desiderata (Bandura, 1977). Incrementando la percezione di controllo, la sensazione di sicurezza da parte dell'individuo aumenta (sostenendo la convinzione di poter efficacemente affrontare la situazione di rischio); al contrario, la percezione di assenza di controllo conduce a percepire il rischio come terrificante e più grave (Morini, Murtas, 2011). Tuttavia, la percezione del rischio non è un costrutto solo individuale, che si struttura nel rapporto tra le caratteristiche dell'agente e quelle del fenomeno, bensì è una costruzione sociale e comunitaria, rientrante nel novero delle rappresentazioni sociali (Moscovici, 1984). Esse sono sistemi di valori e credenze, che si strutturano intorno ad oggetti socialmente rilevanti, sulla base di scambi comunicativi all'interno dei gruppi e delle comunità, allo scopo di semplificare i processi di conoscenza della realtà, rendere familiare (ma anche condiviso) ciò che non lo è e di guidare, in ultima istanza, il comportamento. Principi simili sono applicabili al contesto dell'emergenza, in cui la rottura degli schemi interpretativi della realtà è già avvenuta e le persone, così come le comunità, sono costrette ad agire in

condizioni di scarsa familiarità del contesto, minore prevedibilità e maggiore incertezza. Dunque, pur osservando il fenomeno da prospettive di analisi differenti (che non si ritiene di approfondire ulteriormente in questo contesto, rimandando alla letteratura specifica), è possibile rilevare alcuni elementi comuni: da un lato, la sensazione di familiarità e la percezione di un certo grado di controllo riducono il senso di incertezza e insicurezza, favorendo processi decisionali e comportamentali adeguati; dall'altro lato, situazioni connotate da imprevedibilità e scarsa controllabilità producono preoccupazione, paura e, all'estremo, disorganizzazione comportamentale e disagio psicologico.

Tutti coloro che si trovano ad operare in condizioni di emergenza fanno bene che un'adeguata preparazione agli eventi tragici e/o rischiosi dipende molto dalla possibilità di prevedere che tali eventi possano accadere. Un continuo allenamento/addestramento ed una esposizione costante allo stimolo rende l'operatore più lucido e funzionale. Naturalmente, non tutto si può prevedere; le variabili sono infinite e spesso la realtà supera la fantasia. L'esperienza sul campo insegna che di fronte all'imprevedibile qualsiasi individuo può comunque funzionare in modo efficace se, oltre alla preparazione, avverte di poter contare su un contesto di gruppo che condivide i medesimi valori e obiettivi, elementi che generano coesione di gruppo e senso di appartenenza. La coesione di gruppo si crea attraverso una serie di esperienze, positive e negative, esaltanti e frustranti. Coesione e fiducia rendono l'individuo più sicuro anche di fronte a gravi pericoli, ma da sole non possono comunque considerarsi sufficienti. La percezione del rischio e il senso di sicurezza dipendono molto dal senso di autotutela e dal concetto di assunzione di responsabilità. Tutela e responsabilità

sono due condizioni imprescindibili. In condizioni di elevato livello di rischio, il soggetto che si sente tutelato riesce a sviluppare strategie efficaci per la risoluzione dei problemi, se a questo aggiungiamo la consapevolezza di sentire di avere la responsabilità personale delle proprie azioni quando si opera, l'individuo riesce ad essere ancora più efficace. All'opposto, in assenza di tutela e responsabilità personale, si svilupperà nell'individuo un'importante condizione di insicurezza, di resistenza ed insofferenza, che si tradurrà in un estremo bisogno di controllo. In tempo di piena emergenza da COVID-19, si è potuto osservare che coloro che sono stati chiamati a prestare il proprio operato, spesso sguarniti di mezzi di protezione individuale (mancanza di mascherine), sono risultati maggiormente a rischio di sviluppare una condizione di disagio, di insicurezza e resistenza nei confronti del proprio mandato, degli altri (soprattutto utenti) e delle proprie organizzazioni di appartenenza. A cessato pericolo diveniva evidente un incremento di indicatori di stress, sfiducia e sensi di colpa verso i familiari.

Ruolo della comunicazione

Alla luce di quanto fin qui descritto, rileva sicuramente comprendere le caratteristiche di ciò che viene percepito come rischio e le modalità con cui esso si struttura: "le percezioni e le rappresentazioni sociali dei rischi sono legate a una molteplicità di fattori, ma storicamente determinate. Le paure, l'importanza degli effetti a lungo tempo, la controllabilità e tutti gli elementi che concorrono, assieme al peso dei sistemi valoriali, delle regole esistenti, degli interessi locali, del ruolo dei media, ecc. a caratterizzare l'atteggiamento verso uno specifico rischio sono diversi a seconda delle comunità (e anche degli

individui) e si modificano nel tempo. Sono fattori determinanti nelle scelte che possono essere studiati e, in parte, anche previsti" (Morini, Murtas, 2011; p. 9).

In altri termini, la rappresentazione sociale del fenomeno cui il rischio è associato nasce e si struttura nello scambio comunicativo tra attori sociali. Come sostiene Savadori (2007), le informazioni sul rischio hanno un impatto sul nostro comportamento solo se riescono a creare nella nostra mente immagini cariche di emotività. Le emozioni frequentemente associate al rischio sono, come abbiamo più volte ribadito, paura e senso di insicurezza. Su questo tema si è concentrata l'attenzione di molti studiosi della comunicazione sociale, che hanno sottolineato come "parlare di sicurezza significa occuparsi di definire cognitivamente la questione per impedire che si allarghi sempre di più uno scarto tra realtà e sue rappresentazioni" (Belluati, 2008, p. 13); il modo in cui i fenomeni vengono descritti, proposti e discussi (quindi "comunicati") costituisce la griglia interpretativa con cui si attribuisce senso e si ricompono il significato di ciò che ci circonda (Belluati, 2004). Gli scambi comunicativi definiscono le "priorità" intorno a cui concentrare l'attenzione e forniscono i *frames* interpretativi per mezzo dei quali dotare di significato e di connotazione emotiva i fenomeni. Se negli anni '50, la comunicazione del rischio e dell'emergenza fondava sul cosiddetto principio di "alfabetizzazione degli insipienti" (Carra, 2014), basato sull'assunto che la popolazione fosse composta da fruitori passivi delle informazioni fornite dagli esperti, oggi questo modello non è più da ritenersi valido. Questo principio è stato sostituito da modelli assai più complessi, in cui la comunicazione del rischio, ancor più in fase di emergenza, tiene conto dei diversi processi cognitivi che vengono

utilizzati da esperti e non esperti, sia per valutare il rischio, sia per prendere delle decisioni (Cerese, 2017). Accanto a questi processi cognitivi, così diversificati, ad oggi è noto come sia assolutamente necessario comprendere e far leva sulle emozioni. Non è più trascurabile, infatti, quanto il rischio sia in sé caratterizzato dall'incertezza che circonda gli eventi e la loro evoluzione futura, ma soprattutto che una cattiva comunicazione peggiora nettamente la situazione di rischio e la sua percezione (Chartier e Gablerm 2001), andando ad incidere sui livelli di confusione che, a loro volta, producono ulteriore incertezza e, di conseguenza, un clima emotivo che non semplifica i processi decisionali e peggiora la qualità della vita e le capacità di *coping* individuali e collettivi. Per essere efficace, la comunicazione in questo settore deve dunque consentire lo scambio di informazioni in un clima di rispetto e fiducia, nonché mirare a costruire strategie congiunte per una soluzione equa e sostenibile del problema (De Marchi, Pellizoni, Ungaro, 2001). In contesti di rischio e, ancor più di emergenza, la comunicazione assolve numerose funzioni, che vanno dallo scambio di informazioni, alla ricerca di soluzioni, alla modificazione dei comportamenti. Una comunicazione "partecipata", ovvero che tenga conto di come i fruitori siano elementi attivi del processo percettivo, decisionale, ma soprattutto esecutivo (nel senso che poi spesso rappresentano coloro che praticamente debbono implementare comportamenti di risposta alla situazione di rischio in atto), produce migliori risultati dell'intervento ed effetti maggiormente sostenibili e duraturi (Giusti et al., 2011). Naturalmente, in quanto partecipata, ovvero basata sullo scambio tra esperti e non esperti, questo tipo di comunicazione in situazione di emergenza sanitaria deve tener conto della tipologia del rischio da affrontare e dell'obiettivo da raggiungere,

sintetizzabile in tre punti: 1) Il rischio è conosciuto e si sa come affrontarlo, per cui gli obiettivi da raggiungere sono: promozione della salute e modificazione dei comportamenti; 2) la valutazione del rischio è diversa tra soggetti che hanno prospettive e interessi differenti, per cui l'obiettivo consiste nella costruzione di processi di confronto e negoziazioni tra gli attori coinvolti; 3) la situazione ha carattere di emergenza, per cui ha come obiettivo l'intervento immediato, per reagire alla situazione in atto e arginare gli effetti potenzialmente negativi delle reazioni emotive (De Mei, Possenti, 2011). L'obiettivo comunicativo primario, in questo caso, consiste nell'aiutare il pubblico ad incanalare la paura verso un'appropriata vigilanza, un apprendimento attento e una preparazione costruttiva. Per affrontare adeguatamente questo compito è necessario tener conto di tutti quegli aspetti che complicano il processo comunicativo nelle emergenze: l'assenza di una chiara strategia comunicativa, la complessità dei dati e la confusione e/o incompletezza dei relativi messaggi, la coesistenza di molteplici punti di vista, la tendenza a "non dire" o a rassicurare, la difficoltà connessa al comunicare l'incertezza, tanto delle informazioni, quanto delle previsioni e degli esiti, la confusione di ruoli, i tempi inadeguati, la diffusione di informazioni selettive, inesatte o scorrette e di comportamenti sbagliati o pericolosi. A tutti questi elementi, vanno aggiunte alcune caratteristiche maggiormente connesse ad aspetti psicologici individuali e comunicativi, tra cui: mancanza di fiducia nelle fonti, maggiore elaborazione delle informazioni a contenuto negativo e prevalenza delle emozioni a connotazione negativa (rabbia, paura, ansia, preoccupazione, ecc.), difficoltà di elaborazione delle informazioni, dovuto proprio alla sussistenza di una preoccupazione di fondo ("rumore mentale", che riduce dell'80% la capacità

di recepire ed elaborare le informazioni in entrata, cf. Covello, 2010) e, come esito dell'intrecciarsi di tutti questi fattori, aumento della confusione, del grado di incertezza, del relativo timore e, di conseguenza, di uno stato di disagio generalizzato. L'incertezza, infatti, come precedentemente accennato, aumenta l'intensità delle emozioni e il livello di rischio percepito: comunicazioni scarsamente efficaci, in quanto parziali, confuse, male articolate o, peggio, omesse, malcelate, a favore di processi comunicativi paternalistici e superficialmente rassicuranti, non sostengono la capacità di comprensione da parte dei destinatari dell'intervento comunicativo, aumentano il senso di insicurezza e imprevedibilità, riducono la sensazione di controllo, favorendo lo sviluppo di più intese condizioni di disagio personale e comunitario. Di seguito si intende declinare questo discorso, articolato tra percezione e comunicazione del rischio, connotazione emotiva e gestione personale e collettiva dell'incertezza associata all'insorgere di una condizione di emergenza, partendo dalla recente (e attuale) esperienza di emergenza sanitaria, per poi estendere la riflessione ai contesti lavorativi.

Emergenza sanitaria: tra percezione e comunicazione del rischio

La recente emergenza sanitaria legata al virus CoVid-19 ha avuto gravi ripercussioni sulla salute pubblica mondiale e ha messo in allerta l'intera comunità scientifica e le popolazioni di numerose nazioni nei cinque continenti, innalzando, in maniera improvvisa, i livelli di insicurezza e preoccupazione, generando confusione e disagio psicologico. Questo evento che ha fortemente impattato sulla quotidianità ha rappresentato un ulteriore spunto tratto dalla vita reale per riflettere sulle modalità comunicative del rischio tra

esperti, decisori e cittadini, ma anche sulle modalità di gestione della comunicazione dell'emergenza in contesto lavorativo. L'evento connotato dal carattere di emergenza si definisce come improvviso, scarsamente controllabile, con effetti immediati visibili e ad alto impatto emotivo; si caratterizza per la presenza di un esordio improvviso ed inaspettato, per la percezione di una minaccia reale o simbolica per la vita o la salute della persona, per l'alto impatto di reazioni emotive quali paura, ansia, sensazione di vulnerabilità, impotenza, ecc. e per la capacità di elicitare comportamenti impulsivi potenzialmente dannosi. Emergenza è, dal punto di vista della psicologia, una situazione critica, fortemente stressante, che mette a repentaglio le routine e le ordinarie capacità di *coping* dell'individuo e delle comunità di fronte a condizioni avverse di ampia portata, improvvise e urgenti (Sbattella, 2009). Come descritto da Morini e Murtas (2011): "Le conoscenze scientifiche sul rischio qualificano il grado di certezza, o sarebbe meglio dire di incertezza sulla situazione in corso e sulle prospettive [...] Quando si hanno buone certezze e impatti circoscritti siamo nel dominio delle norme e della loro applicazione [...] Quando, invece, le conoscenze sono ancora limitate, soprattutto sulle prospettive e i possibili effetti hanno dimensioni potenzialmente molto grandi, allora siamo in un dominio del tutto diverso, in cui la scienza tradizionale è in difficoltà nel proporre azioni efficaci e avrebbe bisogno di tempi lunghi, che mancano a causa dell'urgenza di adottare provvedimenti. In questo caso, che potrebbe essere esemplificato con la preoccupazione per la pandemia influenzale, le scelte vengono adottate come frutto di una complessa interazione tra conoscenze, interessi e condizioni economiche, percezioni di singoli e di comunità. Questa interazione è regolata da norme più instabili (ad esempio il principio di

precauzione), il cui equilibrio avrebbe bisogno di poggiare su una 'scienza post normale', capace di conclusioni convincenti perché rispettosa di tutti i fattori in gioco anche se molto diversi tra loro" (p. 7). Da questa breve descrizione, si evince come i livelli di complessità, pervasività, incertezza, urgenza di azione, imprevedibilità degli esiti, determinino uno scenario di azione di difficile definizione, che aumenta i livelli di difficoltà comunicativa. È sotto gli occhi di tutti come le informazioni sanitarie e la comunicazione politica non sempre abbiano mostrato la necessaria efficacia, violando alcuni principi basilari della comunicazione e tralasciando, male interpretando o talvolta persino manipolando le emozioni delle persone, facendo leva sulla paura, sul senso di insicurezza e incrementando la condizione di confusione, che non giova ai processi decisionali e, men che meno, al benessere individuale. Se è vero che, di fronte a fenomeni di rischio poco conosciuti e familiari, quindi considerati più imprevedibili e meno controllabili, si possa osservare la tendenza a sviluppare un atteggiamento pessimistico, allora, a maggior ragione, diventa necessario, soprattutto in caso di scarse conoscenze in continua evoluzione, favorire la consapevolezza del rischio, affinché gli individui si sentano motivati ad agire comportamenti protettivi (Rogers, 1983). Poiché implementare strategie comportamentali efficaci richiede impegno, questo processo attivo si struttura solo se le persone credono che le azioni protettive disponibili producano effetti positivi (Brug, Aro, Richardus, 2009). Ecco che una comunicazione realmente efficace deve essere caratterizzata da messaggi chiari, provenienti da fonti attendibili e indicazioni comprensibili e univoche su cosa fare e come farlo: un approccio scientifico alla comunicazione del rischio dovrebbe essere articolato in fasi, che tengano conto di tutti gli elementi

intervenienti fin qui descritti, analizzando, in primo luogo, i processi decisionali che gli individui devono effettivamente affrontare, andando ad individuare le informazioni critiche, ovvero cruciali e maggiormente rilevanti e come queste si inseriscano in un sistema di valori e credenze, che sono poi alla base degli atteggiamenti individuali che sottendono il comportamento. All'esito di questo processo di analisi, è possibile redigere messaggi chiari, adeguatamente informativi, che possano essere, di fatto, recepiti adeguatamente dall'utenza e dirigere il cambiamento comportamentale o l'implementazione di azioni specifiche (Fischhoff, 2020). La comunicazione chiara ed essenziale del fenomeno, associata ad indicazioni comportamentali comunicate in maniera semplice e facile da ricordare favoriscono l'adesione a tali prescrizioni. Accanto a tutto questo, significativa rilevanza assume nell'adozione di comportamenti preventivi anche il ricorso ad una comunicazione esplicita ed apertamente orientata a ridurre l'incertezza (Rubin, Amlot, Page, Wessely, 2009). Come chiaramente intuibile, tuttavia, le questioni inerenti fenomeni poco conosciuti sono per loro natura caratterizzate da un certo grado di incertezza, che tende a decrescere man mano che si acquisiscono nuove informazioni sul fenomeno stesso. È evidente, allora, che in ogni fase del processo è possibile comunicare solo le evidenze disponibili, riducendo quindi il riferimento all'evidenza di rischio e a eventuali nessi di causalità. Nonostante questo limite intrinseco alla condizione stessa di emergenza, va tenuta sempre ben presente la necessità di fornire informazioni: la trasparenza, in genere, è la scelta più indicata, dichiarando e argomentando anche i livelli di incertezza caratterizzanti la situazione specifica e le informazioni disponibili (Fishhoff, 2012; Klopogge, van der Sluijs, Wardekker, 2007; Van der Bles,

van der Linden, Freeman, Mitchell, Galvao, Zaval, Spiegelhalter, 2019). Come abbiamo più volte ribadito, l'incertezza amplifica l'impatto emotivo del rischio percepito; proprio per questo motivo deve essere adeguatamente comunicata, piuttosto che negata. Ciascun individuo possiede, a livelli differenti e connessi con il carattere, la personalità, le esperienze di vita, la capacità di gestire una certa quota di incertezza e insicurezza, ma per poterlo fare efficacemente in contesto reale, è necessario che sia a conoscenza di ciò che è noto, ciò che non lo è e ciò che può essere assunto con ragionevole certezza. Ad un estremo la percezione diffusa di incertezza può determinare una condizione di *impasse*, ovvero l'impossibilità di definire un qualsiasi comportamento come efficace e di sviluppare, di conseguenza, una qualsiasi motivazione ad agire; all'estremo opposto, i livelli di incertezza non possono essere negati all'infinito e, peraltro, divengono comunque evidenti in comunicazioni successive discordanti tra loro (in quanto basate sull'evoluzione della conoscenza del fenomeno) o anche in comunicazioni contemporanee provenienti da fonti diverse. Questo processo incide fortemente sul rapporto di fiducia tra i cittadini, le fonti informative e le autorità preposte ai processi decisionali. Come abbiamo già avuto modo di affermare precedentemente, invece, il sentimento di fiducia è fondamentale per mantenere aperti ed efficaci i processi comunicativi e favorire un'adeguata percezione del rischio ed una significativa adesione alle prescrizioni comportamentali, mentre "mantenere la fiducia del pubblico" è, per l'Organizzazione Mondiale della Sanità "l'obiettivo principale della comunicazione in qualsiasi situazione di epidemia" (Behavioural Insight Team, 2020) e – ci sembra di poter dire – per estensione, a qualsiasi situazione di emergenza. Capire tutto ciò pone le basi

per prevenire "l'insicurezza psicologica cronica", una condizione percettiva di inconsistenza personale che amplifica la percezione soggettiva di incapacità, fragilità e incompetenza che spesso colpisce chi opera in condizioni di emergenza. Informazioni chiare sicuramente aiutano a creare uno stato di sicurezza personale, propedeutico allo sviluppo di una adeguata operatività e di una maggiore capacità di *problem solving*; per questo è auspicabile la sempre maggiore e costante presenza di persone allenate a facilitare i processi di crescita personale. Servono professionisti adeguatamente preparati ad intercettare il disagio personale ed informativo; persone con una empatia molto allenata e in grado di accogliere l'insicurezza psicologica e di comunicare efficacemente, sviluppando contesti idonei per contenere e condividere i disagi e i limiti personali ed informativi. Sviluppare tali contesti, che si devono connotare come accoglienti, liberi da condizionamenti e da giudizi, migliora la percezione delle cose, aiuta la creazione di gruppi di lavoro con *performance* migliori, accelera la qualità evolutiva e di adattamento dei soggetti partecipanti.

