

Doi: 10.23823/jps.v4i2.76

L'impatto psicologico del Covid-19 sulla popolazione:
analisi descrittiva delle problematiche psicologiche lockdown correlate
Progetto: Sostegno Psicologico #iorestoacasa

The psychological impact of Covid-19 on the population:
descriptive analysis of lockdown related psychological problems
Project: #iorestoacasa Psychological Support

Dominique D'Ambrosi*, Raffaella Marciano**, Adelaide
Paolucci***, Pietro Crescenzo****, Ivana Ferrara*****, Assunta
Maiorino*****

*Psicologa e Psicoterapeuta sistemico relazionale, Terapeuta Emdr, Associazione Syn-cronia, Eboli, Salerno; **Psicologa e Psicoterapeuta cognitivo comportamentale, Terapeuta metacognitivo interpersonale, Associazione Syn-cronia, Eboli, Salerno; *** Psicologa e Psicoterapeuta analista transazionale, Terapeuta EMDR; ****Psicologo, Associazione di volontariato Migranti Senza Frontiere, Salerno; *****Psicologa e Psicoterapeuta sistemico relazionale, Mediattrice Familiare, Associazione Syn-cronia, Eboli, Salerno; *****Psicologa e Psicoterapeuta sistemico relazionale, Terapeuta EMDR, Associazione Syn-cronia, Eboli, Salerno.

Parole chiave

Covid19, sintomi psichici, stress, sindrome generale di Adattamento, teoria polivagale

Keywords

Covid19, psychological symptoms, stress, general adjustment syndrome, polyvagal theory

Riassunto

Il presente lavoro si propone di esporre ed analizzare i dati del servizio di sostegno psicologico gratuito offerto da un gruppo di psicologi durante la fase 1 del lockdown, principalmente nella provincia di Salerno. Una task force di specialisti ha definito il protocollo a cui hanno aderito 40 psicologi, con l'obiettivo principale di offrire un supporto alla popolazione. Il protocollo prevedeva la richiesta delle informazioni demografiche principali (età più provenienza) ed un colloquio di 30 minuti di rinforzo delle strategie di coping. Al termine della prestazione erogata, ogni psicologo ha annotato su un foglio elettronico condiviso i sintomi emersi dal colloquio avvenuto in forma telematica. I risultati evidenziano una richiesta di sostegno per problematiche ansiose e dell'umore, oltre a latenziazione di problematiche psichiche preesistenti, a cui si sono aggiunte in un secondo periodo problematiche relazionali, senso di solitudine. I sintomi manifestati trovano spiegazione nel modello proposto da Selye nella gestione dello stress (la Sindrome Generale di Adattamento) e nella teoria polivagale di Porges con l'assenza della percezione di sicurezza personale ed interpersonale. Il presente studio descrittivo ha mostrato come l'isolamento in casa abbia amplificato le difficoltà di convivenza (maggiormente esperite dal sesso femminile), le problematiche psichiche preesistenti la percezione di solitudine individuale e vuoto sociale. È altamente probabile che l'emergenza abbia destabilizzato coloro

Doi: 10.23823/jps.v4i2.76

che già vivevano situazioni di fragilità emotiva pregressa individuale e familiare. l'isolamento sociale forzato, l'impossibilità di rintracciare segnali di sicurezza all'interno delle relazioni sociali, impattano negativamente sulla stabilità psichica della popolazione.

Abstract

The present work intends to present and analyse the free psychological support service datas of a group of forty psychologists during Italian lockdown in phase 1, mainly in Salerno's province. A specialist task force has defined a joined protocol with the main objective of offering psychological support to the population. This protocol included a main demographic information request and a 30-minute interview to reinforce personal coping strategies. At the end of the provided service each psychologist noted the emerged symptoms on a shared electronic spreadsheet. The results highlight a request of support for problems related to anxiety and moodiness and in a second period relational difficulties and a sense of solitude are added. The General Adjustment Syndrome of Seyle and the polyvagal theory of Porges explain these symptoms as caused by personal and interpersonal perception of safety absence. This descriptive study has shown how home isolation has amplified coexistence difficulties, mainly experimented by female sex, preexisting psychic problems, and individual solitude perception in addition to social emptiness. It is highly probable that the emergency has destabilized those people who already experienced past individual and family emotional fragility. Forced social isolation, the inability to trace security signals within social relations negatively affected stability in Salerno's population.

