

279

luglio - settembre 2020



la Salute umana

Rivista trimestrale di promozione ed educazione alla salute

Numero monografico

**COVID-19 DI FRONTE ALLA PANDEMIA:
RIFLESSIONI E AZIONI PER TUTELARE LA SALUTE**





“Perché non puoi vendere la solidarietà come vendi una saponetta?”

Con questa domanda nel 1951 il dott. Weibe, psicologo della ricerca, riferendosi alla pubblicità radio/televisiva diede inizio a quello che poi diventerà il “Social Marketing”.

Dopo 70 anni il marketing sociale è maturo per andare oltre il semplice livello tattico e passare al livello strategico al fine di aumentare il benessere e la coesione sociale.

A questo proposito Ilona Kickbusch ha sottolineato la necessità, per la promozione della salute, di co-produrre soluzioni per sfide sociali complesse e il marketing sociale propone la co-progettazione con la comunità per raggiungere obiettivi comportamentali.

Nel libro viene riservata una particolare attenzione al ruolo dei partner, al prodotto aumentato, alla comunicazione e ai social media con un approfondimento sul “Community Based Social Marketing” e il Nudging. Al termine della parte teorica vengono presentate dieci esperienze pratiche nelle quali il marketing sociale è stato utilizzato per affrontare temi ambientali e di salute e quattro progetti degli studenti del corso di Marketing sociale-COMPASS dell’Università di Bologna. In appendice le più importanti “Consensus Conference” internazionali sull’argomento e una riflessione sul Marketing Sociale e l’interazione Uomo/Ambiente completano il volume.

Il primo manuale di marketing sociale italiano è rivolto ai professionisti che lavorano per la promozione della salute e il miglioramento delle condizioni ambientali e agli studenti di marketing sociale come base per costruire i loro progetti.

Sommario

n° 279, 2020

2 NOTIZIARIO

4 EDITORIALE

Verso il Futuro: la crisi come opportunità di empowerment

Paolo Contu

7 NUMERO MONOGRAFICO

Di fronte alla pandemia: riflessioni e azioni per tutelare la salute

8 Complessità di una pandemia

Fulvio Forino

14 Covid-19: etica, organizzazione sanitaria e dipartimenti di prevenzione

Franco Piunti

19 Parlane con me! La narrazione come strategia di promozione del benessere nel supporto psicologico a persone Covid-19 positive

Pasquale Fallace, Maria Pia Costa, Rossella Esposito,

Rosaria Pandolfi, Enrico Bianco

28 Chat Con-Tatto! Covid-19: adolescenti in emergenza

Roberta Alagna, Maddalena Bazzoli, Manola Tognellini

32 Socialità al tempo del distanziamento sociale. Promuovere Ben Essere attraverso la Rete

Erminia Battista

37 L'ascolto del bisogno al tempo del COVID

Maria Grazia Alloisio

42 Pandemia, Isolamento e Disabilità: lo Storytelling come risorsa per il benessere mentale

Aurora Piaggese, Stefania Bargagna, Barbara Parrini,

Giulia Bini, Silvia Carpi

46 Considerazioni su dipendenze, gioco d'azzardo e Internet ai tempi del Covid 19

Luciano Bondi

50 Covid e la riorganizzazione del lavoro in Ospedale

Antonio Molisso

53 Le attività di Promozione della Salute a Scuola nell'emergenza Covid-19 In Umbria. Indagine conoscitiva su criticità e bisogni espressi dai docenti. Analisi quali-quantitativa

A cura di: Giada Fioretti, Sonia Bacci, Elisa Marceddu e

Marco Cristofori

65 Un medico di Medicina Generale e la Scuola

Fabrizio Germini

69 L'esperienza della didattica a distanza. La testimonianza e le considerazioni di un'insegnante della Scuola Primaria

Claudia Librandi

71 Scuola e covid: quesiti e proposte

Fabrizio Germini e Alfonso Cagnano

74 I tre peccati originali

Simonetta Zuccaccia

76 Il pediatra che vorrei

Maria Germini

77 Pensieri sui percorsi formativi ai tempi del COVID

Luisa Marroni, Enrico Mercati

78 Pensando alla scuola ... Usare la crisi come opportunità

Erminia Battista

LA SALUTE UMANA, Rivista trimestrale del Centro Sperimentale per la Promozione della Salute e l'Educazione Sanitaria dell'Università degli Studi di Perugia, fondata da Alessandro Seppilli.