Il contesto lavorativo

Tornando alla recente emergenza sanitaria mondiale, essa ha indotto molti operatori del benessere psicologico ad interrogarsi sugli effetti che essa ha prodotto e continuerà a produrre sugli individui e sulle comunità. Il mondo è apparso diviso in macro-categorie: coloro che hanno dovuto affrontare l'isolamento forzato, coloro che hanno dovuto continuare a prestare il loro servizio a favore della comunità (operatori sanitari *in primis*, forze dell'ordine, ma anche commercianti, trasportatori e tutti coloro che a vario titolo operano in ambiti irrinunciabili per la sopravvivenza socio-economica di un

Paese) e, infine, coloro che hanno dovuto guidare i processi decisionali e prendere decisioni operative cui tutti gli altri sono stati chiamati a conformarsi. Da qui origina la riflessione sul ruolo che il contesto lavorativo ha nel favorire o, al contrario, rallentare o complicare, i processi di gestione delle emergenze. Tutto quanto descritto finora è concretamente applicabile ai contesti lavorativi. Anche in questi ambiti, i processi comunicativi sono di fondamentale importanza e, ancor più, richiedono attenzione, chiarezza, onestà intellettuale e, in moltissime circostanze, partecipazione attiva degli attori coinvolti. Basti pensare ai medici e agli infermieri che, con scarse informazioni sul virus, sul suo grado di contagiosità e letalità, cioè in un contesto dominato dall'incertezza e dal rischio, hanno dovuto affrontare il "nemico invisibile". Eppure non si può dire che non abbiano familiarità con il concetto di malattia e con la morte. Di certo, l'impatto emotivo di uno stato di emergenza improvviso, il confronto costante con la morte e con un numero particolarmente elevato di decessi in un arco di tempo limitato, l'indisponibilità di misure e procedure di sicurezza, così come di strumenti adatti a monitorare tempestivamente i livelli di salute degli operatori sanitari, ha contribuito fortemente a diversificare l'attuale situazione da quella considerata routinaria. Anche in questo caso, sembra che la non prevedibilità degli sviluppi futuri e il senso di incertezza gravante sui singoli e sulla comunità possa aver contribuito ad incrementare risposte negative allo stress, condizioni di affaticamento e di disagio psichico, al punto da richiedere la pubblicazione da parte dell'Istituto Superiore di Sanità di indicazioni per la gestione dello stress lavoro-correlato connesso all'emergenza (Scattoni et al., 2020). Tali raccomandazioni ricordano l'importanza di organizzare ruoli e attività degli operatori, garantire la formazione,

favorire interventi di sostegno materiale e psicologico, differenziando le azioni di promozione del benessere psicologico a seconda dei contesti. Tutti questi interventi hanno come effetto primario o secondario quello di ridurre l'impatto negativo sicuramente della fatica fisica e mentale, ma anche delle emozioni negative connesse con la gestione dello stato di emergenza. Ma quello degli operatori sanitari è solo un esempio, il più lampante, indubbiamente, ma non l'unico possibile. È ormai ampiamente riconosciuto l'impatto che la condizione di continuo mutamento e incertezza del contesto socio-culturale e lavorativo hanno sul benessere degli individui e delle organizzazioni: nelle primissime pagine del Rapporto Istisan 2012 sulla qualità della vita di lavoro e stress lavoro-correlato si legge "Lo stress odierno è causato da un contesto che sta cambiando e che genera un'incertezza continua [...] lo stress è oggi conseguenza delle situazioni nuove, imprevedibili, che ci troviamo ad affrontare e ci mandano in crisi". Tra i fattori di rischio psicosociale nel luogo di lavoro rientrano molti aspetti emersi dall'analisi precedente: il grado di incertezza, la scarsa partecipazione ai processi decisionali, la mancanza di controllo sui processi lavorativi, l'inadeguatezza o la scarsa disponibilità degli strumenti a disposizione, la comunicazione inefficace, ecc. Di questi elementi è necessario tener conto nella progettazione di interventi primari e secondari a supporto del benessere individuale con importanti ricadute sul contesto lavorativo. In ambito primario, tra le altre misure utili, è costante il rimando al miglioramento della comunicazione come meccanismo di prevenzione del disagio; mentre in ambito secondario il *focus* è più frequentemente sui processi di sensibilizzazione rispetto ai pericoli psicosociali, sulla formazione ad affrontare pericoli specifici, rinforzando le

abilità di coping e sostenendo processi relazionali non conflittuali (Wynne et al. 2014). Come si evince dai lavori della citata Commissione Europea, chiarezza, definizione di responsabilità, fiducia e partecipazione sono elementi costitutivi dei processi di costruzione del benessere aziendale. Anche in questo caso, come per la comunicazione del rischio, in generale, la credibilità della fonte e il rapporto di fiducia con essa, incide fortemente sull'efficacia del messaggio. Covello (1992) ha evidenziato come la credibilità dell'emittente del messaggio viene valutata dai riceventi, in maniera non necessariamente del tutto consapevole, attraverso quattro dimensioni: il livello di empatia, che si stabilisce nei primi 30 secondi; la competenza; l'onestà; l'impegno e il coinvolgimento. L'efficacia comunicativa, quindi, non può prescindere dal clima di fiducia e dall'attribuzione di autorevolezza alla fonte, che in moltissimi casi, non è contingente e contestuale, ma si struttura nel tempo: "la comunicazione di emergenza, al di là della sua adeguatezza tecnica, ha elevate possibilità di successo solo se si innesta su una cultura del rispetto, della cooperazione e della sicurezza che può essere costruita solamente con accorte e specifiche politiche di lungo periodo (Pagano, 2001; p. 121). Premesse le caratteristiche del contesto e del clima in cui la comunicazione si verifica, esistono, comunque, caratteristiche del messaggio che lo rendono maggiormente efficace e che valgono sia in termini di comunicazione generale, sia in termini di comunicazione aziendale: esso deve tener conto delle informazioni già possedute dall'*audience*; focalizzarsi su pochi argomenti specifici e concetti chiave; essere caratterizzato da semplicità espositiva; ovvero risultare comprensibile indipendentemente dal livello culturale e dalle competenze tecniche dei fruitori; contestualizzare

adeguatamente il rischio; fornire *input* in grado di orientare inequivocabilmente il comportamento da seguire; fornire prima e subito le informazioni fondamentali (le risposte che le persone cercano) e poi eventualmente i dettagli; essere incisivo (ovvero immediato, comprensibile e facile da ricordare); riferire con onestà i limiti delle conoscenze attuali sul fenomeno; tenere conto dell'impatto emotivo sull'individuo, tenendo ben presente che ciò di cui le persone hanno bisogno sono sicuramente le informazioni sul fenomeno e sulle azioni da intraprendere, ma anche necessitano di un adeguato supporto emotivo, che si concretizza nel difficile equilibrio tra evitare di innescare sentimenti di angoscia e terrore e evitare di indurre una sottovalutazione del pericolo. Costruito così un messaggio che possiede elevate probabilità di risultare efficace, diviene poi necessario creare adeguati meccanismi di retroazione informativa al fine di valutarne l'efficacia e tarare le eventuali comunicazioni successive.

Quanto fin qui descritto sottolinea come la comunicazione in situazioni emergenziali non possa essere improvvisata, ma richiede competenza e attenzione, tanto alle caratteristiche del fenomeno, quanto a quelle degli attori coinvolti, non trascurando aspetti del contesto e del clima relazione in cui la comunicazione avviene e il forte impatto emotivo che la condizione di emergenza determina. Come sostenuto da Frudà, (1997): l'insieme di questi elementi contribuisce a rendere "la comunicazione in emergenza un *prodotto comunicativo ad alta specializzazione* [che] impone di essere progettata e gestita secondo codici informativi e professionali appropriati e specializzati" (p. 958). Lo stesso autore sottolinea come siano di fatto rari gli eventi ad elevato impatto traumatico ed estesa pervasività totalmente improvvisi e imprevedibili; una molteplicità di situazioni di

emergenza sono riconducibili ad aree di rischio identificabili, che andrebbero analizzate in situazioni di “normalità” per strutturare da un lato competenza e capacità di azione, dall’altro interventi preventivi, avendo come ulteriore vantaggio quello di costruire una base condivisa per interventi comunicativi da gestire rapidamente all’insorgere di una situazione di emergenza reale. “Non vi è dubbio che mentre sulla genesi dei singoli eventi, soprattutto naturali, non sempre è possibile intervenire, è invece possibile e opportuno intervenire – soprattutto con i tempi e gli scenari della ‘normalità’ – per abbassare la quota di vulnerabilità strutturale aggiunta che attiene a funzioni e dinamiche tipicamente socio-culturali quali quelle comunicative e di prevenzione” (p. 964). In ottica più propriamente aziendale, si fa riferimento a crisi catastrofiche o traumatiche quando si parla di eventi improvvisi e sgraditi, connotati da un forte impatto emotivo, che turbano fortemente la vita aziendale e che richiedono l’adozione tempestiva di contromisure valide. Come sostiene Sciarelli (2002) “le comunicazioni da sole non possono risolvere i problemi della crisi; ma in presenza di un corretto processo di fronteggiamento, possono contribuire a trasformare una minaccia in un’opportunità di sviluppo per l’impresa” (p. 74). Anche questo autore sottolinea che per ottenere un impatto positivo della comunicazione, il messaggio deve essere chiaro, completo e incisivo, ma aggiunge che il risultato di qualsiasi comunicazione avrà un effetto limitato se ad essa non si accompagnano atti concreti. In una situazione di crisi, comunque, gli effetti più rilevanti si osserveranno quando si riesce a formulare una più chiara consapevolezza di quanto sta accadendo, in quanto tale consapevolezza rappresenta la base per migliori processi di comprensione che, a loro volta, forniscono la premessa per

avviare le risposte più opportune, ridurre gli effetti negativi, ritrovare la fiducia e il senso di soddisfazione individuale e collettivo, per aver saputo affrontare e risolvere una situazione critica e improvvisa. “Gli effetti della crisi, amplificati dalla forte reazione emotiva, che porta ad esaltare, gli aspetti psicologici rispetto a quelli sostanziali, in verità rischiano di essere tanto più pesanti quanto meno rapida sarà l’attuazione delle contromisure [inoltre] se ciò avverrà in presenza di una reticenza di fondo a fornire notizie da parte dei vertici aziendali, si accrescerà inevitabilmente il diffondersi di allarmi e di sospetti” (p. 69). A tutti i livelli e da più prospettive di analisi, dunque, emerge la necessità di adottare forme di comunicazione partecipata, formulando messaggi chiari e incisivi e facendo leva sulla credibilità della fonte, possibilmente in un clima di fiducia e tenendo adeguatamente in considerazione l’impatto emotivo della situazione di emergenza, ma anche del messaggio. L’impatto emotivo, infatti, se portato all’estremo può determinare difficoltà di comprensione e azione, riducendo quindi la possibilità di affrontare con successo l’emozione, ma è altrettanto vero che emozioni come la paura o il bisogno di sicurezza sono potentissime leve sia per indurre ad agire, sia per guidare il cambiamento di comportamento, in direzione di azioni maggiormente efficaci e risolutive. In considerazione di questo, le emozioni connesse con fattori di rischio e situazioni di emergenza non vanno negate, arginate o considerate un ostacolo alla comunicazione, alla comprensione o all’azione, al contrario devono essere anticipate, comprese, gestite e utilizzate come strumento di cambiamento.

Considerazioni conclusive

In situazioni di crisi, emergenza o rischio, l'impatto della componente emotiva è sicuramente significativo. I meccanismi che sottendono la percezione del rischio e le relative reazioni, infatti, sono ben lontani all'essere razionali o esclusivamente derivate dall'analisi dei dati forniti da fonti esperte. Da più parti emerge l'assoluta rilevanza del clima di fiducia nei confronti degli operatori della comunicazione inerente la portata dell'emergenza e le strategie da adottare per affrontare e risolvere la crisi. Allo stesso modo viene sottolineata l'importanza di processi di comunicazione partecipata e di messaggi dal contenuto chiaro, incisivo e di facile memorizzazione. Tutti questi elementi incidono fortemente sul bisogno di sicurezza che sorge in presenza di una minaccia percepita. In linea con queste considerazioni, nascono le riflessioni sopra riportate sul ruolo e sulle caratteristiche della comunicazione, che debba mirare a creare un rapporto di fiducia, ma anche una competenza di base e linee di azioni condivise. Il fatto stesso di agire sinergicamente in direzione della risoluzione di un problema riduce la percezione di incertezza e di *impasse* in situazione critica. Al netto di quanto precedentemente descritto in termini di prevenzione primaria e secondaria, sembra necessario intervenire per ridurre il senso di impotenza e di insicurezza. Tanto che si ragioni in termini generali, quanto che si vogliano applicare queste considerazioni a specifici contesti di lavoro, sembra di grande attualità e rilevanza quanto affermato da Belluati (2008) rispetto al carattere macro della comunicazione, ma che *mutatis mutandis*, pare applicabile a molteplici contesti, non ultimo quello relativo al bisogno di sicurezza in condizioni di emergenza: "Comunicare sicurezza significa saper fare agenda, ovvero imporre *news*,

promuovere iniziative, dare segnali della presenza delle istituzioni [...]; ma significa anche saper rispondere in maniera tempestiva e convincente alle ondate di crisi. Comunicare sicurezza vuole dire saper parlare a più livelli della società civile, imponendo definizioni di realtà e innescando processi virtuosi di assicurazione. Comunicare sicurezza significa, infine, anche giocare d'anticipo, prevenendo e progettando per il futuro, non aspettando solo che le cose accadano" (p. 18).

Tutto ciò che rischia di aumentare il senso di confusione, insicurezza, imprevedibilità e impotenza andrebbe attentamente calibrato e più possibile evitato; non cadendo nella tendenza opposta di minimizzare la portata del rischio o di inviare messaggi superficialmente rassicuranti non supportati da evidenze empiriche. Come sostiene Pagani (2011): "L'obiettivo della comunicazione del rischio è quello di facilitare lo sviluppo di una corretta informazione dei cittadini nel rispetto dei loro stati d'animo, dei timori e delle preoccupazioni, per consentire una più coerente gestione delle emergenze [...] i fenomeni di entropia comunicativa, infatti, tendono ad amplificare incertezze e timori e ad esasperare stati emotivi e comportamenti" (p. 122). Per quanto datato e, forse, per certi versi scontato, parlando di efficacia comunicativa, non si può non fare riferimento alle quattro massime di Grice (1957): ovvero non fornire informazioni troppo scarse o all'opposto ridondanti (quantità); fornire informazioni vere e basate sulla conoscenza reale (qualità); pertinenti alla questione oggetto della comunicazione (relazione); non ambigue o oscure, quindi chiare (modo). Il contenuto di ciascuna di queste massime rimanda ad uno o più aspetti emersi dall'analisi proposta e tutti riconducibili al rapporto di fiducia tra gli interlocutori e alle modalità con cui il clima di incertezza può essere mitigato, favorendo l'innescarsi di

processi costruttivi di fronteggiamento dell'emergenza e, conseguentemente, del circuito virtuoso di fiducia, auto-efficacia e sensazione di controllo, che contribuiscono significativamente al miglioramento del benessere individuale e di riflesso delle organizzazioni e delle comunità.