Introduzione

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), l'11 Marzo 2020 ha dichiarato che il focolaio internazionale di infezione da nuovo coronavirus SARS-CoV-2 può essere considerato una pandemia a causa della velocità e della dimensione del contagio (OMS, 2020). Data l'entità di tale pandemia il fenomeno rientra nella classificazione delle maxi-emergenze (Pietrantonio, Prati & Palestini, 2008; Caviglia, Felaco & Nardiello, 2012), ovvero eventi dannosi che sovvertono il normale ordine delle cose, causando un elevato numero di vittime, nel quale rientrano anche coloro che sono stati danneggiati negli affetti e nelle proprie risorse economiche. È un temporaneo squilibrio tra le richieste delle popolazioni coinvolte e gli aiuti immediatamente disponibili (Fontanari, Gori & Corsini 2003). In psicologia delle emergenze gli interventi psicologici sono finalizzati a supportare le vittime nelle situazioni critiche (calamità naturali, disastri tecnologici, sanitari, sociali o gravi incidenti stradali o sul lavoro) ad alto stress che possono compromettere il normale funzionamento dell'attività psichica (Caviglia & Nardiello, 2009; Caviglia, Felaco & Nardiello, 2012).

Nello specifico l'intervento nelle emergenze è mirato a tre tipologie di vittime: le primarie (gli individui direttamente coinvolti), le secondarie (familiari e amici e delle persone, testimoni dello stesso evento), le terziarie o vicarie (come i soccorritori) e l'intera comunità interessata dall'episodio critico (Pietrantonio, Prati & Palestini, 2008; Sbattella & Tettamanzi, 2013; Caviglia, Felaco & Nardiello, 2012). Il livello di complessità di azione mostra come l'oggetto di studio e di intervento della psicologia non si esaurisca soltanto nel singolo individuo, rispetto

Doi: 10.23823/jps.v4i2.76

al quale si cerca di preservare e ripristinare l'equilibrio psichico, ma si estenda anche alla comunità per prevenire o superare quei fenomeni psichici che si generano nei grandi gruppi umani quali la sindrome da disastro, il panico collettivo o l'esodo di massa (Cusano, 2002).

La percezione di minaccia dell'evento per la propria vita o per l'integrità fisica connota un vero e proprio trauma psichico, inducendo ad un disturbo transitorio e acuto connotato da flashback, disturbi del sonno, agitazione, irritabilità, impulsività e confusione (Farma, 2016).

Il Covid-19, dunque, ha provocato forti ripercussioni nella sfera psicologica e sociale degli individui (Burioni, 2020; Gritti, 2020; Gritti et al., 2020) ed alcune ricerche condotte in Cina (Yao, Chen & Xu 2020; Li e coll., 2020; Codagnone & Gomez, 2020) mostrano che stati di ansia generalizzati, attacchi di panico, difficoltà del sonno e slatentizzazione di problematiche pregresse sono le dinamiche psicopatologiche conseguenziali all'emergenza (Wang e coll., 2020a; Wang e coll., 2020b) e sono in linea con quanto presente nella letteratura sull'intervento psicologico nella maxi-emergenza (War Trauma Foundation, 2010).

Il supporto alla popolazione, sia in termini individuali che collettivi, aiuta a contenere e/o contrastare l'insorgenza di psicopatologie da stress correlate (Caviglia, Felaco & Nardiello, 2012; Pietrantonio, Prati & Palestini, 2008; American Psychiatric Association, 2013; ICD-10, 1994).

Secondo Selye (1979), lo stress è da intendersi come “una risposta aspecifica dell'organismo per ogni richiesta effettuata su di esso dall'ambiente esterno”. Con il termine stress si intende la reazione stereotipata, definita *Sindrome Generale di Adattamento* (Selye, 1956), a diversi stimoli, attraverso un complesso meccanismo di risposta con il quale l'organismo supera le difficoltà e successivamente ritrova un nuovo equilibrio omeostatico. Per Selye, la *Sindrome* si sviluppava su tre fasi, caratterizzate ognuna da due momenti distinti ed opposti, lo shock ed il controshock. Una prima fase, detta di *Allarme*, mostra che l'organismo reagisce allo stimolo attivando il sistema nervoso autonomo, l'apparato endocrino-simpatico e il sistema ipotalamo-ipofisi-corticosurrene, avviando quindi la produzione di glucosio come risorsa di rapido impiego. Nella seconda fase, detta di *Resistenza*, l'organismo cerca di adattarsi all'azione dello stressor implementando il lavoro dell'asse ipofisariosurrenalico con la secrezione di glicocorticoidi in modo da preparare l'organismo alla messa in atto di azione difensive come la fuga, oppure aggressive quali l'attacco allo stimolo. L'ultima fase, detta di *Esaurimento*, corrisponde alla cessazione del pericolo ed al ripristino neurofisiologico dell'organismo che avviene con due modalità: sospensione dell'attivazione del sistema nervoso autonomo al cessare del pericolo o permanenza nella situazione di sovrattivazione del sistema nervoso autonomo, con conseguenze dirette sulla salute (Crescenzo, 2017). Tali processi sono più evidenti in situazioni emergenziali, che vanno analizzate in ottica olistica e grupppale, in quanto tutti gli aspetti biologici, psicologici e sociali di una persona sono dinamicamente e sistematicamente interconnessi (Adler, 1934).