EDITORE: Cultura e Salute Editore Perugia - www.edizioniculturalasalute.com; rivistespes@gmail.com

DIRETTORE RESPONSABILE: Maria Antonia Modolo. REDATTORE CAPO: Giancarlo Pocetta.

COMITATO DI REDAZIONE: Erminia Battista, Filippo Antonio Bauleo, Paola Beatini, Luciano Bondi, Francesca Cagnoni, Marco Cristofori, Osvaldo Fressoia, Patrizia Garista, Fabrizio Germini, Edvige Mancinelli, Elisa Marceddu

SEGRETERIA DI REDAZIONE: Paola Beatini [e-mail paola.beatini@unipg.it]

GRAFICA, IMPAGINAZIONE E STAMPA: Grafox srl

Autorizzazione del Tribunale di Perugia n° 551 del 22.11.1978

Per gentile concessione del "Comité française d'éducation pour la santé" e dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, alcuni articoli sono ripresi dalla rivista "La Santé en action" e da documenti O.M.S.

Abbonamento annuale Italia 2020 - ENTI: cartaceo €100.00 / on-line €90.00 / cartaceo + on-line € 180.00 - PRIVATI: cartaceo €50.00 / on-line €45.00 / cartaceo + on-line € 90.00 - UN FASCICOLO: cartaceo €20.00 / on-line €15.00

Abbonamento annuale Estero 2020 - Cartaceo €150.00 / on-line €120.00 / cartaceo + on-line € 250.00 - UN FASCICOLO: cartaceo €50.00 / on-line €40.00

TUTTE LE TARIFFE SONO IVA INCLUSA (IVA 4%)

PAGAMENTO TRAMITE BONIFICO BANCARIO - IBAN: IT 40 M 02008 03030 000104591258

Conto corrente bancario UniCredit Agenzia di Perugia - Via XX Settembre

intestato a CULTURA E SALUTE EDITORE PERUGIA - codice SWIFT UNCRITM1770



29 / 31 OTTOBRE 2020

XVIII Congresso Nazionale Confederazione Associazioni Regionali di Distretto CARD "Il Distretto e le comunità verso nuove alleanze a favore delle fragilità e della continuità di cura"

Con il Congresso di Milano 2020 CARD si propone di individuare un nuovo mondo possibile e un nuovo modo sostenibile di affrontare nel territorio, in modo corale, le fragilità e la continuità di cura ed assistenza, superando il dualismo usuale tra salute dell'individuo o della collettività/ società e ampliando i ragionamenti sulla SALUTE DELLE COMUNITA'. "Le comunità" è al plurale, perché nei territori dei Distretti,

sempre più vasti e popolosi, vivono Comunità diverse, differenti per numero e caratteristiche, posizionamento geografico od urbanistico, composte quindi da persone diverse per cultura, abitudini, stili di vita. Ed anche "fragilità" è al plurale per valorizzare le diversità e rispettarne le esigenze.

I Distretti sono, e saranno ancor più in futuro, chiamati ad essere strumenti per la prevenzione, promozione e tutela della salute, accanto a coloro che già oggi sono impegnati, nel settore pubblico (in primis i Dipartimenti di Prevenzione) e privati. Tutto ciò richiede regie complesse, di miglior esito se anziché essere realizzate in senso gerarchico si esplicano su forti e condi-

vise motivazioni, anche avvalendosi di nuovi strumenti informatici.

Il Convegno è illustrato, oltre che da grandi esperti, dalle relazioni e contributi di professionisti dei Distretti; esperienze molto significative sono presentate dai Soci CARD delle varie Regioni, componendo quindi un quadro rappresentativo di livello nazionale. L'organizzazione è volta a favorire la discussione ed il dialogo; forte è la volontà di testimoniare - caratteristica di CARD - il valore del nostro Servizio Sanitario Pubblico, Nazionale e Regionale, che CARD da sempre considera come patrimonio da proteggere e salvare.