Bibliografia

- Ainsworth, M.D.S. (2006). *Modelli di attaccamento e sviluppo della personalità*. Milano, Raffaello Cortina Editore.
- Bandura, A. (1997). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84, pp. 191-215.
- Behavioural Insight Team (23 Febbraio 2020). Covid-19: how do we encourage the right behaviours during an epidemic? <https://www.bi.team/blogs/covid-19-how-do-we-encourage-the-right-behaviours-during-an-epidemic/>
- Belluati, M. (2004). *L'in/sicurezza nei quartieri. Media, territorio e percezioni di insicurezza*. Franco Angeli, Milano.
- Belluati, M. (2008). *Quando non è possibile non comunicare. I media e la costruzione del discorso pubblico sulla sicurezza*. In *Comunicare sicurezza. Riflessioni e proposte per una comunicazione sociale sul tema*. I Quaderni C!vivo. Torino.
- Brug J., Aro A.R., & Richardus, J.H. (2009). Risk perception and behavior: towards pandemic control of emerging infectious diseases. *International Journal of Behavioural Medicine*, 16(1), pp. 3-6.
- Carra, L. (2014). Comunicare il rischio in condizioni di incertezza e conflitto sociale. *Ambiente Rischio Comunicazione*, 8, pp. 16-21.
- Cerese, A. (2017), *Rischio e comunicazione: Teorie, modelli, problemi*. EGEA, Milano.
- Chartier, J. & Gabler, S. (2001). *Risk communication and government. Theory and Application for the Canadian Food Inspection Agency*. Canadian Food Inspection Agency Public and Regulatory Affairs Branch. Online: www.inspection.gc.ca/english/corppaffr/publications/riscomm/riscomme.shtml
- Ciacia, C. (2012). *Gestione dello stress organizzativo*. In F.P Arcuri, S. Caciolli S. (a cura di). *Gestione del personale, qualità della vita di lavoro e stress lavoro-correlato*. Rapporti ISTISAN, 12/19, pp. 1-10.
- Covello, V.T. (1992). Risk communication: An emerging area of health communication research. *Annals of the International Communication Association*, 15(1), pp. 359-373.
- Covello, V.T. (2010). *Strategies for overcoming challenges to effective risk communication*. In R.L. Heath, H.D. O'Hair (a cura di), *Handbook of risk and crisis communication*. Abingdon, Routledge, pp. 143-167.
- De Marchi, B., Pellizzoni, L., & Ungaro, D. (2001). *Il rischio ambientale*. Il Mulino, Bologna.
- De Mai, B. & Possenti, V. (2011). *Cianobatteri nelle acque destinate al consumo umano: Analisi dei dati, gestione del rischio, principi, criteri e metodi di comunicazione del rischio*. Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e

- Promozione della Salute. Bari, 6-7/12/2011.
- Fishhoff, B. (2012). Communicating uncertainty: fulfilling the duty to inform. *Issues in Science and Technology*, 28, pp. 63-70.
- Fishhoff, B. (2020). *Speaking of Psychology: Coronavirus Anxiety*. American Psychological Association. <https://www.apa.org/research/action/speaking-of-psychology/coronavirus-anxiety>
- Frudà, L. (1997). La gestione della comunicazione in situazioni di crisi e di emergenza di massa. *Instrumenta*, 3, pp. 951-964.
- Giusti, A., Perra, A., Raschetti, R., Maggini, M., & Salmaso S. (2011). *Nuovi approcci alla formazione in salute pubblica: dall'apprendimento individuale alla Comunità di Pratica (CoP)*. Poster. XII Conferenza Nazionale di Sanità Pubblica. La Sanità pubblica tra globalizzazione, nuove esigenze di salute e sostenibilità economica: la sfida dell'integrazione. Roma 12-15 ottobre 2011.
- Grice, P. (1957). *Logic and conversation*. In P. Cole (a cura di) *Syntax and semantics 3: Speech acts*, pp. 41-58. Academic Press, New York
- Holmes, E.E., O'Connor, R.C., Perry, V.H., Tracey I., & Wessely S. (2020). Multidisciplinary research priorities for the COVID-19 pandemic: a call for action for mental health science. *Lancet Psychiatry*, 7, pp. 547-560.
- Klopprogge P., van der Sluijs J., & Wardekker A. (2007). *Uncertainty communication: issues and good practice*. Rapporto MPN, Copernicus Institute for Sustainable Development and Innovation, Utrecht University. <https://edepot.wur.nl/62349>
- Lalonde, M. (1974). *A new perspective on the health of Canadians*, Government of Canada: Ottawa.
- Morini, G. & Murtas B. (a cura di) (2011). *La percezione del rischio. Metodologia e casi di studio*. In *Quaderni di Monitor*, 5, Regione Emilia Romagna.
- Moscovici, S. (1984). *Il fenomeno delle rappresentazioni sociali*. In R. Farr e S. Moscovici (a cura di) *Rappresentazioni sociali*. Trad.it. 1989, Il Mulino, Bologna, pp. 23-94.
- Pagano, U. (2001). La comunicazione in situazioni di rischio. *Quaderno di Sociologia*, 25, pp. 109-124.
- Rogers, R.W. (1983). *Cognitive and physiological processes in fear appeals and attitude change: a revised theory of protection motivation*. New York, Guilford.
- Rubin, G.J., Amlot R., Page L. & Wessely S. (2009). Public perceptions, anxiety, and behavior change in relation to the swine flu outbreak: cross sectional telephone survey. *British Medical Journal*, 335-2651.
- Savadori, L. (2007). *Comunicare i rischi e i pericoli*. In R. Rumiati e L. Lotto (a cura di), *Introduzione alla psicologia della comunicazione*, Il Mulino, Bologna, pp. 221-239.
- Sbattella, F. (2009). *Manuale di psicologia dell'emergenza*. Franco Angeli, Milano.
- Scattoni, M.L., Fulceri, F., D'Ancona, F.P., Bertinato, L., Calamandrei, G., Costantino, A., Zuddas, A., de Girolamo, G., Di Giannantonio, M., Lazzari, D., & Starace, F. (2020). *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 22/2020.
Istituto Superiore di Sanità.

- Sciarelli, S. (2002). Comunicazione e gestione della crisi. *Sinergie*, 20(59), pp. 63-75.
- Van der Bles, A.M., van der Linden, S., Freeman, A.L.J., Mitchell, J., Galvao, A.B., Zaval, L., & Spiegelhalter, D.J. (2019). *Communicating uncertainty about facts, numbers and science.* *Royal Society Opens Science*, 6, pp. 1818-70.
- Wynne, R., De Broeck, V., Vandebroek, K., Stavroula, L., Jain, A., Houtman, I., McDaid, D., & Park, A. (2014). Promuovere la salute mentale sul luogo di lavoro. Guida per l'attuazione di un approccio globale. *Commissione Europea. Occupazione, Affari Sociali e Inclusione.* <https://op.europa.eu/it/publication-detail/-/publication/c1358474-20f0-11e8-ac73-01aa75ed71a1/language-it>

EPDS: UNO STRUMENTO PER LO SCREENING DELLA DEPRESSIONE PERINATALE

di **Lia Corrieri**

Nel film di Sofia Coppola “*Lost in Translation*” (2003), il personaggio interpretato da Bill Murray afferma “Nel momento in cui ti nasce un figlio, la tua vita, così come la conosci, non esiste più!”, sottolineando così quanto sia delicato il passaggio verso la genitorialità.

Il periodo perinatale, che dalla gravidanza si estende fino al primo anno di vita del bambino (Monti, Dellabertola & Neri, 2014), rappresenta una transizione (Molgora, Saita & Fenaroli 2010), che si accompagna a molti cambiamenti differenti, da quelli neuropsicologici (Innamorati, Sarracino & Dazzi, 2008) a quelli sistemici e relazionali (Scabini & Cigoli, 2012). Alla luce di ciò, non stupisce che questo momento di vita possa essere vissuto dalle donne come critico e, in alcuni casi, associarsi a manifestazioni sintomatologiche, alcune delle quali clinicamente importanti (Giardinelli, Cecchi & Innocenti, 2008).

Si stima che il 10–20% delle donne soffra di un disturbo psichico nel periodo perinatale (Gavin, Bradley, Lohr *et al.* 2005; Lee, Lam, Sze Mun Lau *et al.*, 2007; NICE Guideline, 2021; El-Den, O’Reilly & Chen, 2015) ed è stato notato che tra le manifestazioni più frequenti figurano i disturbi dell’umore e quelli d’ansia

(Brockington, McDonald & Wainscott, 2006; Vesga-Lopez, Blanco, Keyes *et al.*, 2008; NICE Guideline, 2021; O’Hara, Wisner, Aher *et al.*, 2014); in particolare la depressione perinatale sembra affliggere il 10-15% delle donne in tutto il mondo (El-Den, O’Reilly & Chen, 2015).

I disturbi depressivi sono dei quadri caratterizzati principalmente da una profonda tristezza e da anedonia, ovvero una difficoltà a provare piacere e/o interesse per le attività solitamente gratificanti (Kring, Davison, Neale *et al.*, 2008). Nel contesto clinico la sintomatologia depressiva si manifesta mediante sintomi somatici, emotivi, cognitivi e comportamentali che possono presentarsi anche nelle gestanti e nelle neomadri (Grussu & Bramante, 2016).

La quarta edizione rivista del *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV-TR)* dell’*American Psychiatric Association (APA)* e la decima edizione dell’*International Classification of Diseases (ICD-10)* della *World Health Organization (WHO)* considerano la sola manifestazione postnatale (APA, 2000; WHO, 2016), mentre l’ultima edizione del *DSM (DSM-5)*, riconosce la depressione perinatale pur non concepandola come una categoria diagnostica autonoma ma bensì come un sottotipo del quadro depressivo (APA, 2013; Cicchiello, 2017).

La depressione è quindi una delle complicazioni più comuni nel periodo perinatale, tanto da essere presa in considerazione anche dai principali

sistemi di classificazione nosografica, ma nonostante ciò continua ad essere spesso sottodiagnosticata, comportando vari problemi a diversi livelli, biologici-psicologici-sociali (Milgrom & Negri, 2003; Quatraro & Grussu, 2018). Appare quindi evidente come nella pratica clinica divenga sempre più importante l'implementazione di un valido *assessment* e soprattutto, in un'ottica preventiva, di uno *screening*, che si basi sulla scelta ponderata degli strumenti da adottare (Quatraro & Grussu, 2018).

Tra gli strumenti più noti nell'ambito della salute mentale perinatale figura l'*Edinburgh Postnatal Depression Scale* (EPDS; Cox, Holden & Sagovsky, 1987), ideato dal gruppo di ricerca di John Cox (Cox & Holden, 2003). Il lavoro di Cox e collaboratori è stato fortemente influenzato dall'opera di Brice Pitt, medico psichiatra che alla fine degli anni '60 riscontrò la presenza nel *postpartum* di una sintomatologia depressiva "atipica" in un campione di madri inglesi, alle quali era stato somministrato un questionario self-report (Cox & Holden, 2003). Influenzati da Pitt, Cox e collaboratori hanno sviluppato l'EPDS con lo scopo di fornire un mezzo di indagine quantitativa per la depressione *postpartum* arginando così il rischio di possibili errori metodologici, come l'uso improprio della *Beck Depression Inventory* (BDI; Beck *et al.*, 1961) in una popolazione specifica come quella delle neomadri (Cox, 2019). Il questionario, utilizzabile sia dagli operatori sanitari delle cure primarie che dagli specialisti delle cure

secondarie (Cox & Holden, 2003), non è concepito né come una checklist sintomatologica (Cox, 2019) né come uno strumento diagnostico bensì come un mezzo di *screening* (Cox & Holden, 2003; Cox, 2019). Lo strumento permette quindi di rilevare nella popolazione una sintomatologia depressiva e di prevenire così l'evoluzione del quadro in un disturbo psicopatologico conclamato (Cox & Holden, 2003; Cox, 2019).

Da un punto di vista strutturale l'EPDS è un questionario self-report costituito da 10 item su scala Likert (Cox & Holden, 2003), alcuni dei quali ereditati da strumenti preesistenti come la *State of Anxiety and Depression self-report scale* (SAD; Bedford e Foulds, 1978; Cox & Holden, 2003). Contrariamente all'ipotesi unidimensionale di Cox e colleghi, successive analisi fattoriali hanno evidenziato che alcuni item si associano a una dimensione ansiosa piuttosto che depressiva (Phillips *et al.*, 2009), il che permette di ipotizzare un possibile uso dello strumento anche nella rilevazione della suddetta sintomatologia (Phillips *et al.*, 2009; Matthey *et al.*, 2013;). Sebbene la dimensionalità del questionario sia ancora oggetto di discussione, le ripercussioni nella pratica clinica potrebbero essere limitate dato che, nella fase iniziale di *screening*, non è prioritario distinguere il quadro depressivo da quello ansioso (Matthey *et al.*, 2013).

Un acceso dibattito ruota anche attorno ai *cut-off* poiché non sembra esserci un valore univoco al quale fare riferimento, questo perché probabilmente non

esiste un punteggio soglia che possa definirsi universale (Kozinsky & Dudas, 2015; Cox, 2017). La scelta del *cut-off* ottimale poggia su diversi criteri: la cultura e la lingua degli esaminati (Gibson *et al.*, 2009), l'età dei soggetti (Venkatesh *et al.*, 2017), la sintomatologia di interesse (Gibson *et al.*, 2009), il rischio di imbattersi in falsi positivi o falsi negativi (Gibson *et al.*, 2009), l'utilizzo di altri strumenti oltre all'*EPDS* (Kozinsky & Dudas, 2015). Cox ha recentemente affermato che la scelta del *cut-off* dovrebbe basarsi sul contesto linguistico-culturale degli esaminati, sul target, sugli obiettivi che il professionista si pone e sulle caratteristiche psicometriche associate, con particolare attenzione alla sensibilità, alla specificità e al valore predittivo positivo (Cox, 2017).

L'*EPDS* è stato validato anche per un utilizzo in epoca gestazionale, (Murray e Cox, 1990), necessità dettata sia dall'elevata frequenza di disforia in gravidanza che dal bisogno di predire, abbastanza attendibilmente, problematiche nel *postpartum* (Cox e Holden, 2003; Venkatesh *et al.*, 2017). In epoca gestazionale è comunemente consigliato avvalersi di un *cut-off* più elevato associato ad una sensibilità del 56%, una specificità del 98% e un valore predittivo positivo dell'83% (Quatraro & Grussu, 2018), tuttavia la scelta della soglia potrebbe esser influenzata anche dal trimestre di gravidanza durante il quale lo strumento viene somministrato (Su *et al.*, 2007).

Per quanto concerne il contesto italiano, il primo adattamento del

questionario venne condotto in Sardegna da Carpiniello e colleghi nel 1997 su di un piccolo campione di donne, tra la quarta e la sesta settimana *postpartum* (Carpiniello *et al.*, 1997). Due anni dopo, Benvenuti e collaboratori proposero un secondo adattamento su di un campione più ampio di donne residenti a Firenze, tra l'ottava e la dodicesima settimana *postpartum*, riscontrando una soddisfacente consistenza interna (α di Cronbach pari a .79) e per un *cut-off* più basso, consigliabile in fase di screening, una sensibilità dell'83%, una specificità pari all'89.5% e un valore predittivo positivo del 60% (Benvenuti *et al.*, 1999).

Sebbene lo strumento sia attualmente molto utilizzato esso non è esente da critiche, a partire dalla variabilità dei *cut-off* e delle caratteristiche psicometriche ad essi associate, problematiche che potrebbero esser imputabili alla validità di contenuto influenzata dal contesto anglosassone nel quale lo strumento è nato (Gibson *et al.*, 2009). Cox stesso sottolinea la necessità di adottare un approccio transculturale che, nella pratica, dovrebbe riflettersi anche nella qualità dell'adattamento dello strumento ai vari contesti culturali e linguistici (Cox, 2017). Beck ha, inoltre, evidenziato come la *Post-partum Depression Screening Scale (PDSS)* (Beck & Gable, 2001), un più recente questionario nato da ricerche qualitative, sembri offrire una miglior combinazione tra sensibilità (91%) e specificità (72%) rispetto all'*EPDS*, dando però per scontato che il costrutto indagato sia lo stesso e senza considerare che il *gap* tra

l'efficienza dei questionari possa riflettere una differenza tra le popolazioni studiate (Cox & Holden, 2003).

A discapito di queste critiche, lo strumento si rivela comunque utile grazie ai suoi pregi, tra i quali: l'accettabilità da parte degli esaminati, la semplicità nella compilazione, il poter essere usato da diversi operatori sanitari, l'assenza di item somatici confondibili con fisiologici cambiamenti indotti dalla gravidanza, la sua utilità in studi controllati randomizzati (RCT) ecc. (Kozinsky & Dudas, 2015; Cox, 2017).

Il futuro sviluppo dell'*EPDS* riguarda, oltre ai già citati studi sulla dimensionalità e sulla qualità degli adattamenti linguistico-culturali, ulteriori validazioni su target sempre più specifici, come le madri ai vari trimestri di gravidanza. Particolarmente interessanti potrebbero rivelarsi le indagini qualitative sul questionario, dato che quelle poche attualmente reperibili hanno evidenziato aspetti importanti come la somministrazione in un *setting* dialettico (Cox & Holden, 2008; Godderis *et al.*, 2009).

Conclusioni:

L'*EPDS* è un breve questionario utilizzabile nelle cure primarie e secondarie a fini di screening per rilevare la sintomatologia (ansioso) depressiva e prevenire la psicopatologia perinatale nelle donne.

Prima di una sua somministrazione però l'operatore dovrebbe riflettere su alcuni aspetti:

1. Qual è il modello di riferimento degli Autori che hanno sviluppato lo strumento?

La costruzione dell'*EPDS* ha implicato l'utilizzo di strumenti psichiatrici come la *Standardised Psychiatric Interview (SPI; Goldenberg et al., 1970)* e i *Research Diagnostic Criteria (RDC)* per la depressione, il che potrebbe far pensare ad una predilezione degli Autori per un modello prettamente biomedico (Cox, Holden & Sagovsky, 1987). Cox, tuttavia, si è occupato anche di studi sociali e transculturali e ha sempre considerato, in un'ottica biopsicosociale, molteplici fattori, anche psicologici (soprattutto psicodinamici), nell'eziologia della depressione postnatale, come le relazioni con gli oggetti d'amore primari (Cox & Holden, 2003; Cox, 2017). Nel corso di un successivo *assessment*, potrebbe quindi essere utile, integrare le informazioni raccolte in fase di *screening* con l'*EPDS* con dati importanti sia per la formulazione di un'eventuale diagnosi nosografica che funzionale, come la qualità delle relazioni interpersonali soprattutto familiari (Cox, 2017).

2. In quale contesto storico-culturale è stato sviluppato lo strumento?

L'*EPDS* è uno strumento nato in Scozia alla fine degli anni '80 e propone un concetto di "depressione" influenzato dalla prospettiva occidentale dominante, il che rende il lavoro di adattamento linguistico-culturale particolarmente rilevante (Gibson *et al.*, 2009; Cox, 2017). L'operatore dovrebbe quindi indagare in letteratura

la presenza di buone caratteristiche psicometriche (in particolare sensibilità, specificità e valore predittivo positivo) che suggeriscano un'effettiva utilità del questionario nel contesto linguistico-culturale di interesse (Cox, 2017).