Porges nel 2001 chiarisce che il Sistema Nervoso Autonomo regola tre fondamentali stati di ordine fisiologico, che fanno capo a diverse aree cerebrali, da quelle più primitive, come il tronco encefalico, a quelle più evolute, come i lobi frontali, ma che tali processi debbano essere intesi in un'ottica relazionale. La Teoria Polivagale delle emozioni, inerente gli aspetti biologici del sentirsi sicuri o in pericolo, regge le proprie basi nelle relazioni sociali: secondo tale teoria la loro

Doi: 10.23823/jps.v4i2.76

comprensione ed intervento possono prevenire l'insorgenza di aspetti psicopatologici del trauma. In questo si richiama la teoria di Adler sul bisogno cruciale della connessione sociale ai fini del benessere psichico (Porges, 2001; Millar, 2017).

In sostanza, quando si percepisce una minaccia, si passa da uno stato di attivazione ad uno stato di *freezing* (Porges, 2018) in base al contesto e alla predisposizione personale. Nelle situazioni traumatiche o di Stress Cronico, il nostro sistema nervoso autonomo è impegnato ad attivare meccanismi di difesa, i quali a lungo andare potrebbero essere dannosi per la salute psicofisica, poiché viene a mancare in modo cronico l'equilibrio tra i diversi circuiti del Sistema Nervoso Autonomo (Porges, 2018). L'individuo ha un costante bisogno di percepirsi al sicuro anche attraverso il confronto e la rassicurazione con i suoi simili, in modo che il suo benessere psicofisico possa essere in una condizione di omeostasi.

Considerato, quindi, che la reazione agli stress da parte dell'individuo è di natura così complessa e delicata e quanto sia necessario riuscire a prendersi cura della propria fragilità in momenti di crisi, ed inoltre considerato l'attuale quadro emergenziale, è stato costruito un intervento di supporto psicologico rivolto alla popolazione, di seguito descritto nel dettaglio. Sono stati attivati sportelli di supporto telematico condotti da psicologi, con l'ulteriore intento di monitorare e raccogliere dati sulle dinamiche psicopatologiche nell'utenza richiedente.

Obiettivi di ricerca

Sulla base di quanto esposto, il presente lavoro di ricerca-intervento ha avuto due fondamentali obiettivi: supportare la popolazione in questo periodo delicato e monitorare in termini epidemiologici l'evoluzione della psicopatologia dall'inizio del lockdown alle fasi del suo allentamento.

Metodo

Un tavolo tecnico composto da 40 psicologi e psicoterapeuti provenienti da Campania, Lazio, Puglia ed Emilia Romagna, con diverso orientamento, alcuni specializzati in psicologia dell'emergenza e altri specializzati in EMDR, ha sviluppato una rete di supporto telematico alla popolazione nelle primissime fasi dell'emergenza pandemica e del conseguenziale lockdown. L'accesso allo sportello di ascolto telematico è stato sponsorizzato sui canali social ed in partenariato con Enti Pubblici ed Organizzazioni di Volontariato riconosciute sul territorio nazionale.

Secondo le linee guida della psicologia dell'emergenza formulate da Snider (Snider et al., 2011) e dall'OMS gli interventi di crisi prevedono la strutturazione del primo soccorso psicologico (Everly et al. 2011; Roberts & Ottens, 2005); il supporto telematico ha previsto la somministrazione di brevi consulenze (dai 15 ai 30 minuti) allo scopo di contenere e mitigare la tensione e lo stress attraverso la condivisione del proprio vissuto emergenziale e ridurre il senso di isolamento ricalcando l'impostazione interventista del defusing (Tabacco & Buonocore, 2007).