Per il programma consulta

<http://www.carditalia.com/wp-content/uploads/2020/10/Brochure-CARD-NAZIONALE-29-31-Ottobre-2020.pdf>





Public health for the future of humanity: analysis, advocacy and action

Online event, 12 – 16 October 2020 in Central European Time

Il 16° Congresso Mondiale di Sanità Pubblica, con una adesione straordinariamente numerosa, dimostra quanto sia vivo il bisogno dei cultori della Sanità Pubblica di incontrarsi per comunicare e scambiare le rispettive esperienze, discuterne i risultati, contribuire, mettendo a disposizione le proprie competenze, alla soluzione dei complessi e difficili problemi che un'adeguata prevenzione implica. In questo periodo dove il mondo della sanità ha avuto come protagonista il COVID-19, la Sanità Pubblica è molto più di ogni altra disciplina chiamata a rispondere ad una domanda sociale, istituzionale ed individuale sempre più esigente e sempre più responsabilizzante. Questa edizione virtuale vedrà protagonista anche la SItI e gli operatori di sanità pubblica delle

Università, dei Dipartimenti di Prevenzione, dei Distretti e degli Ospedali del Paese che sono riconosciuti come elemento chiave nel controllo della pandemia da COVID-19. Questa è la testimonianza di ciò che può fare l'alleanza dell'impegno e dell'intelligenza di energie vive e generose che si sono impegnate, senza risparmio, per affrontare le grandi tematiche della Sanità Pubblica.

Per il Programma dettagliato consulta <https://wcp2020.com/wcp2020-congress-programme-83>



Questo Congresso vedrà protagoniste ricerca, accessibilità e organizzazione, i tre pilastri su cui si deve fondare la Sanità Pubblica per attuare il suo ruolo istituzionale e per tutelare la salute delle comunità.

“La pandemia di Covid-19 ha sprofondato il mondo in una crisi che tocca tutti i settori della società”. “Mai prima d’ora nella storia moderna un problema di salute ha avuto un impatto così travolgente, mettendo in discussione la stessa visione di società sana” (1).

“Non ritorneremo alla situazione di prima; non è possibile. Nel corso della storia, epidemie e pandemie hanno sempre cambiato le società e questa non sarà diversa” (2).

La pandemia è emersa in un sistema complesso (sistemi alimentari, abitudini locali, mobilità internazionale...) e retro-agisce sull’equilibrio dello stesso sistema complesso integrandosi con influenze già esistenti (sviluppo tecnologico, digitalizzazione, movimenti politici e sociali, cambiamento climatico...). L’equilibrio di un sistema complesso è sempre dinamico, con un continuo mutuo aggiustamento tra le parti, ma la perturbazione COVID ha generato una scossa improvvisa, accelerando movimenti già in corso (effetto sinergico tra distanziamento fisico e limitazioni ai viaggi da una parte e crescente disponibilità di internet, software per incontri a distanza, smartphone e tablet dall’altra). Il riassetto non potrà che verificarsi intorno a equilibri radicalmente diversi, con nuovi benefici, problemi, sfide e opportunità.

Fino ad ora la percezione della necessità

di decisioni rapide e di una insufficiente competenza di politici e cittadini ha favorito un approccio tecnocratico, in cui gli “esperti” hanno assunto un ruolo chiave nell’orientamento di azioni politiche e comportamenti individuali. Un simile approccio, già discutibile nelle prime fasi dell’epidemia, appare del tutto inadeguato ad affrontare la complessità di un percorso verso nuovi equilibri che implica cambiamenti radicali negli stili di vita individuali e sociali, con “implicazioni su salute, equità, sostenibilità, solidarietà o dignità umana” che coinvolgono diritti, interessi, valori e prospettive differenti.

Per affrontare un cambiamento complesso serve un approccio di sistema e “la promozione della salute ha, nella sua natura, la specifica capacità di offrire una prospettiva di sistema” (1,3).

La vita non è aspettare che passi la tempesta, ma imparare a ballare sotto la pioggia (4)

L’empowerment, individuale e comunitario, è essenziale per una risposta efficace al COVID-19 perché ricerca e tecnologia non rappresentano “la soluzione” della crisi che ci farà tornare alla normalità.

“Un vaccino sarà uno strumento vitale, e speriamo di averne uno il prima possibile. Ma non c’è alcuna garanzia che lo avremo, e anche se avessimo un vacci-

no, questo non porrà fine alla pandemia da solo”.