3. Come scegliere i cut-off migliori?

Prima di interpretare i risultati ottenuti l'operatore dovrebbe ricercare in letteratura i *cut-off* ottimali da adottare, considerando: il contesto linguistico-culturale, il target di riferimento, le caratteristiche psicometriche associate e l'obiettivo del lavoro (Cox, 2019).

4. E' opportuno integrare i risultati allo strumento con altre informazioni?

È consigliabile, anche in fase di *screening*, evitare l'uso esclusivo dell'*EPDS*, avvalendosi anche di altri strumenti (es. colloqui e/o interviste) proposti da personale competente, così da individuare possibili fattori di rischio per la psicopatologia e limitare i falsi negativi (Venkatesh et al. 2017; Cox, 2019).

5. Il fatto che l'*EPDS* sia uno strumento di screening significa che lo si può utilizzare solo in questa sede?

L'*EPDS* è uno strumento di *screening*, ciò significa che il risultato ottenuto deve essere considerato con cautela e non è di per sé un'indicazione sufficiente sulla quale basare un esito diagnostico. Questo non significa però escludere automaticamente lo strumento da una valutazione psicodiagnostica. L'*EPDS* può, ad

esempio, essere concepito come uno strumento di valutazione dell'intervento oppure come un utile punto di partenza per discutere con il cliente le risposte offerte, integrandole con la sua storia personale, in un'ottica dialettica (Cox & Holden, 2003; Cox, 2017).

Bibliografia:

American Psychiatric Association (2000). *DSM-IV-TR. Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Washington (DC) (trad. it. DSM-IV-TR. Manuale Diagnostico e statistico e statico dei disturbi mentali, Elsevier, Milano, 2002).

American Psychiatric Association (2013). *DSM-5. Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Washington (DC) (trad.it. DSM-5. Manuale Diagnostico e statistico e statico dei disturbi mentali, Raffaello Cortina Editore, Milano, 2014).

Benvenuti, P., Ferrara, M., Niccolai, C., Valoriani, V., & Cox, J. L. (1999). The Edinburgh Postnatal Depression Scale: validation for an Italian sample. *Journal of Affective Disorders*, 53, 137-141.

Brockington, I. F., McDonald, E., & Wainscott, G. (2006). Anxiety,

obsession and morbid preoccupation in pregnancy and the puerperium. *Archives of Women's Mental Health*, 9, 253-263.

Carpiniello, B., Pariante, C. M., Serri, F., Osta, G., & Carta, M. G. (1997). Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale in Italy. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, 18, 280-285.

Cicchello, S. (2017). La depressione perinatale materna e paterna. Fattori di rischio, aspetti clinici e possibili interventi. *Cognitivismo clinico*, 14, 22-45.

Cox, J. L., Holden, J. M., & Sagovsky, R. (1987). Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh postnatal depression scale. *British Journal Psychiatry*, 150, 782-786.

Cox, J., & Holden, J. (2003). *Perinatal Mental Health: A guide to the Edinburgh Postnatal Depression scale*. London: The Royal College of Psychiatrists. (trad. It. Maternità e Psicopatologia. Guida all'uso dell'Edinburgh Postnatal Depression Scale, Edizioni Erickson, Trento, 2008).

Cox, J. (2017). Use and misuse of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS): a ten point 'survival analysis'. *Archives of Women's Mental Health*, 20, 789-790.

Cox, J. (2019). Thirty years with the Edinburgh Postnatal Depression Scale: voices from the past and recommendations for the future. *The British Journal of Psychiatry*, 214, 127-129.

El-Den, S., O'Reilly, C. L., & Chen, T. F. (2015). A systematic review on the acceptability of perinatal depression screening. *Journal of Affective Disorders*, 188, 284-303.

Gavin, N. I., Bradley, N. G., Lohr, K. N., Meltzer-Brody, S., Gartlehner, G., & Swinson, T. (2005). Perinatal Depression. A Systematic Review of Prevalence and Incidence. *Obstetrics & Gynecology*, 106 (5), 1071-1083.

Giardinelli, L., Cecchelli, C., & Innocenti, A. (2008). Disturbi psichiatrici in gravidanza. *Journal of Psychopathology-Giornale Italiano di Psicopatologia*, 14, 211-219.

Gibson, J., McKenzie-McHarg, K., Shakespeare, J., Price, J., & Gray, R. (2009). A systematic review of

studies validating the Edinburgh Postnatal Depression Scale in antepartum and postpartum women. *Acta Psychiatrica Scandinava*, 119, 350-364.

Grussu, P., & Bramante, A. (2016). *Manuale di psicopatologia perinatale. Profili psicopatologici e modalità di intervento* (p. 76). Trento: Edizioni Centro Studi Erickson.

Innamorati, M., Sarracino, D., & Dazzi, N. (2008). L'intervista microanalitica nell'esplorazione della costellazione materna. *Infanzia e Adolescenza*, 7 (3), 149–158.

Kozinsky, Z., & Dudas, R. B. (2015). Validation studies of the Edinburgh Postnatal Depression Scale for the antenatal period. *Journal of Affective Disorders*, 176, 95-105.

Kring, A. M., Davison, G. C., Neale, J. M., & Johnson, S. L. (2008). *Psicologia clinica*. Bologna: Zanichelli editore.

Lee, A. M., Lam, S.K., Sze Mun Lau, S. M., Shiu Yin Chong, C., Wai Chui, H., & Yee Tak Fong, D. (2007). Prevalence, Course, and

Risk Factor for Antenatal Anxiety Depression. *Obstetrics & Gynecology*, 110 (5), 1102-1112.

Matthey, S., Fisher, J., & Rowe, H. (2013). Using the Edinburgh Postnatal Depression Scale to screen for anxiety disorders: conceptual and methodological considerations. *Journal of Affective Disorders*, 146, 224-230.

Milgrom, J., Martin, P.R. & Negri, L.M. (2003). *Depressione postnatale: ricerca, prevenzione e strategie di intervento psicologico*. Trento: Erickson.

Molgora, S., Saita, E., & Fenaroli, V. (2010). Genitorialità: dai fattori critici ai percorsi di transizione. *Rivista di Psicologia Clinica*, 2, 200-208.

Monti, F., Dellabartola, S., & Neri, E. (2014). La psicopatologia genitoriale. Ansia e depressione perinatale, In A. Simonelli (Ed.), *La funzione genitoriale. Sviluppo e psicopatologia* (pp. 241-273). Milano: Raffaello Cortina Editore.

Murray, D., & Cox, J. L. (1990). Identifying depression during pregnancy with the Edinburgh Postnatal Depression Scale

(EPDS). *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 8, 99-107.

O'Hara, M. W., Wisner, C. L., Asher, N. & Asher, H. (2014). Perinatal mental illness: Definition, description and aetiology. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology*, 28, 3-12.

Phillips, J., Charles, M., Sharpe, L., & Matthey, S. (2009). Validation of the subscales of the Edinburgh Postnatal Depression Scale in sample of women with unsettled infants. *Journal of Affective Disorders*, 118, 101-112.

Quatraro, R.M., & Grussu, P. (2018). *Psicologia clinica perinatale. Dalla teoria alla pratica*. Trento: Edizioni Centro Studi Erickson.

Scabini, E. & Cigoli, V. (2012). *Alla ricerca del familiare. Il modello relazionale-simbolico*. Milano: Raffaello Cortina Editore.

Su, K.P., Chiu, T.H., Huang, C.L., Ho, M., Lee, C.C., Wu, P.L., Ling, C.Y., Liao, C.H., Liao, C.C., Chiu, W.C. & Pariante C.M. (2007). Different cutoff points for different trimesters? The use of Edinburgh Postnatal Depression Scale and

Beck Depression Inventory to screen for depression in pregnant Taiwanese women. *General Hospital Psychiatry*, 29 (5), 436-441.

Venkatesh, K.K., Kaimal, A.J., Castro, V.M. & Perlis, R. H. (2017). Improving discrimination in antepartum depression screening using the Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Journal of Affective Disorders*, 214, 1-7.

Vesga-Lopez, O., Blanco, C., Keyes, K., Olfson, M., Grant, B. F., Hasin, D. S. (2008). Psychiatric disorders in pregnant and postpartum women in the United States. *Archives of General Psychiatry*, 65 (7), 805-815.

World Health Organization (2016). *International statistical classification of diseases and related health problems: 10th revision (ICD-10)*. Ginevra, WHO Press.

Sitografia:

Cox, J. (2018). *John Cox Edinburgh Postnatal Depression Scale*. Consultato in data Ottobre 30, 2021 da <https://www.youtube.com/watch?v=f8EodvQzdl>

-Fiorino, M., Michielin, P., Piacentini, D., Barbano, G., Cattaneo, M., Carniato, L., Regonesi, M., Pecis, D., Palumbo, G. & Gigantesco, A. *Depressione post partum: prevalenza e fattori associati in donne che hanno partecipato a corsi preparto*. Consultato in data Ottobre 30, 2021 da <https://www.epicentro.iss.it/ben/2014/marzo/1>

-National Institute for Health and Care Excellence (2021). National Institute for Health and Care Excellence Guidelines (NICE). Antenatal care NICE guideline. Consultato in data Ottobre 30, 2021 da <https://www.nice.org.uk/guidance/ng201>

Filmografia:

- Lost in Translation, di Sofia Coppola, USA-Giappone, 2003 (<https://www.mymovies.it/film/2003/lostintranslationlamoretradotto/>)

IL MUTISMO SELETTIVO di *Veronica Sarno*

Il primo autore a parlare del fenomeno del mutismo selettivo sotto il nome di afasia volontaria è stato Kussmaul (1877), raccontando di tre casi di persone che per scelta avevano deciso di non parlare. Lo stesso fenomeno è stato descritto da Tramer (1934) con il nome di mutismo elettivo riferendosi a quei bambini che preferiscono non comunicare più con la voce. Secondo Kristensen (2000) si tratta di una patologia che compare prevalentemente nell'età della latenza e può durare da qualche mese oppure qualche anno. Secondo l'ICD-10 il mutismo elettivo "è caratterizzato da una marcata selettività nel parlare, emozionalmente determinata, per cui il bambino dimostra competenza linguistica in alcune situazioni, ma evita di parlare in altre (ben individuabili). In genere il disturbo è associato con marcate caratteristiche di personalità, comprendenti ansia nei rapporti sociali, chiusura, ipersensibilità, o oppositività." Nel 1994 il disturbo è stato introdotto nel DSM-IV con il nome di mutismo selettivo e nel DSM-V è stato inserito fra i disturbi di ansia, il mutismo selettivo viene indicato dalla presenza dei seguenti criteri:

- A) Costante incapacità di parlare in situazioni sociali specifiche in cui ci si aspetta che si parli (per es., a scuola) nonostante si sia in grado di parlare in altre situazioni;
- B) La condizione interferisce con i risultati scolastici o lavorativi o con la comunicazione sociale;

C) La durata della condizione è di almeno un mese (non limitato al primo mese di scuola);

D) L'incapacità di parlare non è dovuta al fatto che non si conosce, o non si è a proprio agio con, il tipo di linguaggio richiesto dalla situazione sociale;

E) La condizione non è meglio spiegata da un disturbo della comunicazione (per es., disturbo della fluenza con esordio nell'infanzia) e non si manifesta esclusivamente durante il decorso di disturbi dello spettro dell'autismo, schizofrenia o altri disturbi psicotici.

È quindi possibile, in base a questi criteri, ipotizzare che i bambini possano reagire con una manifestazione ansiosa di silenzio in caso di un ambiente minaccioso, che possa rendere un bambino incapace di parlare all'interno dell'ambiente o situazione minacciosa; a confermare questa ipotesi vi sono le indagini effettuate da Kristensen (2001) che ha riscontrato, oltre la presenza del Mutismo Selettivo, anche la presenza di ansia sociale nel 74,1% dei casi, le stesse indagini condotte da Kearney e Vecchio nel 2005 hanno identificato una coesistenza dei due disturbi una consistenza nel 53% dei casi. Black e Uhde (1995), hanno scoperto che fra i parenti di primo grado di questi bambini erano già state presente storie di mutismo selettivo per il 37% ed una storia familiare di fobia sociale del 70%; queste tendenze sono state confermate da Chavira (2007); tuttavia alcuni autori considerano il Mutismo Selettivo come una variante della fobia sociale Black e Uhde (1992), anche se il fatto che la doppia diagnosi non sia presente in tutti i bambini che presentano Mutismo Selettivo fa ritenere che non possa

essere l'ansia la causa del silenzio, ma forse un innesco.

Meyers (1984) invece reputa che la presenza del mutismo selettivo in un bambino sia espressione di un quadro familiare disattivo e disfunzionale.

Yanof (1996) ha ritenuto che il disturbo sia espressione di una conflittualità interna non risolta, mentre Andersson e Thomsen (1998) suggeriscono l'idea che sia un trauma ad attivare il Mutismo Selettivo in accordo con la teoria di McCabe del 1994 che sostiene che il Mutismo Selettivo sia associato con un'immobilità reattiva in presenza di fatti traumatici: si tratta di una reazione di freezing (rimanere congelati), una relazione fra freezing ed alcune emozioni negative è stata riscontrata nei casi di balzuzie. Härtel (1987) ha sostenuto che una situazione che induca paura associata al sentirsi indifesi sia causa negli uomini di un'attivazione vagale e di bradicardia. Il Mutismo Selettivo, secondo D'Ambrosio (2015) è un fenomeno di soglia, ciò indica che è possibile la produzione di parola fino a che l'avversità disturbante possa essere contenuta, quando poi non è più possibile contenere quest'ultima, allora il SNA (coinvolto nella gestione delle emozioni), provvede ad attivare una risposta di congelamento. A volte la soglia di contenimento dell'avversità può essere innescata da una molto piccola perturbazione altre volte invece si tratta di palesi shock, la fonazione può tornare con le stesse modalità. Porges (1995) ha parlato di una teoria polivagale che descrive un modello gerarchico composto da tre circuiti neurali che regolano l'attività del sistema nervoso autonomo, le risposte emesse dal

sistema nervoso seguono un ordine gerarchico, secondo il quale le prime risposte adattative seguono i gradini più recenti del percorso evolutivo, ma quando questi non funzionano, allora la risposta adattiva si rifà a schemi antecedenti sino a fornire, per ogni volta che la risposta adattiva più recente non abbia funzionato, una risposta sempre più primitiva. Porges ha individuato circuiti specifici del SNA che si occupano degli schemi di base e dei comportamenti adattivi. Si tratta di: ingaggio sociale, collegato ai circuiti del vago mielinico; mobilitazione (come attacco-fuga), collegato ai circuiti simpatico-adrenergico; immobilizzazione (congelamento, finta morte, svenimento) collegato ai circuiti del vago amielinico. La comunicazione proveniente dagli altri a livello sociale è connessa alla regolazione corticale di nuclei midollari mediante percorsi cortico-bulbari. Il sistema di ingaggio sociale è costituito da un componente somato-motoria (speciali percorsi efferenti viscerali che regolano i muscoli striati del viso e della testa) e una componente viscero-motoria (cioè, il vago mielinico che regola il cuore e bronchi.

Il sistema di ingaggio sociale viene attivato quando la persona percepisce l'ambiente sociale sicuro, viene favorita così la regolazione dei muscoli striati del viso e degli organi viscerali, si tratta di un circuito che induce tranquillità, in corrispondenza di un'azione parasimpatica sul cuore e contemporanea inibizione dell'attivazione simpatica e che favorisce l'ascolto della voce umana, in quanto gestisce la tensione dei muscoli dell'orecchio medio, modulandola proprio sulla percezione

delle frequenze della voce umana, ed inoltre favorisce la fonazione mediante le innervazioni muscolari della laringe. Questo fa pensare che nei casi di Mutismo Selettivo il sistema di ingaggio sociale sia risultato inefficace e disadattivo (D'Ambrosio, 2015). Tale inefficacia del primo sistema gerarchico attiva lotta /fuga o congelamento. Se si riesce ad inserire nell'ambiente delle rassicurazioni sociali, si può tenere un avvio dell'ingaggio sociale, spostando verso l'alto la soglia in cui inizia il congelamento (D'Ambrosio, 2002).