Il protocollo ha previsto le seguenti fasi di contatto:

Doi: 10.23823/jps.v4i2.76

1. Presentazione del professionista e del setting telematico (l'opportunità di parlare della propria esperienza e delle reazioni alla notizia della pandemia e alle conseguenti restrizioni, e delle attuali preoccupazioni) (Tabella 1);
2. Indagine socio-epidemiologica ed esplorativa;
3. Supporto psicologico finalizzato alla normalizzazione delle emozioni, ponendo una restituzione sul dato di realtà del proprio vissuto e su come tali aspetti potessero essere normali reazioni da stress (Olson & Stewart, 1990) a fronte di un evento anormale (Cuzzolaro & Frighi, 1998) in modo da riportare la persona sulle proprie risorse e capacità di coping (Lazarus & Folkman 1984);
4. Rafforzamento delle risorse personali ed invito all'utente a tornare ad una più regolare organizzazione della routine quotidiana al fine di costruire un'esperienza emotiva più stabile.
5. La conclusione della chiamata chiariva la possibilità di richiamare lo stesso professionista negli orari di reperibilità, per un massimo di 3 telefonate.
6. Al termine della telefonata ogni professionista ha compilato una scheda annotando tutti i sintomi e stati psichici emersi durante il colloquio nel rispetto dell'anonimato (Fрати 2004; Zucconi 2002).

Di conseguenza nel database sono stati imputati i seguenti dati: età, sesso, provenienza, frequenza di fruizione del servizio, presenza di familiari e conoscenti affetti da covid-19 e sintomi emersi.

I sintomi oggetto di indagine di rilevazione sono stati: disturbi del sonno, sintomatologia psicosomatica, pensieri ossessivi, senso di impotenza, riattivazione disturbi preesistenti, disturbi dell'umore, solitudine, problematiche relazionali, sintomi ansiosi, ipocondria. Le analisi statistiche descrittive si sono basate sul calcolo della frequenza quotidiana delle chiamate e dei sintomi, sulla media di questi ultimi nel tempo, sulla media, moda e deviazione standard per genere, per età e per provenienza e sulla frequenza dei sintomi distinte per genere.

Tutte le analisi sono state realizzate con il supporto del programma di calcolo Excel (Microsoft, 2010).

L'analisi della frequenza dei sintomi ha permesso di costruire una curva di distribuzione degli stessi su un arco temporale che va dal 18 marzo al 5 maggio, coprendo 48 giorni di servizio.

Risultati

Complessivamente hanno avuto accesso 112 cittadini, con il 71% donne ed il 29% uomini, per un totale di 142 chiamate. Il 66% delle chiamate è avvenuto durante la prima metà della fase 1, dal 18 marzo all'8 aprile, rappresentate in grafico 1 dalla data più recente in alto. Si evidenzia quindi un picco di chiamate il 19 e il 23 marzo, nei 15 giorni successivi la dichiarazione del lockdown nazionale, come mostrato nel grafico 1.

L'età media della popolazione di riferimento è di 45,31 anni (SD 15,03), con moda di 45 anni e deviazione standard di 15,03, quindi con un intervallo approssimativo che va dai 30 ai 60 anni di età (grafico 2).

L'80% delle chiamate è da parte di cittadini della Regione Campania con il 94,56% proveniente dalla provincia di Salerno (grafico 3).

Doi: 10.23823/jps.v4i2.76

I dati mostrano che ansia, paura del contagio e comportamenti ipocondriaci, oltre a stato di allarme, vertigini, palpitazioni e sovraesposizione alle informazioni, rappresentino il 55,36% dei sintomi emersi, mentre le problematiche relazionali risultano il 10,71% ed il senso di solitudine l'8,04%. In minore frequenza la sintomatologia legata al tono dell'umore (7,14%), la riattivazione di disturbi preesistenti (6,25%) ed il senso di impotenza rispetto all'evento e i pensieri ossessivi che insieme raggiungono il 4,46%. Al 2,68% sono stati registrati disturbi del sonno e per solo lo 0,89% sintomi psicosomatici come unico sintomo espresso (grafico 4).

Il grafico 5 mostra un'evidente differenza di genere per le variabili "Problematiche relazionali" e per la "Solitudine": il 66,67% delle donne ha dichiarato problematiche relazionali, mentre la stessa percentuale è espressa dagli uomini ma per il senso di solitudine, come mostrato nel grafico 5.

Le analisi mostrate nel grafico 6 rivelano che nel periodo iniziale del lockdown le richieste degli utenti sono pervenute per la gestione della paura, dell'ansia e del panico conseguenti l'allerta virologica e gradualmente con un aumento di richieste per problematiche relazionali e senso di solitudine.