“Dobbiamo tutti imparare a controllare e gestire questo virus usando gli strumenti che abbiamo ora, e a fare gli adattamenti alla nostra vita quotidiana che sono necessari per mantenere noi stessi e gli altri al sicuro. Per fare questo, ogni singola persona deve essere coinvolta. Ogni singola persona può fare la differenza. Ogni persona, famiglia, comunità e nazione deve prendere le proprie decisioni, in base al livello di rischio in cui vive. Ciò significa che ogni persona e famiglia ha la responsabilità di conoscere il livello di trasmissione a livello locale e di capire cosa può fare per proteggere sé stessa e gli altri” (2).

Ci sono più cose in Cielo e in Terra, Orazio, / Di quante ne possa sognare la tua filosofia (5)

La dominante logica paternalistica, che attribuisce al cittadino il ruolo di passivo esecutore di regole, ingabbia la vita sociale in schemi rigidi che non potranno mai prevedere quali comportamenti siano più adeguati a ogni contesto specifico. Al contrario un “cittadino competente” è in grado di adottare nei contesti mutevoli e imprevedibili della propria vita quotidiana (trasporti pubblici, scuola e lavoro, attività motoria e sportiva, vita sociale), i comportamenti più appropriati per contenere il rischio di conta-

Verso il Futuro: la crisi come opportunità di empowerment

Paolo Contu

gio senza rinunciare ai propri interessi e desideri.

Ma l'empowerment, individuale e comunitario, è soprattutto essenziale per l'assetto dei nuovi equilibri su cui si assesterà il sistema. La Carta di Ottawa, nel promuovere il diritto di individui e comunità a identificare e realizzare le proprie aspirazioni e soddisfare i propri bisogni, propone un approccio adeguato per affrontare la perturbazione generata dalla pandemia mediante un processo di adattamento reciproco (change or cope) tra individui e sistema (6).

Se vogliamo che tutto quello che riteniamo essenziale (aspirazioni fondamentali) rimanga com'è, bisogna che tutto quello che è contingente (strumenti impiegati per realizzarle) cambi (7).

Le sfide poste dal COVID nella vita quotidiana possono, se affrontate con libertà e creatività, generare soluzioni innovative e re-interpretare l'utilizzo delle risorse esistenti, anche con l'abbandono di percorsi obsoleti. In un equilibrio differente lo stesso obiettivo è raggiunto con un percorso differente. La riunione internazionale in presenza durava alcuni giorni per giustificare il viaggio; on line è meglio incontrarsi più spesso e più brevemente. Forse c'è meno interazione stando seduti con la mascherina a un metro di distanza che incontrandosi su zoom

La pandemia offre paradossalmente opportunità inaspettate, ma si può trarre

beneficio dal molto che si può apprendere da questa crisi, solo se, prendendo atto che "non ritorneremo alla situazione di prima", la si affronta con una prospettiva di sistema e una visione di società auspicata. Le soluzioni digitali che sono state sviluppate e attuate per consentire il lavoro e la scolarizzazione da casa saranno molto probabilmente adottate e utilizzate con maggiore frequenza anche a lungo termine, ma saranno utili solo se accompagnate da garanzie di equità sia in termini di accesso alla tecnologia che di competenze (1).

“La sola cosa di cui dobbiamo avere paura è la paura stessa, l'irragionevole ingiustificato terrore senza nome che paralizza gli sforzi necessari a convertire la ritirata in progresso” (8).

1. È la paura irragionevole del contagio, che fa rinunciare anche ad attività a basso rischio;
2. È la paura dell'incertezza, che cerca risposte sicure anche quando non esistono;
3. È la paura degli altri, che estremizza le posizioni e impedisce il dialogo tra chi ha percezioni e visioni differenti;
4. È la paura di decidere, che produce protocolli e regolamenti per ogni situazione;
5. È la paura dell'empowerment, che spinge i governi a limitare l'accesso ai dati e a influenzare i comporta-

menti più con norme e sanzioni che con ragionamenti;

6. È la paura dell'empowerment, che spinge i cittadini ad affidarsi ad altri (autorità, esperti...) invece che cercare di informarsi e ragionare;
7. È la paura di abbandonare abitudini consolidate, anche se non più funzionali al nuovo contesto e superate da nuove tecnologie (sforzarsi di lavorare in presenza anche quando on line si ottengono risultati migliori, mantenere attività palesemente inutili ...);
8. È la paura di sperimentare in pienezza nuove opportunità e tecnologie (cercare di replicare coi nuovi strumenti quello che si faceva coi vecchi), che non consente di sfruttarne e apprezzarne le potenzialità.