Una mamma racconta il caso di Mutismo Selettivo di sua figlia:

“G. è sempre stata una bambina molto riservata. Non le è mai piaciuto essere al centro dell'attenzione; al parco, al supermercato non dava confidenza alle persone che la salutavano o le domandavano come ti chiami? Lei non rispondeva mai. Abbiamo sempre attribuito questi comportamenti alla timidezza, pensando che la cosa sarebbe si sarebbe risolta da sola. Fin dal suo secondo compleanno, al momento della torta non ha mai voluto applausi, canzoncine, fotografie o complimenti. Quando accadeva che qualcuno accennasse un applauso, lei scoppiava a piangere; per noi era una reazione inspiegabile, ma pensavamo che sarebbe passata con il tempo. Invece, notai che crescendo G. si tratteneva, non era spontanea nel dire o fare le cose; era come se filtrasse le frasi da dire in base alla reazione che avrebbero potuto provocare negli altri – una risata, un commento... Arrivò il tempo della scuola dell'infanzia: sapevamo che l'inserimento non sarebbe stato semplice. G. è stata

sempre molto attaccata a me, ma iniziò, più o meno volentieri, a frequentare la scuola. Da principio non pensavo che a scuola non riuscisse a parlare. Sapevo che non era tra le bambine più loquaci, ma non credevo che fosse completamente silenziosa. Appena tornata a casa, mi faceva il resoconto dettagliato di quanto era successo durante la mattina, dall'abbigliamento della maestra alle attività svolte. Dopo qualche mese, però, mi accorsi che quando la andavo a prendere, fino a quando non eravamo in macchina – e quindi lontano dalla scuola – evitava di rispondere alle mie domande. A una riunione chiesi alle maestre come era il comportamento di G., e mi confermarono quanto sospettavo: G. trascorrevva tutto il tempo senza dire una parola. Sarà la timidezza – ci dicemmo – crescendo passerà... Arrivammo così al secondo anno di scuola dell'infanzia; durante l'estate cercammo di convincerla a parlare a scuola, promettendole regali. Tutti i nostri tentativi fallirono: G. non riusciva a parlare. Non che non lo volesse, ma questo io non lo avevo ancora capito. Poco prima di Natale, una delle insegnanti mi disse che si era documentata sul comportamento di G. e che poteva trattarsi di mutismo selettivo. Mi consigliò l'acquisto del libro *Comprendere il Mutismo Selettivo* e mi suggerì di consultarmi con qualcuno che ci potesse aiutare. Completamente ignari di cosa fosse il MS, io e mio marito facemmo qualche ricerca su internet, trovando riscontro nel comportamento di G. Chiamai una conoscente, psicologa, spiegandole la situazione ma lei, sicuramente in buona fede, mi disse che la bambina era ancora piccola, di darle

tempo. Scegliemmo di aspettare. Io però guardavo G. in maniera diversa, la tenevo d'occhio ancora di più, e mi rendevo conto che non poteva trattarsi di timidezza, c'era qualcos'altro... Se incontravamo un compagno al parco o comunque al di fuori della scuola, diventava silenziosa anche con noi. Non avendo capito fino in fondo che G. non riusciva a parlare, spesso la forzavo, ma lei non ce la faceva proprio. Si concluse così un altro anno di scuola dell'infanzia. Durante l'estate, altra lunga preparazione per convincerla a parlare. L'inizio del nuovo anno scolastico non portò grandi risvolti; anzi, G. soffriva per la sua condizione: non mangiava, a casa mi raccontava piangendo che avrebbe voluto parlare ma non ce la faceva. Allora, supportati dalle insegnanti, decidemmo di iniziare un percorso di psicoterapia. Il nostro pediatra ci indirizzò a una dottoressa della nostra zona, e iniziammo le sedute settimanali, in cui G. raccontava alla dottoressa – con cui ha sempre parlato – le sue avventure scolastiche, senza specificare che a scuola non parlava. Intanto io acquistai il libro di Elisa Shipon-Blum e mi si aprì un mondo! Decidemmo di mettere in atto quanto suggeriva il libro: stare con G. a scuola in orario extra-scolastico, cercare di coinvolgere piano piano prima i compagni, poi le insegnanti. Iniziammo così un percorso fatto di giochi, inizialmente non verbali e poi verbali, utilizzando maschere per coprire la bocca e tante altre strategie, finché G. riuscì a parlare a scuola, in orario extra-scolastico, con la maggior parte dei suoi compagni, e all'orecchio delle amiche in presenza delle maestre. Inoltre, G. parlava con i suoi compagni al

parco. Oltre alla felicità di questi piccoli progressi, una delle cose più importanti che ci ha portato questo percorso è la consapevolezza di ciò che provava lei: finalmente G. si sentiva capita! La dottoressa iniziò un lavoro proficuo con G., ma a maggio decise di terminare la terapia, perché secondo lei G. era pronta per iniziare l'avventura della scuola primaria. Durante l'estate cercammo di preparare G. all'inizio della scuola; le dicevamo che nessuno sapeva che lei non parlava, quindi tutto sarebbe stato più facile. Provavamo a convincerla, e a convincerci, ma senza risultati. Il primo giorno di scuola G. non riuscì a dire il suo nome, e così anche il secondo e quelli successivi. Arrivò lo sconforto, perché non sapevo come aiutarla! Ricontattai la dottoressa, lei mi disse che le insegnanti avrebbero dovuto forzarla, che G. era pronta per parlare. Fissammo un appuntamento, ma io non ero convinta che quella fosse la strada giusta. Io e mio marito cominciammo a cercare su internet contatti di esperti in MS, poi mi ricordai che una delle maestre della scuola dell'infanzia mi aveva parlato dell'associazione Aimuse(1) Contattammo il referente regionale Aimuse, che ci indicò alcuni specialisti esperti in MS della nostra zona. Prendemmo subito un appuntamento con una psicoterapeuta. Per tutto il periodo della scuola primaria, G. non è mai riuscita a parlare in classe, ma grazie al percorso intrapreso ha acquisito una sicurezza che l'ha vista "spiccare il volo" in tanti contesti sociali: festeggiare il compleanno insieme ad amici e parenti con fotografie, canzoncine ed applausi, esprimersi senza timore di essere presa in giro,

parlare con le amiche nel bagno della scuola, recitare nello spettacolo di Natale dell'oratorio, leggere in chiesa nel giorno della Prima Comunione. L'ultimo anno di scuola primaria fu davvero difficile; G. sentiva le sue difficoltà e avvertiva un clima non troppo favorevole con le insegnanti. Continuava il lavoro con la psicoterapeuta, ma eravamo tutti molto scoraggiati. Il pensiero che alle medie si sarebbe portata dietro questo fardello ci preoccupava parecchio. Oggi G. ha quasi 13 anni, frequenta la seconda media e, dal primo giorno di scuola media, è riuscita a parlare! Durante il periodo estivo precedente all'inizio della scuola ero molto sfiduciata, non perché non credessi nelle possibilità di mia figlia, ma proprio perché mi ero resa conto della sua reale difficoltà di parlare a scuola. G. invece, con la fine della scuola primaria, mi ripeteva continuamente *alle medie parlerò*, ed è stato veramente così! In questi anni abbiamo capito che il mutismo selettivo non riguarda solo il non parlare, anche se il silenzio ne è l'aspetto più evidente. G. dentro di sé racchiudeva tante piccole paure che la limitavano nel vivere la quotidianità. Magari non si dava importanza ad altri aspetti e ci si concentrava sul farla parlare a scuola, invece per lei è stato necessario imparare a gestire le paure che si portava dentro. Ci sono tanti aspetti da tenere in considerazione: per prima cosa, per noi genitori è necessario capire il MS, e capire nostro figlio. Sicuramente all'inizio non è semplice, e lo sconforto può arrivare. Credo che il prezioso lavoro che in questi anni ha fatto Aimuse aiuti noi genitori a sentirci meno soli. Un altro aspetto importante è

quello di affidarsi a mani esperte e creare una collaborazione stretta con la scuola. È importantissimo il lavoro che si può fare a scuola, anche se non è sempre facile e scontato! Questa è la nostra esperienza: una storia fatta a volte di errori, a volte di mosse azzeccate; di gioia per i successi raggiunti e sconforto per quelli mancati, con un lieto fine e con un bagaglio arricchito di sensibilità, che ci aiuta a guardare ed ascoltare ciò che ci circonda in maniera diversa.” (2)

Secondo D'Ambrosio (2015), la caratteristica principale del Mutismo Selettivo è l'impossibilità di parlare in situazioni in cui sarebbe invece naturale parlare, costituisce un fenomeno di soglia, generato dall'amigdala e regolato dal sistema nervoso autonomo, che si collega ad una risposta primitiva di congelamento (meccanismo di freezing a soglia bassa) che si associa a paura ed ansia, e nella specie umana va a colpire soprattutto quella capacità che ha maggiore rilevanza per la comunicazione umana, la fonazione. Viana (2009) ritiene che sia efficace nel trattamento del disturbo del Mutismo Selettivo una terapia cognitivo-comportamentale, in quanto consente una progressiva esposizione ed adattamento a diverse situazioni sociali, consentendo in questa maniera di andare a spostare sempre più in alto il meccanismo di freezing a soglia bassa.

D'Ambrosio (2014) sostiene che il Mutismo Selettivo possa essere trattato mediante tecniche di regolazione dell'attività autonoma con tecniche di biofeedback, così come già avviene per disturbi del linguaggio connessi all'ansia.

Ci sono diverse tecniche e modelli per affrontare un Mutismo Selettivo, ecco un modello alternativo a quelli sinora analizzati.

La psicologa Micaela Capobianco racconta il caso di una bambina affetta da MS in "Quando è difficile parlare: il caso di una bambina gemella di 10 anni affetta da Mutismo Selettivo"(3) "G. è una bambina di 10 anni a cui è stata effettuata di recente la diagnosi di Mutismo Selettivo presso un servizio pubblico di Neuropsichiatria Infantile di Roma. G. vive con i genitori naturali, ha una gemella monovulare (G2) che presenta lo stesso problema di mutismo e una sorella più piccola di 5.6 aa che, da quanto riferiscono i genitori, non sembra aver avuto mai alcun problema. Quando ha iniziato a frequentare il servizio G. ha appena terminato la IV elementare; abita con i genitori e le sorelle in una casa di campagna, lontana dal centro abitato. La madre è particolarmente allarmata e preoccupata, sotto pressione anche delle insegnanti, è lei a richiedere una consulenza presso un servizio specializzato dato che, nonostante sia stata seguita per diversi anni (insieme alla sorella gemella) presso la ASL di appartenenza, la bambina non ha mai ricevuto una diagnosi chiara e definitiva e nel tempo non è migliorata. Negli ultimi due anni, infatti, il mutismo e i comportamenti problematici della bambina sono peggiorati e influenzano sensibilmente le modalità di valutazione e gli apprendimenti in ambito scolastico. La mamma vorrebbe sapere come comportarsi al meglio con la bambina e, soprattutto come aiutare anche le

insegnanti a gestire a scuola l'interazione con la bambina.

I primi incontri con G. hanno avuto il primario obiettivo di creare una relazione di fiducia con la bambina, cercando di creare con lei uno spazio sereno, in cui accogliere il suo disagio, ove lei potesse esprimersi liberamente. Ho cercato di interagire con lei senza mostrare una particolare attenzione all'aspetto verbale, ma facendole capire che potevamo utilizzare altri canali di comunicazione come la gestualità, il disegno, il gioco, la mimica (Bissoli 2007). I primi incontri, inoltre, sono stati necessari anche per spiegare a G. il motivo di questi incontri e le attività che avrebbe svolto con me. Si mostra molto collaborativa e interessata quando le chiedo di fare un disegno, ma se si accorge che la sto guardando smette di disegnare oppure copre il disegno con la mano. A volte si alza e si mette a sistemare freneticamente i giochi, quasi per spostare l'attenzione da un'altra parte. Invento alcune attività ludiche con delle bambole simulando che le bambole facciano diversi disegni, parlino tra loro. La bambina si è mostrata subito divertita dal gioco, ridendo, e, dopo diverse sollecitazioni in cui ho finto di parlare con le bambole, G. ha iniziato ad avvicinarsi all'orecchio di una bambola e a dire una frase, senza farmi capire cosa le dicesse, e a far fare alla bambola l'azione appena pronunciata all'orecchio. Questa modalità ludica ha funzionato molto bene inizialmente con G. come mediatore della comunicazione tra me e la bambina. (È stato importante) promuovere e sollecitare l'attribuzione, l'espressione, la descrizione e la riflessione delle emozioni: richiedendo

più volte a G. durante la simulazione di eventi (gioco e disegni) di indicare l'emozione che secondo lei provava il personaggio in quel momento (indicando le facce, ognuna delle quali rappresentava una specifica emozione, o scrivendo). La mamma è più serena perché negli ultimi mesi G. sembra molto cambiata a detta delle insegnanti. Parla con l'insegnante di sostegno, si isola di meno, partecipa di più a scuola, durante la ricreazione parla con tutti i compagni e balbetta molto di meno mentre parla." (4) Vi sono differenti modi di approcciarsi ad un disturbo di mutismo selettivo e diverse tipologie di cura, così come è stato analizzato poc'anzi; anche se possa apparire più difficoltoso seguire questo tipo di disturbo, in quanto la comunicazione classica è venuta meno.

BIBLIOGRAFIA

American Psychiatric Association (1994). DSM IV Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition. APA, Washington. In italiano: DSM IV Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali. Masson, Milano (1996).

American Psychiatric Association (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, DSM-5™. American Psychiatric Publishing, Arlington, VA. In italiano: DSM 5™ Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali. Raffaello Cortina Editore, Milano (2014).

Andersson, C. B., & Thomsen, P. H. (1998). Electively mute children: An analysis of 37 Danish cases. *Nordic Journal of Psychiatry*, 52, 231–238.

Bissoli C (2007). Il mutismo selettivo. In: Lorenza Isola e Francesco Mancini (a cura di). *Psicoterapia cognitiva dell'infanzia dell'adolescenza*. Franco Angeli, Milano.

Black, B., Uhde, T. W. (1992). Elective mutism as a variant of social phobia. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 31, 1090–1094.

Black, B., Uhde, T. W. (1995). Psychiatric characteristics of children with selective mutism: A pilot study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 34, 847–856.

Capobianco M., "Quando è difficile parlare: il caso di una bambina gemella di 10 anni affetta da Mutismo Selettivo", Università Sapienza, Cognitivismo clinico (2010) 7, 1 3-19.

Chavira, D. A., Shipon-Blum, E., Hitchcock, C., Cohan, S., & Stein, M. B. (2007). Selective mutism and social anxiety disorder: All in the family? *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 46, 1464–1472.

Chavira, D. A., Stein, M. B., Bailey, K., & Stein, M. T. (2004). Child anxiety in primary care: Prevalent but untreated. *Depression and anxiety*, 20, 155–164.

- Cohan, S. L., Chavira, D. A., & Stein, M. B. (2006). Practitioner review: Psychosocial interventions for children with selective mutism: A critical evaluation of the literature from 1990–2005. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47, 1085–1097.
- D'Ambrosio M., Coletti B (2002) L'intervento cognitivo-comportamentale nel trattamento del mutismo selettivo. *I care*, 27:3, 97-103.
- D'Ambrosio M., Alle origini del mutismo selettivo: un'ipotesi di disfunzione autonoma, *I care* n. 40(4) pag. 137-144, 2015
- Härtel, G. (1987). Psychological factors in cardiac arrhythmias. *Annals of Clinical Research*, 19, 104–109.
- Kristensen, H. (2000). Selective mutism and comorbidity with developmental disorder/ delay, anxiety disorder, and elimination disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 39, 249–256.
- Kristensen, H. (2001). Multiple informants report of emotional and behavioural problems in a nation-wide sample of selective mute children and controls. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 10, 135–142.
- Kusmaul, A. (1877). *Die Störungen der Sprache* (1st ed.) [Disturbances in linguistic function]. Basel, Switzerland: Benno Schwabe.
- Leonard, H. L., & Topol, D. A. (1993). Elective mutism. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 2, 695–707.
- Porges, S. W. (1995). Orienting in a defensive world: Mammalian modifications of our evolutionary heritage. A polyvagal theory. *Psychophysiology*, 32, 301–318.
- Porges, S. W. (2007). The polyvagal perspective. *Biological Psychology*, 74(2), 116–143.
- Seligman, M. E., Maier, S. F., Geer, J. H. (1968). Alleviation of learned helplessness in the dog *Journal of Abnormal Psychology*, 73(3), 256-262.
- Vecchio, J. L., & Kearney, C. A. (2005). Selective mutism in children: Comparison to youths with and without anxiety disorders. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 27, 31–37.
- Viana, G. B., Beidel, D. C., Rabian, B. (2009). Selective mutism: A review and integration of the last 15 years. *Clinical Psychology Review*, 29 (2009) 57–67.
- World Health Organization. (1994). *Pocket Guide to the ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders*. In It. Guida tascabile I.C.D. - 10 Classificazione delle sindromi e dei disturbi psichici e comportamentali Ed. Masson Milano (1996). (a cura di Kemali, D., Maj, M., Catapano, F., Giordano, G., Saccà, C.).
- World Health Organization, Ministero della sanità (2000). *ICD-10: classificazione statistica internazionale delle malattie e dei problemi sanitari*

correlati:10^a revisione. 3 volumi, Istituto poligrafico e Zecca dello Stato, Roma.

Selettivo”, Università Sapienza, Cognitivismo clinico (2010) 7, 1 3-19.

Yanof, J. A. (1996). Language, communication, and transference in child analysis: I. Selective mutism: the medium is the message; II. Is child analysis really analysis? *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 44, 79–116.

<https://aimuse.it/2021/01/una-mamma-racconta/>

NOTE

1) Associazione Italiana Mutismo Selettivo nasce a Torino nel giugno 2009 come organizzazione di volontariato, per iniziativa di un gruppo di genitori di bambini affetti da Mutismo Selettivo ed è la prima organizzazione in Italia ad avere come missione primaria quella di diffondere la conoscenza di questo disturbo e di fornire un sostegno alle famiglie che vivono questo disagio. Nel 2019 AIMUSE ha cambiato forma giuridica divenendo Associazione di Promozione sociale, ciò al fine di poter rispondere al meglio alle accresciute esigenze che provengono dalle famiglie, dagli specialisti e dal mondo della scuola. AIMUSE è da sempre un punto di riferimento per gli insegnanti che si ritrovano ad affrontare le problematiche legate al Mutismo Selettivo pertanto molte iniziative informative e formative sono dirette al mondo della scuola. Con la sua attività l'Associazione, inoltre, intende sensibilizzare e stimolare la comunità scientifica e accademica al fine di creare, attraverso il confronto con esperienze straniere, un circuito di professionisti e studiosi in grado di suggerire adeguate terapie d'intervento per la risoluzione del disturbo. L'Associazione ha sede a Milano ma è presente su tutto il territorio nazionale attraverso propri referenti regionali.

Rif. <https://aimuse.it/2021/01/una-mamma-racconta/>

2) <https://aimuse.it/2021/01/una-mamma-racconta/>

3) M.Capobianco, “Quando è difficile parlare: il caso di una bambina gemella di 10 anni affetta da Mutismo Selettivo”, Università Sapienza, Cognitivismo clinico (2010) 7.

4) M.Capobianco, “Quando è difficile parlare: il caso di una bambina gemella di 10 anni affetta da Mutismo

“Autolesionismo in adolescenza”

L'attacco al proprio corpo

di **Cinzia Saponara**

Premessa

Con il termine “autolesionismo” si descrive una condizione comportamentale in cui un soggetto si autoinfligge un danno fisico. Rifacendosi alla definizione di Armando Favazza (1989) l'autolesionismo è “un comportamento ripetitivo, solitamente non letale per severità né intento, diretto volontariamente a ledere parti del proprio corpo, come avviene in attività quali tagliarsi o bruciarsi”. Dunque, non possono essere considerate autolesionistiche in senso stretto le condotte che determinano solo *indirettamente* danni fisici (abbuffate, anoressia, assunzione di sostanze, etc.), mentre possono essere considerate autolesionistiche le condotte che portano comunque a un ferimento volontario, anche se non inquadrabile all'interno di un chiaro contesto di patologia.

I fenomeni di autolesionismo da una prospettiva antropologica ricordano quelle forme di marchiatura del corpo culturalmente riconosciuta, se non addirittura incoraggiata, come i tatuaggi e i piercings, che diventano pratiche di iniziazione o rituali di passaggio e che rappresentano tentativi di riappropriazione del Sé corporeo, segni d'identità che tengono unite al corpo le

differenti parti di Sé (Le Breton, 2003).