Discussione

Il periodo in Italia di maggiore tensione emotiva per l'emergenza Covid-19 va dal 9 marzo al 4 maggio (Fase 1); dai dati raccolti si evidenzia che tra il 18 ed il 24 marzo si è osservato un picco di sintomatologia ansiosa reattiva inerente pari al 55.36%. È possibile osservare come tali picchi relativi alla sintomatologia ansiogena corrispondano ad alcune dirette del Presidente del Consiglio Giuseppe Conte, avvenute nei giorni 21/22/24/ 28 marzo e 01/06/10/23/26 aprile, in orari serali e spesso in ritardo rispetto agli orari ufficialmente programmati, durante le quali venivano descritti scenari cognitivamente ed emotivamente devastanti.

I risultati, inoltre, confermano le ricerche condotte in Cina (Wang e coll., 2020; Li e coll. 2020; Codagnone & Gomez, 2020): la percezione di una eventuale minaccia per la propria vita o per l'integrità fisica di sé o degli altri dovuta al Covid-19 può connotarsi in un vero e proprio trauma psichico (Farma, 2016). La maggior parte del campione di riferimento, infatti, ha espresso ansia, paura del contagio e comportamenti ipocondriaci, oltre a stato di allarme, vertigini, palpitazioni e sovraesposizione alle informazioni (55,36%), a cui seguono problematiche relazionali (10,71%), solitudine (8,04%), disturbi dell'umore (7,14%), riattivazione di disturbi preesistenti (6,25%), senso di impotenza (4.46%), pensieri ossessivi (4,46%), disturbi del sonno (2,68%), sintomatologia psicosomatica (0,89%). Tutti aspetti che possono essere di base per lo sviluppo di patologie post traumatiche da stress.

Questo quadro sintomatologico, sembrerebbe espressione della mancata percezione di sicurezza da parte dell'individuo, che va a declinarsi organicamente attraverso l'attivazione di un meccanismo adattivo che consente all'individuo di adeguare le sue reazioni all'evento (Porges & Dana, 2019). Inoltre, l'evoluzione del quadro sintomatologico appare in linea con le fasi proposte da Selye: un periodo iniziale del lockdown in cui si nota un'acutizzazione di una fase acuta di sintomi, un adattamento costante alla situazione ed il ritrovo di un nuovo equilibrio

Doi: 10.23823/jps.v4i2.76

dettato dall'esaurimento dell'energia psichica dovuta all'emergenza (Selye, 1978; Chetta, 2008).

I sintomi ansiosi (tipici della fase di attivazione da stress enunciata da Selye) trovano, infatti, maggiore frequenza con picchi elevati nella prima settimana di attivazione del servizio, che va a ridosso temporale dell'inizio del lockdown. Invece, nelle settimane successive, ovvero durante le fasi di adattamento e di esaurimento, i sintomi ansiosi sono diminuiti sensibilmente nell'intensità rispetto alla prima fase, pur mantenendosi costanti, mentre prendevano maggiore frequenza altri sintomi, quali il senso di solitudine (8.04%) e le problematiche relazionali (10,71%), in particolare a fine 24 marzo, coerentemente con i decreti che obbligavano alle restrizioni sociali. Il dato indica come abbiano sempre più preso piede sintomi inerenti l'angoscia di solitudine, dovuta alle mutate dinamiche sociali, nonostante la possibilità di fare uso dei supporti tecnologici, come i social media. Secondo Porges, questo quadro sintomatologico può essere ascrivibile alle situazioni traumatiche o di stress continuato in cui la preclusione dei rapporti interpersonali faccia mancare la percezione di sicurezza individuale e collettiva (Porges, 2018; Dan Dana 2018).

Al riguardo, il maggior numero di utenti di sesso femminile (66,67%) sembrerebbe fare matching con la richiesta di supporto per problematiche relazionali, mentre il numero ridotto di utenti di sesso maschile risulta più in linea con la manifestazione del senso di solitudine. Questi dati sono in linea con quanto presente nella letteratura scientifica, e mostrano come le donne esprimano con maggiore frequenza disagi di natura relazionale e psicologica (McManus ed al., 2016) a differenza degli uomini che mostrano maggior difficoltà a richiedere supporto psicologico (Parker e al., 2008).