La promozione della salute ha molto da offrire per superare la paura e rendere capaci persone e comunità di affrontare la crisi e spostare l'equilibrio del sistema nella direzione della salute e del benessere attraverso strategie che consentano di: (1,9)

1. creare visioni di vita condivise e coinvolgere tutti nei processi decisionali (significatività);
2. sviluppare modelli condivisi sui processi di cambiamento e i risultati desiderati (comprensibilità),
3. identificare e bilanciare obiettivi di vita, risorse e opportunità per promuovere salute (gestibilità);

- sviluppare literacy e life skills per cittadini competenti in grado di assumere il controllo della propria salute e di svolgere il proprio ruolo di partecipanti attivi nell'esercizio della cittadinanza (sviluppare le abilità personali);
- sviluppare competenze di promozione della salute per ri-orientare la leadership professionale verso la salutogenesi, l'empowerment, la partecipazione e l'incorporazione di nuove conoscenze (riorientare i servizi sanitari);
- dare priorità a strategie locali per sostenere e accrescere la coesione della comunità e rendere capaci cittadini, professionisti e politici di definire strategie condivise (rafforzare l'azione della comunità);
- concentrare l'attenzione e l'azione sulle condizioni di vita nei contesti quotidiani (creare ambienti favorevoli);
- promuovere competenze di advocacy (per consentire ai cittadini, compresi i gruppi vulnerabili, e ai professionisti della salute di influenzare il processo decisionale politico (costruire politiche pubbliche di salute).

Verso il Futuro

La visione è quella della Carta di Ottawa. “La salute è creata e vissuta da tutti nella sfera della quotidianità: là dove si impara, si lavora, si gioca, si ama. La salute si crea avendo cura di se stessi e degli altri, acquisendo la capacità di prendere decisioni e di assumere il controllo delle circostanze della vita e facendo in modo che la società in cui si vive consenta la conquista della salute per tutti i suoi membri” (6).

Bibliografia

- <https://www.iuhpe.org/index.php/en/iuhpenews/1366-covid19-health-promo>
- <https://www.who.int/dg/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---21-august-2020>
- Parsons W. From muddling through to muddling up: evidence-based policy making and the modernisation of British Government. *Public Policy Admin.* 2002; 17: 43–60.
- <https://aforismi.meglio.it/aforisma.htm?id=14194>
- https://www.liberliber.it/mediateca/libri/s/shakespeare/amleto/pdf/shakespeare_amleto.pdf
- <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>
- Il Gattopardo
- https://avalon.law.yale.edu/20th_century/froos1.asp

- G F Bauer, M Roy, P Bakibinga, P Contu, S Downe, M Eriksson, G A Espnes, B B Jensen, D Juvinya Canal, B Lindström, A Mana, M B Mittelmark, A R Morgan, J M Pelikan, L Saboga-Nunes, S Sagy, S Shorey, L Vaandrager, H F Vinje Future directions for the concept of salutogenesis: a position article. *Health Promotion International*, Volume 35, Issue 2, April 2020, Pages 187–195

*Paolo Contu
vicepresidente IUHPE per l'Europa*

Di fronte alla pandemia: riflessioni e azioni per tutelare la salute



I Am Legend, Francis Lawrence, 2007

Ci è sembrato inevitabile dedicare un numero monografico de La Salute Umana al tema Covid e lo facciamo per dare voce a tutti i professionisti che operano - di fronte e contro la pandemia - per difendere la salute. A testimonianza, in una drammatica realtà mai

affrontata, dei loro pensieri, delle loro emozioni, della loro tenacia e del senso del dovere nel proseguire quotidianamente il proprio lavoro.

Professionisti della prevenzione, medici di medicina generale, assistenti sanitari, psicologi, educatori narrano

il loro vissuto, le loro esperienze e ricerche a caldo, nella difficile fase di ripartenza dopo il lock-down.