Il comportamento autolesionista, infatti, è stato sempre presente nelle sue svariate forme nella storia umana e solo dalla prima metà dell'Ottocento in poi ha iniziato ad attrarre l'attenzione della letteratura medico-scientifica e, dal Novecento, di quella psicoanalitica. Oggi l'autolesionismo è un fenomeno talmente diffuso nei paesi industriali avanzati da costituire una vera e propria emergenza sociale, che riguarda tutta la popolazione, non soltanto quella psichiatrica e, in special modo, la fascia di età giovanile e in particolare le ragazze; nel nostro Paese sono oltre 2 adolescenti su 10, che a partire dagli 11-12 anni di età si **tagliano** (cutting), si **bruciano** con le sigarette (**burning**), si **marchiano a fuoco la pelle** con un laser o un ferro rovente (**branding**), si **grattano fino a farsi uscire il sangue** o si procurano **lividi ed escoriazioni**. Il corpo diventa per loro un mezzo su cui scaricare tutte le emozioni negative, che non si riescono a gestire in altro modo, quel taglio, quella ferita quel dolore crea una sorta di decompressione interna.

Sul piano clinico l'incremento e l'aggravarsi dei comportamenti di autolesività non suicidaria, dall'inglese Nonsuicidal Self-injury (NSSI; Gargiulo et al., 2014), ha spinto la ricerca ad interrogarsi intensamente sul fenomeno considerato storicamente un sintomo di altri disturbi (disturbo borderline di personalità, disturbo da movimenti stereotipati con comportamento autolesivo, tricotillomania, disturbo del controllo degli impulsi non altrimenti specificato).

La definizione di ANS (Autolesività Non Suicidaria) è stata elencata nella versione corrente del [DSM-5](#) (Manuale

Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali, 2013) come sindrome a se nella Sezione III chiamata: "Proposte di nuovi modelli e strumenti di valutazione". Questa categoria di criteri diagnostici non è una diagnosi ufficialmente approvata e non può essere utilizzata per uso clinico, ma è intesa solo a scopo di ricerca.

Il disturbo ANS è definito come: "lesione volontaria autoinflitta senza l'intenzione di suicidarsi. I criteri per la sua identificazione comprendono cinque o più giorni in cui si sono verificati episodi di danno autoinflitto nel corso di un anno, senza intenti suicidari e il paziente deve essere stato motivato dalla ricerca di sollievo da uno stato negativo, risolvendo una difficoltà interpersonale o raggiungendo uno stato positivo".

Bisogna inoltre distinguere tra ANS occasionale e ripetitivo, quest'ultimo relativo alla presenza di almeno 5 episodi di autolesionismo nell'ultimo anno (Manca, Presaghi e Cerutti, 2014). Riguardo la diagnosi differenziale, la diagnosi di ANS potrebbe essere utilizzata anche come fattore prognostico per altri disturbi psichiatrici, non ultimo come fattore di rischio per i tentati suicidi. (Wilkinson e Goodyer, 2011). Anche se l'ANS si presenta come condotta clinica frequente, è un argomento poco discusso, a causa magari della tendenza a nascondere e a considerarlo tabù.

Da questo punto di vista, la pandemia ha acceso una luce sul fenomeno, i ragazzi hanno trascorso gioco forza molto tempo a casa, sono stati più visti, inoltre *"c'è stato un preoccupante aumento degli accessi al Pronto soccorso in particolare per tentativi di suicidio o atti di autolesionismo"* (Dott. Stefano Vicari, responsabile di Neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza

dell'Ospedale Bambino Gesù, Gennaio 2021), **i comportamenti autolesivi (soprattutto lesioni da taglio)** sono stati rilevati nel 52% dei ricoveri di gennaio 2021, in aumento rispetto al 29% dell'anno precedente (idem).

Il rapporto tra social media e autolesionismo è molto stretto gli adolescenti veicolano tutte le loro azioni e relazioni attraverso chat e social, che diventano spesso i luoghi in cui condividono anche il loro dolore e la loro sofferenza. Sono decine di migliaia i video su YouTube e centinaia le comunità online utilizzate come mezzo per condividere i comportamenti autolesivi di nascosto dagli adulti.

Dietro l'hashtag #cut, #selfharm, #cutting, si cela un mondo sommerso.

A volte questi luoghi virtuali sono una via d'uscita, un conforto, un luogo protetto, altre, luoghi di rinforzo, di esaltazione e di emulazione di questi comportamenti. Al punto che il panorama scientifico ha iniziato a riflettere sulla necessità di monitorare tali siti e di comprendere se essi possano servire come gruppi di supporto (Smithson et al., 2011), o se invece possano favorire fenomeni di contagio e di rinforzo dell'atto.

Le attuali piattaforme online che condividono contenuti sull'autolesionismo possono essere suddivise in tre tipologie:

- i siti che forniscono informazioni sui comportamenti autolesivi, diffondendo anche riferimenti per un supporto psicologico e medico;
- i siti di self-help che offrono supporto e condividono spesso le narrazioni in prima persona di chi ha messo in atto condotte autolesive,

promuovendo lo scambio, la comprensione, il supporto sociale;

-i siti o le comunità che promuovono la condotta, incoraggiandola talvolta in maniera indiretta (Boyd et al., 2011).

A differenza dei siti di supporto online, quelli Pro Self-injury nascondono messaggi ambigui, caratterizzandosi spesso come pagine dal contenuto violento e contagioso, anche se fanno ricorso a formule verbali che paradossalmente li classificano come siti contro l'autolesionismo (Niwa e Mandrusiak, 2012), ai quali può risultare complicato accedere, dal momento che i membri hanno regole molto rigide di interazione (Marquard et al., 2012).

Influiscono sulla tendenza all'autolesionismo oltre ai media, l'ambiente e gli eventi di vita durante l'infanzia (deprivazione dei genitori, rifiuto da parte dei genitori, storia di abuso fisico o sessuale in famiglia, maltrattamento, violenza domestica, subita o assistita passivamente).

I comportamenti autolesionistici svolgono una precisa funzione, quella di salvaguardia dell'identità. La cultura del narcisismo, il dominio di valori materialistici, la spinta ad uno stile di vita competitivo, la maturità intellettuale precoce, l'assenza di controllo ed empatia... ed altri fattori tipici della società contemporanea possono contribuire a generare nei giovani un senso di alienazione e di solitudine, andando a complicare le fisiologiche sfide adolescenziali, come quella che attiene alla costruzione dell'identità. L'essere un autolesionista può rappresentare una risposta patologica a tale compito, una protesi identitaria

(Ladame, 2004). Paradossalmente, si distrugge e si lacera il proprio corpo per creare, costruire, delimitare il Sé, è lui che prende il sopravvento secondo modalità regressive arcaiche, diventando l'unico rappresentante e depositario simbolico del dolore psichico.

Lemma (2010) ha riassunto alcuni compiti inconsci che le condotte autolesive possono assolvere, come negare la perdita (nella fantasia di fusione con l'oggetto e nel rifiuto di elaborarne il lutto), tentare la separazione (fantasticando di tagliare via o strappare in modo violento l'altro, sentito risiedere dentro il proprio corpo), coprire un corpo vissuto con vergogna (nella fantasia inconscia di distrarre e controllare lo sguardo dell'altro), lenire sentimenti di frammentazione (nell'identificazione con l'immagine che l'altro vede e che ristabilirà un senso di coesione interna), attaccare l'oggetto. Gli atti autolesionisti ingaggiano l'altro in dinamiche ambivalenti: attaccato e contemporaneamente invocato come spettatore, l'altro è messo alla prova, celando fantasmi di perdita e angosce di abbandono.

CONCLUSIONI

Una credenza comune riguardo l'autolesionismo è che si tratta di un comportamento tipico di chi cerca attenzione; tuttavia, in molti casi, ciò non corrisponde pienamente alla realtà, molti autolesionisti sono consapevoli delle loro ferite e cicatrici e si sentono in colpa per il loro comportamento. Raramente le

mostrano agli altri al contrario nascondono le ferite dietro maniche lunghe, braccialetti, graffi del gatto, cadute accidentali e altre bugie; molti di loro creano un rituale, successivamente si disinfettano e ripuliscono tutto il materiale utilizzato, alcuni hanno addirittura un kit personale. Molti di loro descrivono il momento dell'autoferimento come un'esperienza dissociativa, durante la quale hanno la sensazione di osservarsi dall'esterno come se stessero vedendo un film.

Ogni gesto autolesivo racconta in qualche misura una storia diversa. Ma ognuna di queste storie mostra in definitiva che l'autolesionismo, in qualunque forma si declini, svolge una precisa funzione all'interno dell'economia psichica della persona, spostare la propria attenzione sul dolore fisico, non occupandosi di quello emotivo, da cui, alla fine, ha origine questa pratica. Di conseguenza, grazie al corpo lesionato si è in grado di comunicare quello che non è possibile dire attraverso le parole. I segni e le cicatrici lasciati da questi gesti autodistruttivi raccontano una sofferenza di cui ancora il soggetto non può dire nulla, contenuti non ancora rappresentabili.

Bibliografia

American Psychiatric Association (2014). DSM-5 "Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali". Quinta Edizione. Raffaello Carocci Editore;

D'Agostino, A. (2012). "Corpi alla deriva. Autolesionismo e oltre". in M. Rossi Monti (a cura di). Psicopatologia del presente. Crisi della nosografia e nuove forme della clinica, Milano: FrancoAngeli, pp. 64-110;

Favazza, A.R., DeRosear, L., Conterio, K. (1989). "Self-Mutilation and Eating Disorders. Suicide and Life-Threatening Behavior";

Favazza, A. R. (1996). "Bodies under siege: Self-mutilation and body modification in culture and psychiatry". Baltimore: The Johns Hopkins University Press;

Gargiulo, A., Plener, P.L., Baus, N., Margherita, G., Brunner, R., Kaess, M., Kapusta, N.D. (2014). "Autolesività non suicidaria (NSSI) e Disturbo da Comportamento Suicida (SBD) nella recente pubblicazione del DSM-5". Minerva 106 Psichiatria;

Ladame F. (2004), "Attacchi al Corpo ed il Sé in pericolo in Adolescenza". *Childhood and Adolescent Psychosis*, 10, 77-81;

Lemma, A. (2010). "Sotto la pelle. Psicoanalisi delle modificazioni corporee". Milano: Raffaello Cortina, 2011;

Le Breton D. "Anthropologie du corps et modernité" Ed. Paris, 2003;

Niwa, K.D., Mandrusiak, M.N. (2012). *Self-Injury Groups on Facebook*.

Canadian Journal of Counselling and Psychotherapy. Vol. 46;

Manca M., Cerutti R., Presaghi F. (2014), Clinical specificity of acute versus chronic self-injury: measurement and evaluation of Repetitive Non Suicidal Self-Injury". *Psychiatry Research*;

Marquard, A. et al. (2012). "The role of online and online peer support for young people wo self-harm". Good practice guide;

Vicari S. 2021 «In aumento tentati suicidi e autolesionismo tra i giovani: col Covid numeri da brivido», L'Espresso ;

Wilkinson, P., Goodyer, I. (2011). Non-suicidal self-injury. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 20:103-8.

La relazione tra *Mindfulness* ed Intelligenza Emotiva come fattore di protezione per gli operatori sanitari: una revisione sistematica

di Ilaria Di Giusto

Abstract

In questo contributo viene presentata la recente revisione sistematica pubblicata nel mese di Maggio 2021, da Nerea Jiménez-Picón, Macarena Romero-Martín, JoséAntonio Ponce-Blandón, Lucia Ramirez-Baena¹, Juan Carlos Palomo-Lara and Juan Gómez-Salgado (per un approfondimento prendere visione dei riferimenti posti di seguito).

Obiettivo della revisione è quello di identificare le recenti evidenze empiriche sulla relazione tra *mindfulness* ed intelligenza emotiva tra gli operatori sanitari.

Introduzione

L'intelligenza emotiva è un tipo di intelligenza sociale che include la capacità di controllare le proprie emozioni e quelle degli altri, di identificarle e di usare queste informazioni per guidare pensieri e azioni, promuovere un processo di pensiero creativo, reindirizzare

l'attenzione verso problemi prioritari, aumentare la motivazione e consentire una pianificazione flessibile¹.

Si compone di quattro aspetti: la percezione e l'espressione delle proprie emozioni e di quelle altrui, l'assimilazione emotiva, la comprensione delle emozioni e la capacità di regolare le emozioni². L'Organizzazione Mondiale della Sanità considera l'intelligenza emotiva come una delle dieci abilità di vita che aiutano le persone ad agire in modo resiliente e positivo³. Nel contesto della sanità, essa sta assumendo un ruolo sempre più rilevante, dimostrando di influenzare positivamente il benessere bio-psico-sociale degli operatori sanitari, aumentando la loro resilienza individuale, la loro percezione del supporto sociale, l'empatia, il rendimento nelle prestazioni e soddisfazione sul lavoro, riducendo lo stress⁴.

La capacità di gestire le emozioni è un'abilità fondamentale che dovrebbe essere sviluppata dai professionisti della sanità poiché il loro ambiente di lavoro comporta spesso un significativo carico emotivo⁵. In particolare, ci sono prove che collegano l'intelligenza emotiva con un efficace processo decisionale clinico⁶, il verificarsi o la riduzione dello stress e la presenza di una condizione di *burnout* in un ambiente di lavoro⁷⁻⁹, l'impegno

lavorativo¹⁰ e, per estensione, con la produttività generale dell'istituzione, i ritmi di turnover, l'assenteismo sul lavoro e la soddisfazione dei pazienti⁸⁻¹¹⁻¹².

Inoltre, ci sono ampie prove che dimostrano i benefici dell'intelligenza emotiva dei professionisti della salute nell'esecuzione dei compiti quotidiani e nella cura fisica ed emotiva dei pazienti⁴⁻¹³⁻¹⁴.

L'intelligenza emotiva è stata identificata come un fattore predittivo del successo professionale¹⁵.

Allo stesso modo, anche i pazienti percepiscono che i professionisti con maggiore intelligenza emotiva forniscono cure di qualità superiore, riconoscendo l'empatia, l'ascolto attivo e la compassione¹⁶.

La natura del lavoro degli operatori sanitari comporta una marcata intensità emotiva che può portare ad un esaurimento emotivo. Questa è una sensazione di prolungato esaurimento fisico ed emotivo, dovuto allo stress, al sovraccarico e alle impegnative richieste di lavoro emotivo dell'assistenza stessa¹⁷. Gli operatori sanitari con esaurimento emotivo hanno livelli di energia più bassi, lottano per affrontare i compiti che il loro lavoro richiede e hanno meno opportunità di esperienze positive nel loro lavoro¹⁸.

L'esaurimento emotivo ha conseguenze negative sia sulla salute mentale dei professionisti¹⁹ che sulla qualità delle cure che i loro pazienti ricevono, poiché l'esaurimento si riflette in prestazioni lavorative peggiori e nella minore efficienza delle cure che forniscono²⁰. Inoltre, l'esaurimento emotivo è stato collegato all'aumento del turnover²¹ e dei conflitti sia tra gli operatori sanitari che verso i pazienti²².

Tale condizione è in parte dovuta alle intense richieste emotive dell'assistenza, quindi i professionisti potrebbero diventare più resilienti a tali richieste sviluppando abilità come l'intelligenza emotiva¹⁸.

L'intelligenza emotiva è stata descritta come un tratto e un'abilità; ai fini di questa rassegna, gli autori la considerano come un'abilità che può essere allenata⁸. Molti studi sottolineano l'importanza di offrire una formazione in intelligenza emotiva ai professionisti, evidenziando che i migliori momenti per la formazione devono essere riconosciuti nell'infanzia, nell'istruzione superiore e nella vita adulta, come parte dello sviluppo professionale continuo¹⁸.

La formazione in intelligenza emotiva aumenta il benessere bio-psico-sociale degli operatori sanitari, oltre a favorire la loro pratica clinica, la soddisfazione dei

pazienti e dell'istituzione per cui lavorano¹¹⁻¹³.

La *Mindfulness* è un modo efficace per allenare l'intelligenza emotiva. Essa è una forma di meditazione basata sulla capacità di portare la propria attenzione su ciò che si sta sperimentando nel momento presente, accettandolo senza giudizio e identificando le sensazioni, le emozioni e i pensieri²³. Essa viene utilizzata anche come trattamento terapeutico e psicologico con risultati positivi nella riduzione dei livelli di ansia, depressione e stress, e alleviando i sintomi fisici come il dolore e la vulnerabilità dovuta a malattie psichiatriche²⁴⁻²⁸.

Alcuni studi si sono concentrati sull'importanza del contesto sociale e della salute emotiva per la pratica di comportamenti sani e per migliorare la forma fisica ed il benessere degli operatori sanitari²⁹.

Pronk et al. hanno scoperto che l'adesione dei dipendenti a uno stile di vita ottimale come l'attività fisica, il non fumare, l'astemia e il consumo giornaliero di frutta o verdura, era associato a una salute emotiva positiva significativamente più elevata³⁰. Hunter spiega come i professionisti possono ottenere benefici dalla pratica meditativa³¹ per raggiungere una

maggiore consapevolezza dei propri pensieri.

Questo si traduce in uno stato mentale di tranquillità e calma, che, a sua volta, è un elemento chiave per migliorare la cura dei pazienti e la comunicazione interprofessionale. Ci sono prove dell'impatto e dell'efficacia della *mindfulness* per gli operatori sanitari, con conseguente riduzione dello stress e la promozione dell'autocompassione e della cura di sé³²⁻³⁵, la riduzione dell'esaurimento emotivo e l'incidenza del burnout^{36,37}, il miglioramento del benessere e della salute mentale, e la diminuzione dell'ansia e della depressione³⁸.

Tutto ciò suggerisce che la *mindfulness* potrebbe essere un collegamento tra la pratica clinica dei professionisti e la loro gestione emotiva, aiutandoli a mantenere la loro salute psicologica^{32,39}, mentre si traduce anche in benefici diretti per i pazienti e il sistema sanitario⁴¹.

Nonostante quanto detto sopra, la relazione tra la pratica e la formazione in competenze di intelligenza emotiva e *mindfulness* sono state poco studiate tra i professionisti della salute. Considerando quanto possa migliorare l'assistenza sanitaria fornita da professionisti, in termini di efficacia ed empatia, con una buona combinazione

di abilità tecniche e alti livelli di intelligenza emotiva¹², sarebbe conveniente offrire interventi o programmi basati sulla *mindfulness*, al fine di promuovere e sviluppare la loro intelligenza emotiva⁴²⁻⁴⁴.