La letteratura ancora oggi cerca di identificare ulteriori cause, inerenti la differenza di genere sopracitata, che si basino su regole e norme sociali legate al proprio genere come elementi che influenzano particolarmente la scelta di richiedere sostegno psicologico.

Conclusioni

Si può ipotizzare che l'esperienza mondiale del Covid-19, sia diventata per tutta la popolazione uno stressor significativo che ha minacciato la sopravvivenza dell'individuo e della collettività, attivando in ognuno delle specifiche risposte psico-fisiologiche.

Il presente studio descrittivo ha mostrato come l'isolamento in casa abbia amplificato sia le difficoltà di convivenza (maggiormente esperite dal sesso femminile), sia le problematiche psichiche preesistenti, e la percezione di solitudine individuale e vuoto sociale. È altamente probabile che l'emergenza abbia destabilizzato coloro che già vivevano situazioni di fragilità emotiva pregressa individuale e familiare, ed ulteriormente ha profondamente turbato gli individui a causa dell'isolamento sociale forzato, impedendo agli stessi di rintracciare posizioni di sicurezza all'interno delle relazioni sociali.

Ciò può essere indice che l'isolamento in casa abbia aumentato le problematiche relazionali, nello specifico in comorbidità con problematiche psichiche preesistenti associate alle nuove ed emergenti precarie situazioni economiche. Un contesto che sembrerebbe abbia generato una maggiore

Doi: 10.23823/jps.v4i2.76

percezione di solitudine individuale e vuoto sociale, soprattutto nel genere maschile.

Ogni studio presenta dei limiti, e lo studio qui presentato non è di certo esente. L'unicità della situazione di emergenza che ha colpito gran parte della popolazione mondiale, ci ha obbligato ad attuare un cambiamento sostanziale nel setting di accoglienza delle richieste di aiuto, impedendoci di analizzare con strumenti di indagine psicometrica le psicopatologie e di poter avere un andamento delle stesse. Unico strumento utilizzato è stato il colloquio telefonico e la riduzione in cluster sintomatologici inerenti eventuali outcomes psicopatologici, come indicato nel metodo. Il dato più importante è di sicuro la forte richiesta di presa in carico e sostegno psicologico da parte della popolazione. A tal proposito è necessario riflettere sulla mancanza di un adeguato numero di psicologi nel settore assistenzialistico pubblico. Infatti questo aspetto ha mosso la popolazione a rivolgersi a servizi organizzati e condotti da psicologi liberi professionisti, offertisi gratuitamente. Questo gap del servizio di salute pubblica pone in evidenza le reali esigenze della popolazione italiana di ricevere un adeguato supporto per tutelare la propria salute psicologica.

In tal senso sarebbe auspicabile amplificare la rete di supporto psicologico del settore pubblico al fine di consentire a tutti i cittadini di soddisfare il diritto di accedere alla cura e al supporto psicologico, attraverso l'istituzione del servizio psicologico di base.

Infine, in prospettiva futura, ulteriori studi potrebbero indagare l'efficacia del supporto psicologico informatizzato in caso di isolamento, come la telepsicologia.

Bibliografia

- [1] Adler A. (1934), *Physical manifestations of psychic disturbances*, in ANSBACHER, H. L., ANSBACHER, R. R. (a cura di, 1964), *Superiority and Social Interest*, tr. it. *Aspirazione alla superiorità e sentimento comunitario*. Edizioni Universitarie Romane, Roma (2008).
- [2] American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition*, DSM-5. Arlington, VA.
- [3] Burioni R. (2020). *Coronavirus: conseguenze sulla salute mentale dell'epidemia covid-19*. Medical Facts di Roberto Burioni www.medicalfacts.it/2020/04/15/coronavirus-conseguenze-sulla-salute-mentale-dellepidemia-covid-19/Italia
- [4] Chetta G. (2008). *Stress e Benessere*. Educazione mentale nell'ambito della psico-neuro-endocrino-connettivo-immunologia. [Www.giovannichetta.it](http://www.giovannichetta.it)
- [5] Codagnone C. e Gomez C. (2020). *Study on the effects of COVID 19 and lockdown in Italy, Spain, and United Kingdom*. In press. Consultabile: <https://www.stateofmind.it/2020/05/covid-salute-mentale-studio>