Complessità di una pandemia

Fulvio Forino

Apocalypse Now, Francis Ford Coppola, 1979

Premessa

Quest'articolo è stato scritto alla fine del mese di settembre del 2020, a otto mesi dall'esplosione dell'epidemia da Covid-19, in un momento in cui ci sono segnali di ripresa dell'epidemia e in cui il virus sembra essersi radicato nel nostro paese. Alla luce di quanto oggi è dato sapere non vi sono certezze riguardo a come evolverà la situazione. Alcune cose però le abbiamo comprese. Si tratta di un fenomeno tuttora caratterizzato da un elevato livello di complessità e imprevedibilità. Viviamo in un mondo-società globalizzato in cui i confini tra stati e continenti sono e diventano sempre più porosi. Nessun paese può sentirsi al riparo dallo sviluppo improvviso di un'epidemia e tanto meno di una pandemia che non si possono arginare e portare a estinzione contando su solo su servizi sanitari e ospedali dall'elevata capacità di diagnosi e cura piuttosto che su comportamenti individuali e sociali che sono determinanti.

Segnali

Nel corso del millenovecento si sono verificate tre pandemie influenzali di cui

serbiamo memoria. Nel 1918/1919, c'è stata la cosiddetta "influenza spagnola". Tra il 1957 e il 1958 circa un quinto della popolazione mondiale fu colpito dall'"influenza asiatica" seguita a dieci anni di distanza, nel 1968/69, dalla "pandemia di Hong Kong". La più severa fu certamente l'epidemia influenzale così detta spagnola che nel corso di tre ondate causò più di cinquanta milioni di morti. Oggi se ne parla molto. Molti cercano d'esorcizzarla attribuendone la virulenza al fatto che fu un'epidemia che dilagò in eserciti e popoli ridotti allo stremo dalla prima guerra mondiale. Non sapremo mai come andarono effettivamente le cose. Sappiamo, però, che iniziò negli USA e che prese nome di spagnola quando comparve in Spagna paese neutrale, due nazioni i cui popoli meno d'altri soffrirono a causa della guerra. Nella seconda metà del XX secolo fecero la loro comparsa il virus dell'Aids, e l'Encefalopatia Spongiforme Bovina nota come Mucca pazza. In questi primi venti anni del XXI secolo abbiamo avuto due epidemie SARS dovute a un coronavirus e l'epidemia da

Aviaria. Ogni anno si sono avute epidemie di Ebola a livello di numerose nazioni africane. Un fenomeno come una pandemia non nasce dal nulla. È sempre il risultato di processi spesso sottovalutati perché poco appariscenti e difficili da cogliere nel loro pieno significato se non collegati tra loro: rapida crescita della popolazione mondiale, sviluppo di numero crescente di megalopoli in cui si concentrano decine milioni di persone, sviluppo esponenziale dei mezzi di trasporto su gomma, navale, aereo, ferroviario con centinaia di milioni di persone che si spostano da un paese e da un continente all'altro, salto di specie di virus dovuto all'invasione da parte dell'uomo di aree geografiche dove vivono specie animali che sono altrettanti serbatoi di virus con cui non siamo mai venuti a contatto. Tutti questi non sono fatti, sono tutti processi profondi e che vengono da lontano. Ciascuno d'essi considerato isolatamente non rende conto dell'esplosione di una pandemia che è il drammatico evento rivelatore del loro intrecciarsi. Da quasi un secolo la natura c'invia segnali e ciò nonostan-

te questa pandemia da COVID-19 ci ha colti impreparati. Ha colto impreparati soprattutto noi occidentali convinti di vivere in un mondo globalizzato ma sicuro per noi che forti dei progressi della scienza e della medicina. Perché?

Appena ieri

Pochi ricordano o sanno che il Ministero della Sanità fu istituito nel 1958. Fino a quella data esisteva un Alto Commissariato per l'Igiene e la Sanità Pubblica che faceva parte del Ministero dell'Interno. In altre parole la salute pubblica era una questione d'ordine pubblico. Soggetti ritenuti pericolosi venivano rinchiusi in manicomi provinciali che pullulavano non solo di malati mentali, ma anche di devianti sociali, di "soggetti strani" come persone con ritardi mentali o con patologie ereditarie come, ad esempio, la sindrome di Down. Al ministro dell'Interno facevano capo i prefetti da cui dipendevano il medico provinciale e gli "ufficiali" sanitari, si noti "ufficiali", presenti in tutti i comuni. A loro era affidato il compito di difendere la società dal pericolo delle malattie infettive. Fino alla metà del novecento si moriva di polmonite, peritonite, tonsillite, tifo. Bastava ferirsi o solo pungersi con la spina di una rosa per sviluppare un'infezione mortale. La situazione iniziò a cambiare con il diffondersi degli antibiotici e di nuovi vaccini, ma la struttura e i provvedimenti di sanità pubblica attuati a difesa della popolazione dalle epidemie non cambiarono di molto. Ancora per tutti gli anni sessanta del secolo scorso in caso d'assenza prolungata per essere riammessi a scuola o al lavoro era obbligatorio esibire un certificato medico di riammissione. In caso di malattia contagiosa c'era l'obbligo di restare a casa. In mol-