Materiali e metodi

Per raggiungere l'obiettivo dello studio, la revisione sistematica qui sintetizzata è stata condotta seguendo la Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA).

La domanda di ricerca alla base dello studio è stata: "esiste una relazione tra la pratica della *mindfulness* e le abilità di intelligenza emotiva tra gli operatori sanitari?".

Per facilitare la ricerca elettronica, è stato seguito il modello PICO⁴⁶. P (popolazione) si è riferito a professionisti della salute, I (intervento) alla pratica di *mindfulness*, C (confronto intervento) a nessuna pratica di *mindfulness* e O (risultato clinico) alle competenze di intelligenza emotiva.

La ricerca è stata effettuata includendo i seguenti database: PubMed, Cinhal, PsycINFO e Web of Science. La strategia di ricerca è stata costruita combinando i termini: "intelligenza emotiva" o "regolazione emotiva" o "espressione emotiva" e "mindfulness" o

"meditazione" e "professionisti della salute" o "infermieri" o "medici". La ricerca è stata condotta nell'Ottobre 2020 e sono stati applicati i seguenti criteri di inclusione: articoli *peer-reviewed*; pubblicati in inglese o spagnolo; pubblicati tra il 2010 e il 2020; metodologia quantitativa; una popolazione di studio di operatori sanitari; considerazione dell'intelligenza emotiva come abilità; relazione con l'obiettivo dello studio (*mindfulness* e competenze di intelligenza emotiva). Gli studi qualitativi sono stati esclusi per ottenere risultati che analizzano la relazione tra *mindfulness* e intelligenza emotiva misurata con strumenti validati.

Risultati

La ricerca elettronica iniziale ha prodotto 197 contributi. Dopo aver applicato i criteri di inclusione ed i criteri di esclusione, e dopo aver seguito il processo di selezione e *screening*, sono stati infine selezionati 10 studi.

Gli studi inclusi sono stati pubblicati principalmente negli ultimi cinque anni (90%, n = 9).

Per quanto riguarda i campioni di studio, la maggior parte si è concentrata su infermieri (60%, n = 6) rispetto ad altri operatori sanitari.

Per quanto riguarda gli strumenti utilizzati per misurare la *mindfulness* gli studi recensiti hanno utilizzato la Mindfulness Attention Awareness Scale (30%, n = 3), il Five-Facet Mindfulness Questionnaire (20%, n = 2) e il Kentucky Inventory of Mindfulness Skills (10%, n = 1).

Gli strumenti utilizzati per valutare l'intelligenza emotiva erano più vari, ma il test più frequentemente usato è stato il Trait Emotional Intelligenza emotiva (40%, n = 4). Non è stata trovata una conformità sulla durata di pratica quotidiana della *mindfulness*, che è stata compresa tra le 9 h ed i 14 min al giorno. Gli studi recensiti hanno mostrato una relazione tra la *mindfulness* e la capacità di regolare le proprie emozioni^{52,58}, l'esaurimento emotivo⁵⁷ e l'intelligenza emotiva^{53,59}. Gli interventi di formazione basati sulla *mindfulness* hanno dimostrato di promuovere un equilibrio emotivo positivo tra i partecipanti⁵⁵, così come la consapevolezza emotiva⁵⁴, l'accettazione emotiva, il riconoscimento delle emozioni, l'identificazione delle proprie emozioni, la soppressione espressiva⁵⁶ e la riduzione dell'esaurimento emotivo⁵⁴. Per quanto riguarda l'intelligenza emotiva, gli studi recensiti hanno descritto interventi basati sul *training* di *mindfulness* che hanno

aumentato l'intelligenza emotiva dei partecipanti^{50,51}.

Altri studi hanno identificato un aumento dell'intelligenza emotiva dopo l'intervento, anche se non hanno raggiunto la significatività statistica^{54,55}.

Discussione

I risultati degli studi esaminati nella revisione sistematica qui presentata hanno mostrato una relazione tra *mindfulness* ed intelligenza emotiva, così come un suo incremento dopo interventi di formazione basati sulla *mindfulness*.

Le esperienze soddisfacenti di formazione sull'intelligenza emotiva per gli operatori sanitari hanno avuto luogo in differenti contesti, quali terapie intensive⁶¹ case di cura con assistenza a lungo termine⁶², aree cliniche⁶³⁻⁶⁵.

In effetti, la formazione sull'intelligenza emotiva non solo ha aumentato queste competenze nei professionisti sanitari, ma è stata anche associata alla qualità della vita dei pazienti⁶³, alle prestazioni lavorative dei professionisti ed al mantenimento del lavoro⁶⁴, al loro stato di salute percepito⁶¹ ed alla soddisfazione del paziente⁶⁴.

Allo stesso modo, il training di *mindfulness* ha dimostrato di fornire agli operatori sanitari una condizione di benessere psicologico riducendo lo

stress, l'ansia e la depressione^{40,66-68}, e migliorando il loro umore⁶⁶. Ci sono prove che gli operatori sanitari che hanno partecipato a *training* di *mindfulness* hanno migliorato la loro qualità di vita^{35,67}, il loro benessere⁴⁰, l'autocompassione³⁵ e la percezione di autoefficacia^{40,66}.

Negli studi inclusi nella revisione qui sintetizzata, la *mindfulness* è stata identificata come una pratica efficace per migliorare la percezione e l'espressione delle proprie emozioni, l'assimilazione o la facilitazione emotiva, la comprensione e la regolazione delle emozioni. I professionisti della sanità affrontano quotidianamente sfide emotive molto intense, in quanto sono testimoni di sofferenza umana e affrontano l'ansia e i sentimenti negativi dei pazienti, oltre al sovraccarico di lavoro e ai conflitti interpersonali all'interno del loro team⁶⁹. Nelle parole di Botha et al., i doveri inerenti ai professionisti della salute, come la gestione del dolore, della perdita, del disagio emotivo, l'assistenza alla fine della vita e il sostegno ai familiari, contribuiscono al loro carico emotivo³⁵. Per questo motivo, hanno bisogno di trovare un equilibrio tra il loro investimento nei pazienti e il distacco, che permetta loro di rispondere efficacemente sia alle richieste

dell'organizzazione che ai bisogni dei pazienti⁷⁰.

Il lavoro emotivo può essere definito come lo sforzo di controllare le proprie emozioni per dare una risposta efficace ai bisogni degli altri, mentre ci si prende cura di se stessi⁷². Gestire le proprie emozioni e quelle degli altri può avere un'influenza negativa sulla salute, sul benessere e sulle prestazioni lavorative degli operatori sanitari, portando ad alti livelli di stress e burnout^{73,74}. È stato dimostrato che praticare la *mindfulness* riduce il sovraccarico emotivo dei professionisti e il *burnout*, migliorando anche la riqualificazione cognitiva³⁷. Inoltre, la *mindfulness* è stata collegata positivamente alla capacità di sopportare emozioni e sentimenti scomodi, alla riduzione dell'impatto di eventi emotivi dannosi e ad una minore reattività emotiva⁷⁷. A questo proposito, studi precedenti hanno identificato un'associazione tra *mindfulness* e autocompassione⁷⁸. L'autocompassione è stata descritta come un sentimento di gentilezza ed empatia verso la propria sofferenza, che incoraggia la comprensione piuttosto che l'autocritica e la punizione⁷⁹.

Alcuni autori ritengono che l'autocompassione sia un atteggiamento necessario per permettere ai

professionisti della sanità di fornire cure umanizzate. Avere compassione per gli altri implica avere autocompassione⁸⁰. La consapevolezza della propria sofferenza rende più facile riconoscere la sofferenza degli altri e a dare una risposta significativa per alleviarla⁸¹. Pertanto, la pratica della *mindfulness* sviluppa l'autocompassione negli operatori sanitari, promuove atteggiamenti di empatia e preoccupazione per i sentimenti dei pazienti, il che porta a una maggiore qualità delle cure⁸⁰.

Infine, gli articoli inclusi nella revisione qui presentata, hanno evidenziato un aumento della resilienza personale tra gli operatori sanitari che hanno seguito una formazione di *mindfulness*. È stato identificato che un aumento della resilienza può aiutarli a ridurre l'impatto negativo del loro lavoro, riducendo l'esaurimento emotivo, aumentando il loro impegno nel lavoro e migliorando le loro prestazioni quando affrontano le sfide sul posto di lavoro⁸⁵.

Conclusioni

La revisione qui presentata è stata sicuramente soggetta alle limitazioni associate alla sua metodologia. La definizione di una metodologia quantitativa, quale criterio di inclusione

degli studi, ha determinato l'esclusione degli studi qualitativi che avrebbero potuto contribuire con informazioni aggiuntive agli obiettivi della revisione.

In ogni caso, si è dimostrato che, generalmente, l'intelligenza emotiva aumenta significativamente dopo la pratica della *mindfulness*, così come la percezione e l'espressione delle emozioni e la regolazione delle stesse. La revisione pubblicata dagli autori comporta diverse implicazioni importanti, poiché lo sviluppo dell'intelligenza emotiva nei professionisti della salute può portare ad un aumento della loro capacità di gestire le emozioni e questo, a sua volta, conduce ad un aumento della qualità delle cure che forniscono, della loro resilienza, dell'empatia e della soddisfazione sul lavoro.

Inoltre, la pratica della *mindfulness* fornisce strumenti utili che possono essere utilizzati dai professionisti non solo per sviluppare la loro intelligenza emotiva, ma anche per gestire i fattori di stress.

Sicuramente sono necessarie ulteriori ricerche per approfondire, in maniera più significativa, la correlazione esistente tra *mindfulness* ed intelligenza emotiva. Lo studio presentato può comunque essere usato come base per la ricerca futura sui benefici dello sviluppo dell'intelligenza

emotiva, ed anche per approfondire le strategie utili a promuoverne lo sviluppo, una delle quali è la *mindfulness*.

Per approfondire la revisione sistematica

Jiménez-Picón, N.; Romero-Martín, M.; Ponce-Blandón, J.A.; Ramirez-Baena, L.; Palomo-Lara, J.C.; Gómez-Salgado, J. The Relationship between Mindfulness and Emotional Intelligence as a Protective Factor for Healthcare Professionals: Systematic Review. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2021, 18, 5491.

Link: <https://doi.org/10.3390/ijerph18105491>

Note e riferimenti bibliografici di approfondimento

1. Mayer, J.D.; Salovey, P.; Caruso, D.R.; Sitarenios, G. Emotional Intelligence as a Standard Intelligence. *Emotion* 2001, 1, 232–242.

2. Mayer, J.D.; Salovey, P.; Caruso, D.R.; Sitarenios, G. Measuring emotional intelligence with the MSCEIT V2.0. *Emotion* 2003, 3, 97–105.

3. Ruíz, V.M. Habilidades para la Vida: Una Propuesta de Formación Humana. *Itiner. Educ.* 2014, 28, 61.

4. Nightingale, S.; Spiby, H.; Sheen, K.; Slade, P. The Impact of Emotional Intelligence in Health Care Professionals on Caring Behaviour towards Patients in Clinical and Long-Term Care Settings: Findings from an Integrative Review. *Int. J. Nurs. Stud.* 2018, 80, 106–117.

5. Cox, K.M. Use of Emotional Intelligence to Enhance Advanced Practice Registered Nursing Competencies. *J. Nurs. Educ.* 2018, 57, 648–654.

6. Hutchinson, M.; Hurley, J.; Kozlowski, D.; Whitehair, L. The Use of Emotional Intelligence Capabilities in Clinical Reasoning and Decision-Making: A Qualitative, Exploratory Study. *J. Clin. Nurs.* 2018, 27, e600–e610.

7. Szczygiel, D.D.; Mikolajczak, M. Emotional Intelligence Buffers the Effects of Negative Emotions on Job Burnout in Nursing. *Front. Psychol.* 2018, 9, 2649.

8. de Looff, P.; Nijman, H.; Didden, R.; Embregts, P. Burnout Symptoms in Forensic Psychiatric Nurses and Their Associations with Personality, Emotional Intelligence and Client Aggression: A Cross-Sectional Study. *J. Psychiatr. Ment. Health Nurs.* 2018, 25, 506–516.

9. Molero Jurado, M.D.M.; Pérez-Fuentes, M.D.C.; Gázquez Linares, J.J.G.; Simón Márquez, M.D.M.; Martos

- Martínez, Á. Burnout Risk and Protection Factors in Certified Nursing Aides. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2018, 15, 1116.
10. Pérez-Fuentes, M.D.C.; Molero Jurado, M.D.M.; Gázquez Linares, J.J.; Oropesa Ruiz, N.F. The Role of Emotional Intelligence in Engagement in Nurses. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2018, 15, 1915.
11. Al-Hamdan, Z.; Oweidat, I.A.; Al-Faouri, I.; Codier, E. Correlating Emotional Intelligence and Job Performance Among Jordanian Hospitals' Registered Nurses. *Nurs. Forum* 2017, 52, 12–20.
12. Beydler, K.W. The Role of Emotional Intelligence in Perioperative Nursing and Leadership: Developing Skills for Improved Performance. *AORN J.* 2017, 106, 317–323.
13. Sommaruga, M.; Casu, G.; Giaquinto, F.; Gremigni, P. Self-Perceived Provision of Patient Centered Care by Healthcare Professionals: The Role of Emotional Intelligence and General Self-Efficacy. *Patient Educ. Couns.* 2017, 100, 974–980.
14. Dafeeah, E.E.; Eltohami, A.A.; Ghuloum, S. Emotional Intelligence and Attitudes toward HIV/AIDS Patients among Healthcare Professionals in the State of Qatar. *Int. Perspect. Psychol. Res. Pract. Consult.* 2015, 4, 19–36.
15. Cassano, F.; Tamburrano, A.; Mellucci, C.; Galletti, C.; Damiani, G.; Laurenti, P. Evaluation of Emotional Intelligence among Master's Degree Students in Nursing and Midwifery: A Cross-Sectional Survey. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2020, 17, 6347.
16. del Carmen Giménez-Espert, M.; Valero-Moreno, S.; Prado-Gascó, V.J. Evaluation of Emotional Skills in Nursing Using Regression and QCA Models: A Transversal Study. *Nurse Educ. Today* 2019, 74, 31–37.
17. Kim, J.; Kim, S.; Byun, M.K. Emotional Distancing in Nursing: A Concept Analysis. *Nurs. Forum* 2020.
18. López-Cabarcos, M.Á.; López-Carballeira, A.; Ferro-Soto, C. The Role of Emotional Exhaustion among Public Healthcare Professionals. *J. Health Organ. Manag.* 2019, 33, 649–655.
19. Xu, S.; Ouyang, X.; Shi, X.; Li, Y.; Chen, D.; Lai, Y.; Fan, F. Emotional Exhaustion and Sleep-Related Worry as Serial Mediators between Sleep Disturbance and Depressive Symptoms in Student Nurses: A Longitudinal Analysis. *J. Psychosom. Res.* 2020, 129.
20. Panari, C.; Caricati, L.; Pelosi, A.; Rossi, C. Emotional Exhaustion among Healthcare Professionals: The Effects of

Role Ambiguity, Work Engagement and Professional Commitment. *Acta Biomed.* 2019, 90, 60–67.

21. Han, S.S.; Han, J.W.; An, Y.S.; Lim, S.H. Effects of Role Stress on Nurses' Turnover Intentions: The Mediating Effects of Organizational Commitment and Burnout. *Jpn. J. Nurs. Sci.* 2015, 12, 287–296.

22. Yoon, J.D.; Rasinski, K.A.; Curlin, F.A. Conflict and Emotional Exhaustion in Obstetrician-Gynaecologists: A National Survey. *J. Med. Ethics* 2010, 36, 731–735.

23. Vásquez-Dextre, E.R. Mindfulness: Conceptos Generales, Psicoterapia y Aplicaciones Clínicas. *Rev. Neuro Psiquiatr.* 2016, 79, 42.

24. Zhou, B.; Wang, G.; Hong, Y.; Xu, S.; Wang, J.; Yu, H.; Liu, Y.; Yu, L. Mindfulness Interventions for Rheumatoid Arthritis: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Complementary Ther. Clin. Pract.* 2020, 39, 101088.

25. Xie, C.; Dong, B.; Wang, L.; Jing, X.; Wu, Y.; Lin, L.; Tian, L. Mindfulness-Based Stress Reduction Can Alleviate Cancer-Related Fatigue: A Meta-Analysis. *J. Psychosom. Res.* 2020, 130, 109916.

26. Guo, J.; Wang, H.; Luo, J.; Guo, Y.; Xie, Y.; Lei, B.; Wiley, J.; Whittemore, R.

Factors Influencing the Effect of Mindfulness-Based Interventions on Diabetes Distress: A Meta-Analysis. *BMJ Open Diabetes Res. Care* 2019, 7, e000757.

27. Simpson, R.; Simpson, S.; Ramparsad, N.; Lawrence, M.; Booth, J.; Mercer, S.W. Effects of Mindfulness-Based Interventions on Physical Symptoms in People with Multiple Sclerosis—A Systematic Review and Meta-Analysis. *Mult. Scler. Relat. Disord.* 2020, 38, 101493.

28. Xunlin, N.; Lau, Y.; Klainin-Yobas, P. The Effectiveness of Mindfulness-Based Interventions among Cancer Patients and Survivors: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Support. Care Cancer* 2020, 28, 1563–1578. 29. Syed, I.U.B. Diet, physical activity, and emotional health: What works, what doesn't, and why we need integrated solutions for total worker health. *BMC Public Health* 2020, 31, 152.

30. Pronk, N.P.; Katz, A.S.; Gallagher, J.; Austin, E.; Mullen, D.; Lowry, M.; Kottke, T.E. Adherence to optimal lifestyle behaviors is related to emotional health indicators among employees. *Popul. Health Manag.* 2011, 14, 59–67.