- 
- [6] Caviglia G., Felaco R. e Nardiello D. (2012). *Psicologi nelle emergenze. L'operatività nei diversi tempi della catastrofe*. Liguori.
- [7] Caviglia G., Felaco R. e Nardiello D. (2009). *Le dinamiche psicologiche nelle emergenze*. Napoli: Idelson-Gnocchi.
- [8] Crescenzo P. (2017). *Lo stress dell'insegnante: burnout, stress, e personalità nei docenti delle scuole superiori*. Università degli studi di Salerno: Fisciano.
- [9] Cusano M. (2002). *Reazioni psicologiche nelle situazioni di crisi*. in Lo Iacono, Troiano (2002). *Psicologia dell'Emergenza*. Editori Riuniti.
- [10] Cuzzolaro M. e Frighi L. (1998). *Reazioni umane alle catastrofi*. Gangemi editore, Roma.
- [11] Dana D. (2018). *La Teoria Polivagale nella Terapia. Prendere parte al ritmo della regolazione*. Giovanni Fioriti Editore.
- [12] G. Everly, D. J. Barnett e J. M. Links (2012). *The Johns Hopkins model of psychological first aid (RAPID-PFA): curriculum development and content validation*. Article in International journal of emergency mental health 14(2):95-103 · January 2012 with 1,156 Reads.
- [13] Farma T. (2016). *Maxi emergenza nelle calamità e trauma psichico*. Neurobiologia del trauma. Milano.
- [14] Fontanari P., Gori V. e Corsini I. (2003). *Le maxiemergenze, versione online sul sito della protezione civile della regione Piemonte (www.regione.piemonte.it/protezionecivile)*, 28 febbraio.
- [15] Frati F. (2004). *Il segreto professionale la privacy del consenso informato nell'attività sanitaria degli psicologi italiani*. Bollettino d'informazione dell'Ordine degli Psicologi dell' Emilia Romagna n.3 Anno IX dell' agosto 2004.
- [16] Gritti P. (2020). *Family Systems in the Era of COVID-19: from openness to quarantine*. JPS, 4(1), 1-5. Doi: 10.23823/jps.v4i1.64
- [17] Gritti A., Salvati T., Russo K. e Catone G. (2020). *COVID-19 pandemic: a note for psychiatrists and psychologists*. JPS, 4(1), 63-77. Doi: 10.23823/jps.v4i1.70Gritti A. et al.
- [18] Lazarus R. S. e Folkman S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. Springer, New York.

Doi: 10.23823/jps.v4i2.76

- [19] Snider L., van Ommeren M. e Schafer A. (2011). *Primo soccorso psicologico: Manuale per operatori sul campo*. Trad. Cappanna P., Nanni R. e Tecuta L., Editore della versione italiana: Azienda Unità Sanitaria Locale della Romagna.
- [20] Li Z., Ge J., Yang M., Feng J., Qiao L., Jian Y. e Zhou M. (2020). *Vicarious traumatization in the general public, members, and non-members of medical teams aiding in COVID-19 control*. *Brain, Behavior, and Immunity*. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32169498>.
- [21] McManus S., Bebbington H., Jenkins T. S. e Brugha P. E. (eds.) (2016). *Mental health and wellbeing in England: Adult Psychiatric Morbidity Survey 2014*. Leeds: NHS Digital. Available at: <http://content.digital.nhs.uk/catalogue/PUB21748/apms-2014-full-rpt.pdf>
- [22] Millar A. (2017). *Trauma, Connection and Recovery*. in Adlerian Year Book 2017. A Collection of Topical Essays, Adlerian Society UK and Institute for Individual Psychology, Chippenham, UK.
- [23] Olson D. H. e Stewart K. (1990). *Multisystem Assessment of Stress and Health, Model and Stress Profile (HSP)*. University Minnesota.
- [24] Parker G., Beresford B., Clarke S., Gridley K., Pitman R., Spiers G. e Light K. (2008). *Technical Report for SCIE Research Review on the Prevalence and Incidence of Parental Mental Health Problems and the Detection, Screening and Reporting of Parental Mental Health Problems*. [online] York: Social Policy Research Unit, University of York.
- [25] Pietrantoni L., Prati G. e Palestini L. (2008). *Il primo soccorso psicologico nelle maxemergenze e nei disastri. Un manuale operativo, CLUEB*. Bologna.
- [26] Porges S. (2018). *Guida alla Teoria Polivagale. Il potere trasformativo della sensazione di sicurezza*. Giovanni Fioriti Editore
- [27] Porges S. (2001). “*The polyvagal theory: phylogenetic substrates of a social nervous system*”. *International Journal of Psychophysiology*, 42 (2), 123-146.
- [28] Porges S. e Dana D. (2019). *Le applicazioni cliniche della teoria polivagale*. Giovanni Fioriti Editore.
- [29] Roberts A. R. e Ottens A. (2005). *Il modello di intervento in sette fasi: una road map per il raggiungimento degli obiettivi, la risoluzione dei problemi e la risoluzione delle crisi*. *Oxford Journal* (4): 329-339.