te province si arrivava al punto d'affiggere sulla porta della casa di un malato di morbillo o di varicella un cartello che avvisava del pericolo. Insomma, virus e batteri, di cui si sapeva poco, erano considerati molto pericolosi e soprattutto erano considerati un pericolo coloro che avevano contratto una malattia infettiva che potevano diffondere e che pertanto andavano isolati.

Paure rimosse e comportamenti scordati

Oggi quell'epoca appare lontanissima. La sanità è stata più e più volte riformata e riorganizzata. Dagli anni sessanta del novecento, in una manciata d'anni, la diffusione delle malattie infettive si è ridotta drasticamente grazie, da un lato, al determinante miglioramento dell'alimentazione, delle condizioni di vita della popolazioni e dell'igiene delle abitazioni e delle città e, dall'altro, grazie al diffondersi degli antibiotici, dei vaccini e dello sviluppo tecnologico della medicina che ebbe, comunque, un ruolo importante. Grazie ai vaccini abbiamo portato a estinzione nell'intero nostro pianeta il vaiolo, l'unica malattia esclusivamente umana. Nel mondo occidentale sono state sconfitte gravi malattie come la poliomielite o il tetano. Molte malattie epidemiche sono state drasticamente contenute. Oggi, viviamo in un altro mondo, in un'epoca in cui tutto è veloce e in cui è difficile mantenere viva la memoria sociale delle condizioni in cui si viveva poco più di due generazioni fa. In più, per nostra natura, come individui e come società tendiamo a rimuovere eventi e vicende dolorose, oscure, che incutono paura e quella delle malattie infettive è una paura che, presi dai progressi della scienza e della medicina, abbiamo rimosso. Abbiamo scordato quei comportamenti

che l'umanità ha appreso in secoli di convivenza pericolosa con il mondo microbico. I giovani d'oggi non hanno alcuna memoria di tutto ciò e per primi fanno fatica a comprendere il senso di comportamenti che ci vengono "imposti". Al massimo hanno ascoltato i genitori raccontare di bisnonni morti di polmonite o di peritonite, di fatti per loro lontanissimi nel tempo e di nessun significato. Come si comprende dai loro comportamenti, poco prudenti e molto diffusi, sono i più esposti ai deliri dei negazionisti, al fanatismo dei Novax, ai richiami di cinici politici interessati a far sì che si sottovaluti la situazione di pericolo in cui si trova la società e ciascuno di noi.

Un evento epocale

Probabilmente la pandemia che stiamo vivendo verrà chiamata "La Pandemia del 2020". Probabilmente sarà ricordata come un avvenimento epocale, uno di quegli eventi che rimangono nella memoria collettiva e nei libri di storia, così com'è stato per l'epidemia di spagnola che colpì di un secolo fa o quella della peste che sconvolse l'intera Europa nel XIV secolo. Sarà ricordata per molte ragioni. La più significativa è che certifica che viviamo in un mondo globalizzato. In passato ci sono state grandi epidemie che però investivano singole aree di un mondo. Questa pandemia non ha precedenti. È un evento mondiale. È la prima volta che un'epidemia colpisce contemporaneamente tutto il mondo. Non è mai successo che i governanti di tutti gli stati si sono trovati costretti a prendere decisioni rapide, ad attuare difficili provvedimenti d'urgenza e a mettere momentaneamente da parte ogni altro problema. Non è mai successo che si bloccasse l'economia d'interesse nazio-

ni; neanche durante le grandi guerre. È forse la prima volta che fermare un'epidemia è la priorità assoluta. I libri di storia riportano avvenimenti e date che segnano uno spartiacque tra il prima e il dopo, tra un'epoca e l'altra. Nel 476 d.C. con la caduta dell'impero romano d'occidente inizia il medio evo che si vuole terminare nel 1492 con la scoperta dell'America che, a sua volta, segnò l'inizio dell'età moderna terminata con la rivoluzione francese da cui prese il via l'epoca contemporanea, quella in cui viviamo. Forse questa pandemia sarà ricordata, come l'evento che fa da spartiacque tra il prima e il dopo della globalizzazione. Quando sarà finita potremo paragonarla alle invasioni barbariche dell'impero romano d'occidente; dopo di loro la vita e la storia dei popoli del Mediterraneo e dell'Europa tutta non furono più le stesse.