31. Hunter, L. Making Time and Space: The Impact of Mindfulness Training on Nursing and Midwifery Practice. *A Critical*

- Interpretative Synthesis. *J. Clin. Nurs.* 2016, 25, 918–929.
32. Halm, M. The Role of Mindfulness in Enhancing Self-Care for Nurses. *Am. J. Crit. Care* 2017, 26, 344–348.
33. Burton, A.; Burgess, C.; Dean, S.; Koutsopoulou, G.Z.; Hugh-Jones, S. How Effective Are Mindfulness-Based Interventions for Reducing Stress Among Healthcare Professionals? A Systematic Review and Meta-Analysis. *Stress Health* 2017, 33, 3–13.
34. Ruiz-Fernández, M.D.; Ortiz-Amo, R.; Ortega-Galán, Á.M.; Ibáñez-Masero, O.; Rodríguez-Salvador, M.d.M.; Ramos-Pichardo, J.D. Mindfulness Therapies on Health Professionals. *Int. J. Ment. Health Nurs.* 2020, 29, 127–140.
35. Botha, E.; Gwin, T.; Purpora, C. The Effectiveness of Mindfulness Based Programs in Reducing Stress Experienced by Nurses in Adult Hospital Settings: A Systematic Review of Quantitative Evidence Protocol. *JBI Database Syst. Rev. Implement. Rep.* 2015, 13, 21–29.
36. Gómez del Pulgar, E.; Meléndez Moreno, A. Mindfulness, Prevención y Control Del Síndrome de Desgaste Profesional En La Enfermería Española. *Rev. Enferm. Trab.* 2017, 7, 70–75.
37. Suleiman-Martos, N.; Gomez-Urquiza, J.L.; Aguayo-Estremera, R.; Cañadas-De La Fuente, G.A.; de La Fuente-Solana, E.I.; Albendín-García, L. The Effect of Mindfulness Training on Burnout Syndrome in Nursing: A Systematic Review and Meta-analysis. *J. Adv. Nurs.* 2020, 76, 1124–1140.
38. Guillaumie, L.; Boiral, O.; Champagne, J. A Mixed-Methods Systematic Review of the Effects of Mindfulness on Nurses. *J. Adv. Nurs.* 2017, 73, 1017–1034.
39. Walker, M.; Mann, R.A. Exploration of Mindfulness in Relation to Compassion, Empathy and Reflection within Nursing Education. *Nurse Educ. Today* 2016, 40, 188–190.
40. van der Riet, P.; Levett-Jones, T.; Aquino-Russell, C. The Effectiveness of Mindfulness Meditation for Nurses and Nursing Students: An Integrated Literature Review. *Nurse Educ. Today* 2018, 65, 201–211. [CrossRef]
41. Sumner, J. Reflection and Moral Maturity in a Nurse's Caring Practice: A Critical Perspective. *Nurs. Philos.* 2010, 11, 159–169.
42. Solsona de la Serna, E.; Pujol, J.; Llistar, S.; Barbera, E.; Giménez, N. Técnicas Actorales e Inteligencia Emocional Para Profesionales de La Salud: Aprendizaje Transformacional. *Index Enferm.* 2015, 24, 240–244.

43. Codier, E.; Freitas, B.; Muneno, L. Developing Emotional Intelligence Ability in Oncology Nurses: A Clinical Rounds Approach. *Oncol. Nurs. Forum* 2013, 40, 22–29.
44. Bamberger, E.; Genizi, J.; Kerem, N.; Reuven-Lalung, A.; Dolev, N.; Srugo, I.; Rofe, A. A Pilot Study of an Emotional Intelligence Training Intervention for a Paediatric Team. *Arch. Dis. Child.* 2017, 102, 159–164.
45. Moher, D.; Shamseer, L.; Clarke, M.; Ghersi, D.; Liberati, A.; Petticrew, M.; Shekelle, P.; Stewart, L.A. Preferred Reporting Items for Systematic Review and Meta-Analysis Protocols (PRISMA-P) 2015 Statement. *Syst. Rev.* 2015, 4, 1.
46. Eriksen, M.B.; Frandsen, T.F. The impact of patient, intervention, comparison, outcome (PICO) as a search strategy tool on literature search quality: A systematic review. *J. Med. Libr. Assoc.* 2018, 106, 420–431.
47. Carlock, D.; Anderson, J. Teaching and assessing the database searching skills of student nurses. *Nurse Educ.* 2007, 32, 251–255.
48. Urbizagástegui Alvarado, R. Synchronic study of literature obsolescence: The case of Lotka's Law. *Investig. Bibl.* 2014, 28, 85–113.
49. Moola, S.; Munn, Z.; Tufanaru, C.; Aromataris, E.; Sears, K.; Sfetc, R.; Currie, M.; Lisy, K.; Qureshi, R.; Mattis, P.; et al. Chapter 7: Systematic Reviews of Etiology and Risk. In *JB I Manual for Evidence Synthesis*; JBI: Adelaide, Australia, 2020.
50. Vongareesawat, C.; Thapinta, D.; Disayavanish, C.; Anders, R.L.; Tungpunkom, P. Effect of Insight Meditation on Enhancing Emotional Intelligence among Thai Psychiatric Nurses. *Chiang Mai Univ. J. Nat. Sci.* 2012, 11, 61–75.
51. Snowden, A.; Stenhouse, R.; Duers, L.; Marshall, S.; Carver, F.; Brown, N.; Young, J. The Relationship between Emotional Intelligence, Previous Caring Experience and Successful Completion of a Pre-Registration Nursing/Midwifery Degree. *J. Adv. Nurs.* 2018, 74, 433–442.
52. Dubert, C.J.; Schumacher, A.M.; Locker, L.; Gutierrez, A.P.; Barnes, V.A. Mindfulness and Emotion Regulation among Nursing Students: Investigating the Mediation Effect of Working Memory Capacity. *Mindfulness* 2016, 7, 1061–1070.
53. Jacobs, I.; Wollny, A.; Sim, C.W.; Horsch, A. Mindfulness Facets, Trait Emotional Intelligence, Emotional Distress, and Multiple Health Behaviors:

- A Serial Two-Mediator Model. *Scand. J. Psychol.* 2016, 57, 207–214.
54. Orellana-Rios, C.L.; Radbruch, L.; Kern, M.; Regel, Y.U.; Anton, A.; Sinclair, S.; Schmidt, S. Mindfulness and Compassion-Oriented Practices at Work Reduce Distress and Enhance Self-Care of Palliative Care Teams: A Mixed-Method Evaluation of an “on the Job” Program. *BMC Palliat. Care* 2017, 17.
55. Kelm, D.J.; Ridgeway, J.L.; Gas, B.L.; Mohan, M.; Cook, D.A.; Nelson, D.R.; Benzo, R.P. Mindfulness Meditation and Interprofessional Cardiopulmonary Resuscitation: A Mixed-Methods Pilot Study. *Teach. Learn. Med.* 2018, 30, 433–443.
56. Lamothe, M.; McDuff, P.; Pastore, Y.D.; Duval, M.; Sultan, S. Developing Professional Caregivers’ Empathy and Emotional Competencies through Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR): Results of Two Proof-of-Concept Studies. *BMJ Open* 2018, 8, e018421.
57. Salvarani, V.; Rampoldi, G.; Ardenghi, S.; Bani, M.; Blasi, P.; Ausili, D.; di Mauro, S.; Strepparava, M.G. Protecting Emergency Room Nurses from Burnout: The Role of Dispositional Mindfulness, Emotion Regulation and Empathy. *J. Nurs. Manag.* 2019, 27, 765–774.
58. Salvarani, V.; Ardenghi, S.; Rampoldi, G.; Bani, M.; Cannata, P.; Ausili, D.; di Mauro, S.; Strepparava, M.G. Predictors of Psychological Distress amongst Nursing Students: A Multicenter Cross-Sectional Study. *Nurse Educ. Pract.* 2020, 44.
59. Xie, C.; Li, X.; Zeng, Y.; Hu, X. Mindfulness, Emotional Intelligence, and Occupational Burnout in Intensive Care Nurses: A Mediating Effect Model. *J. Nurs. Manag.* 2020.
60. Durlak, J.A.; Weissberg, R.P.; Dymnicki, A.B.; Taylor, R.D.; Schellinger, K.B. The Impact of Enhancing Students’ Social and Emotional Learning: A Meta-Analysis of School-Based Universal Interventions. *Child. Dev.* 2011, 82, 405–432.
61. Sharif, F.; Rezaie, S.; Keshavarzi, S.; Mansoori, P.; Ghadakpoor, S. Teaching Emotional Intelligence to Intensive Care Unit Nurses and Their General Health: A Randomized Clinical Trial. *Int. J. Occup. Environ. Med.* 2013, 4, 141–208.
62. Crowne, K.A.; Young, T.M.; Goldman, B.; Patterson, B.; Krouse, A.M.; Proenca, J. Leading Nurses: Emotional Intelligence and Leadership Development Effectiveness. *Leadersh. Health Serv.* 2017, 30, 217–232.
63. Shahnavaizi, M.; Parsa-Yekta, Z.; Yekaninejad, M.S.; Amaniyan, S.;

- Griffiths, P.; Vaismoradi, M. The Effect of the Emotional Intelligence Education Programme on Quality of Life in Haemodialysis Patients. *Appl. Nurs. Res.* 2018, 39, 18–25.
64. Dugan, J.W.; Weatherly, R.A.; Girod, D.A.; Barber, C.E.; Tsue, T.T. A Longitudinal Study of Emotional Intelligence Training for Otolaryngology Residents and Faculty. *JAMA Otolaryngol. Head Neck Surg.* 2014, 140, 720–726.
65. Codier, E.; Kamikawa, C.; Kooker, B.M.; Shoultz, J. Emotional Intelligence, Performance, and Retention in Clinical Staff Nurses. *Nurs. Adm. Q.* 2009, 33, 310–316.
66. McConville, J.; McAleer, R.; Hahne, A. Mindfulness Training for Health Profession Students—The Effect of Mindfulness Training on Psychological Well-Being, Learning and Clinical Performance of Health Professional Students: A Systematic Review of Randomized and Non-Randomized Controlled Trials. *Explor. J. Sci. Health* 2017, 13, 26–45.
67. dos Santos, T.M.; Kozasa, E.H.; Carmagnani, I.S.; Tanaka, L.H.; Lacerda, S.S.; Nogueira-Martins, L.A. Positive Effects of a Stress Reduction Program Based on Mindfulness Meditation in Brazilian Nursing Professionals: Qualitative and Quantitative Evaluation. *Explor. J. Sci. Health* 2016, 12, 90–99.
68. Fortney, L.; Luchterhand, C.; Zakletskaia, L.; Zgierska, A.; Rakel, D. Abbreviated Mindfulness Intervention for Job Satisfaction, Quality of Life, and Compassion in Primary Care Clinicians: A Pilot Study. *Ann. Fam. Med.* 2013, 11, 412–420.
69. Delgado, C.; Upton, D.; Ranse, K.; Furness, T.; Foster, K. Nurses' Resilience and the Emotional Labour of Nursing Work: An Integrative Review of Empirical Literature. *Int. J. Nurs. Stud.* 2017, 70, 71–88.
70. Badolamenti, S.; Sili, A.; Caruso, R.; Fida, R. What Do We Know about Emotional Labour in Nursing? A Narrative Review. *Br. J. Nurs.* 2017, 26, 48–55.
71. Wu, L.-F.; Chang, L.-F.; Hung, Y.-C.; Lin, C.; Tzou, S.-J.; Chou, L.-J.; Pan, H.-H. The Effect of Practice toward Do-Not-Resuscitate among Taiwanese Nursing Staff Using Path Modeling. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2020, 17, 6350.
72. Edward, K.L.; Hercelinskyj, G.; Giandinoto, J.A. Emotional Labour in Mental Health Nursing: An Integrative Systematic Review. *Int. J. Ment. Health Nurs.* 2017, 26, 215–225.

73. Melvin, C.S. Historical Review in Understanding Burnout, Professional Compassion Fatigue, and Secondary Traumatic Stress Disorder From a Hospice and Palliative Nursing Perspective. *J. Hosp. Palliat. Nurs.* 2015, 17, 1.
74. Karimi, L.; Leggat, S.G.; Donohue, L.; Farrell, G.; Couper, G.E. Emotional Rescue: The Role of Emotional Intelligence and Emotional Labour on Well-Being and Job-Stress among Community Nurses. *J. Adv. Nurs.* 2014, 70, 176–186.
75. Syed, I.U. Clearing the Smoke Screen: Smoking, Alcohol Consumption, and Stress Management Techniques among Canadian Long-Term Care Workers. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2020, 17, 6027.
76. Harlow, C. Role of Nature Therapy and Mindfulness for Resilience Among Rural Healthcare Providers. In *Integrative Health Nursing Interventions for Vulnerable Populations*; Vermeesch, A., Ed.; Springer: Berlin, Germany, 2021.
77. Rowe, A.C.; Shepstone, L.; Carnelley, K.B.; Cavanagh, K.; Millings, A. Attachment Security and Self-Compassion Priming Increase the Likelihood That First-Time Engagers in Mindfulness Meditation Will Continue with Mindfulness Training. *Mindfulness* 2016, 7, 642–650.
78. Gracia Gozalo, R.M.; Ferrer Tarrés, J.M.; Ayora Ayora, A.; Alonso Herrero, M.; Amutio Kareaga, A.; Ferrer Roca, R. Application of a Mindfulness Program among Healthcare Professionals in an Intensive Care Unit: Effect on Burnout, Empathy and Self-Compassion. *Med. Intensiva* 2019, 43, 207–216.
79. Germer, C.K.; Neff, K.D. Self-Compassion in Clinical Practice. *J. Clin. Psychol.* 2013, 69, 856–867.
80. Raab, K. Mindfulness, Self-Compassion, and Empathy Among Health Care Professionals: A Review of the Literature. *J. Health Care Chaplain.* 2014, 20, 95–108.
81. Mills, J.; Wand, T.; Fraser, J.A. Palliative Care Professionals' Care and Compassion for Self and Others: A Narrative Review. *Int. J. Palliat. Nurs.* 2017, 23, 219–229.
82. Hart, P.L.; Brannan, J.D.; de Chesnay, M. Resilience in Nurses: An Integrative Review. *J. Nurs. Manag.* 2014, 22, 720–734.
83. Noble, H.; Reid, J.; Walsh, I.; Ellison, S.; McVeigh, C. Evaluating Mindfulness Training for Medical and PhD Nursing Students. *Br. J. Nurs.* 2019, 28, 798–802.

84. Kemper, K.J.; Mo, X.; Khayat, R. Are Mindfulness and Self-Compassion Associated with Sleep and Resilience in Health Professionals? *J. Altern. Complementary Med.* 2015, 21, 496–503.

85. Yu, F.; Raphael, D.; Mackay, L.; Smith, M.; King, A. Personal and Work-Related Factors Associated with Nurse Resilience: A Systematic Review. *Int. J. Nurs. Stud.* 2019, 93, 129–140.

Long COVID-19 e correlati psicologici. Quale intervento?

di **Francesca Dicè**

Si parla sempre di più del Long COVID-19 o Sindrome Post COVID-19, ovvero “una condizione post-virale che può debilitare la persona anche per diverso tempo successivo la guarigione e la conseguente eliminazione del virus dall’organismo” (Gatta, 2021).

Molte persone guarite, infatti, continuano a presentare disturbi per lungo tempo, con strascichi a volte talmente severi da rendere difficile il loro ritorno alla quotidianità (Gatta, 2021; Baig, 2021; Mahase, 2020). Tale persistenza non appare collegata all’intensità dei sintomi durante la malattia e può interessare diversi organi, ma non è ancora chiaro se siano causati direttamente dal virus o dallo stress legato all’infezione (Gatta, 2021; Baig, 2021; Mahase, 2020). Fra i sintomi più diffusi ci sono la persistente stanchezza e la cosiddetta “nebbia mentale”, con connessi problemi di memoria e di concentrazione. Il Long COVID colpisce persone di ogni sesso ed età, ma le donne tra i 40 e 60 anni sembrano essere più predisposte (Gatta, 2021; Baig, 2021; Mahase, 2020).

I pazienti sviluppano uno stato sindromico caratterizzato da debolezza, alterazioni dell’umore, stati di ansia, depressione, cefalea, insonnia e perdita di memoria (Guerrini Usubini & Cattivelli, 2021; Gatta, 2021), che vanno ad aggiungersi alle conseguenze psicologiche già note del COVID-19 quali paura e senso di solitudine e di abbandono durante il ricovero (Guerrini Usubini & Cattivelli,

2021). Coloro che sono stati in terapia intensiva, inoltre, sviluppano spesso sintomi ascrivibili al Disturbo Post-Traumatico da Stress (Gatta, 2021; Quotidiano Sanità, 2021), come incubi, ricordi di panico ed ansia, con tendenza all’isolamento.

Tale scenario evidenzia l’importanza, da parte dei servizi sanitari, di operare un importante monitoraggio dei pazienti anche a seguito della loro negativizzazione e, in caso di riscontro della sindrome, intervenire con tempestività (Gatta, 2021).

Come per molte altre questioni sanitarie legate all’emergenza COVID (Es.: Pandemic Fatigue, Vaccine Hesitancy), anche in questo caso, noi psicologi abbiamo un ruolo importante nel mettere in atto specifici percorsi di sostegno e cura per la psiche affaticata di questi pazienti. Pertanto, è opportuno che, nella nostra attività clinica, abbiamo sempre nella mente la pervasività di questa condizione traumatica nel nostro delicato lavoro di contenimento degli stati ansiosi e preoccupati dei nostri pazienti e di sostegno del loro graduale processo di guarigione; ciò per aiutarli a recuperare la loro serenità, le proprie competenze relazionali e la loro autonomia quotidiana (Guerrini Usubini & Cattivelli, 2021).

Bibliografia.

Baig A.M. (2021). Chronic COVID syndrome: Need for an appropriate medical terminology for long-COVID and COVID long-haulers. *Journal of Medical Virology*, 93(5):2555-2556 DOI: 10.1002/jmv.26624

Gatta R. (2021). Sindrome Long Covid: quanto dura e quali sono i disturbi più comuni? Retrieved from <https://www.marionegri.it/magazine/long-covid>

Guerrini Usubini A. & Cattivelli R. (2021). Le conseguenze psicologiche del COVID a lungo termine. Retrieved from <https://www.auxologico.it/approfondimenti/conseguenze-psicologiche-covid-lungo-termine-long-covid>

Mahase E. (2020). Covid-19: What do we know about “long covid”? BMJ 2020; 370 doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.m2815>

Quotidiano Sanità. Covid. Il trauma da pandemia può lasciare segni sulla psiche fino a 30 mesi. Donne più a rischio. 15.2.21 Retrieved from http://www.quotidianosanita.it/scienza-e-farmaci/articolo.php?articolo_id=92517