- [30] Save the Children (2020). *Isolamento da Coronavirus, violenza domestica e violenza assistita: cosa c'è da sapere*. www.savethechildren.com Marzo.
- [31] Sbattella F. e Tettamanzi M. (a cura), (2013) *Fondamenti di psicologia dell'emergenza*. Milano, F. Angel.
- [32] Seyle H. (1956). *The Stress of Lif*. McGraw-Hill Education.
- [33] Seyle H. (1979 b). *Stress, Cancer, and the Mind*. Plenum Publishing Corporation.
- [34] Trabucco G., Bonocore F. (2007). *Il pronto soccorso triage. Accoglienza, assicurazione, cura, aspettative, vissuti psicologici, bisogni*. Cortina Editore.
- [35] Troiano M. e Lardo T. (2002). *Tecniche di gestione dello stress da evento critico: Il Defusion ed il Debriefing:Care* www.counselling-care.it
- [36] Wang C., Pan R., Wan X., Tan Y., Xu L., Ho C. S., e Ho R. C. (2020). *Immediate psychological responses and associated factors during the initial stage of the 2019 coronavirus disease (COVID-19) epidemic among the general population in china*. International Journal of Environmental Research and Public Health, 17(5),1729. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7084952/>
- [37] Wang G., Zhang Y., Zhao J., Zhang J., & Jiang F. (2020). *Mitigate the effects of home confinement on children during the COVID-19 outbreak*. The Lancet, 395(10228), 945-947. [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(20\)30547X/fulltext?fbclid=IwAR3a3qIYb7Tp72YSLWlazVikS8i4t3GAq265aBgk6ciTpdK9L14mK6q2Y4](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(20)30547X/fulltext?fbclid=IwAR3a3qIYb7Tp72YSLWlazVikS8i4t3GAq265aBgk6ciTpdK9L14mK6q2Y4)
- [38] War Trauma Foundation and World Vision International (2010). *Psychological First Aid Anthology of Resources*. Da: www.interventionjournal.com/ e www.psychosocialnetwork.net
- [39] World Health Organization. (1993). *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: diagnostic criteria for research*.
- [40] Yao, H., Chen, J. H., & Xu, Y. F. (2020). *Patients with mental health disorders in the COVID-19 epidemic*. The Lancet Psychiatry, 7(4), e21. [https://www.thelancet.com/journals/lanpsy/article/PIIS2215-0366\(20\)30090-0/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanpsy/article/PIIS2215-0366(20)30090-0/fulltext)

[41] Zucconi M (2002). *Psicologia giuridica e deontologia: problemi e casistica*, in Calvi E., A cura di (2002) - *Lo psicologo al lavoro*.

Appendice

Tabella1

SOSTEGNO PSICOLOGICO #IORESTOACASA

Protocollo di riferimento per il supporto telefonico

Presentazione:

Specificare il tipo di intervento, gratuito, anonimo, non registrato, con lo scopo di fornire ascolto e provare insieme a ridurre lo stress che si sta vivendo e ritornare ad una certa normalità e stabilità (ad esempio: “Io sono....dottore del gruppo “sostegno psicologico #iorestoacasa”).

Intervento:

- Permettere l’espressione del sintomo per cui la persona chiama (ad esempio: “mi può raccontare cosa le è successo?” “Quali sono state le sue reazioni?”).
- Normalizzare le emozioni provate: “tutte queste reazioni sono reazioni normali ad un evento inaspettato e nuovo come quello che stiamo vivendo in questo momento”.
- Rinforzare le risorse e le capacità di coping (ad esempio: “Come si è aiutato ad affrontare la situazione? Cosa ha fatto o pensato per sollevarsi?” “Quali altre situazioni critiche ha vissuto nella sua vita? Come ne è uscito?” “Come può riconoscere una sensazione, un pensiero, un’emozione che preceda il sintomo per cui ha chiamato?”).
- Fare esercitazioni pratiche e trovare insieme dei modi per prevenire il sintomo.
- Dare feedback positivi.
- Ricordare che tutto il gruppo è a disposizione durante la settimana in caso di momenti difficili.
- Salutare con cordialità ed accoglienza.

GRAFICO N. 1: ACCESSI AL SERVIZIO