Saggezza e consapevolezza della complessità

In tutto questo c'è chi è convinto che la

scienza debba mantenere la sua promessa d'aver in tasca la soluzione per ogni problema. Molti ne sono così convinti di ciò che si stupiscono che, nonostante la tecnologia di cui disponiamo, la scienza non riesca a sconfiggere un virus, una stupida forma di vita incompleta. Molti si arrabbiano perché i biologi vagano nel buio, i medici sono impegnati in una ricerca senza fine di certezze, gli epidemiologi non riescono a fare previsioni. Molti sono inviperiti con i decisori politici che pagano il prezzo più alto accusati come sono di non saper dare certezze e di non saper prendere decisioni che si pretendo debbano essere risolutive e salvifiche. C'è in giro poca di quella saggezza consapevole dell'invisibile complessità sottesa da una pandemia che emerge inarrestabile dall'intrecciarsi di processi globali che vengono da lontano, biologici, economici, sociali, commerciali, medici, migratori, politici, ambientali. Serve molta saggezza e molta consapevolezza del fatto che non ci troviamo ad affrontare e gestire pro-

blemi risolvibili indipendentemente l'uno dagli altri.

Grovigli di problemi

Al contrario, siamo di fronte a grovigli inestricabili di situazioni dinamiche che consistono in sistemi complessi di problemi mutevoli, tra loro interagenti in modo sempre diverso, che è impossibile e pericoloso tentare di risolvere uno per volta ignorando che è collegato a tutti gli altri. Si fa presto a dire vacciniamo. Chi? Perché? In forma obbligatoria? E i Novax che dicono? È sicuro? Quanto dura la copertura? Provoca reazioni avverse e danni nei vaccinati? Quali costi dovremo sostenere? Che ruolo avranno o vorranno giocare le Regioni? Siamo pronti in termini di organizzazione e di personale? Che atteggiamento avrà l'opposizione? Chi produrrà il vaccino è disposto a venderlo a un prezzo contenuto? Che dicono biologi, microbiologi, virologi e infettivologi? Che ne pensa la gente? Vacciniamo prima gli anziani o il personale sanitario? Da quale Regione e



La sottile linea rossa, Terrence Malick, 1998

città s'inizia?

La riapertura delle scuole. Chi ha soluzioni in tasca? Genitori che misurano la febbre ogni mattina? Banchi individuali? Siero test agli insegnanti volontari o obbligatori? Che ne dicono i sindacati? Che significa pulmini scolastici che non devono viaggiare affollati? Mascherine obbligatorie per alunni e docenti? Ogni quanto tempo vanno cambiate? La "scienza" non è onnisciente, tantomeno lo è la politica, soprattutto se pretende di semplificare situazioni e problemi complessi. La biologia, la microbiologia, la medicina, l'epidemiologia non danno certezze. Nel mondo dei viventi non ci sono leggi come quella della gravitazione universale scoperta da Newton. Nei fatti umani e sociali, così come in biologia, non ci sono leggi, ci sono solo regole che non danno certezze assolute, al massimo indicano una certa tendenza di svolgimento di un fenomeno e, poiché è difficile fare previsioni e trovare soluzioni "certamente certe", esperti e scienziati si contraddicono e politici in malafede battono forte sui loro tamburi di guerra. Come ragionare per tentare di capire cosa fare?

Le equazioni servono ad altro

Per andare da un punto A a un punto B esistono infiniti possibili percorsi ed è una verità indiscutibile che la retta è il solo percorso che tutti possono misurare e riconoscere che è il più breve. Una verità scientifica, infatti, è tale solo se si basa su misurazioni oggettive e matematicamente espresse. Misura e matematica, però, di fronte alla complessità marcano un loro limite. Non a caso, secondo Thomas Kuhng: "Nessuna equazione può definire un evento qualunque esso sia". Le equazioni servono ad altro. È complesso tutto ciò che è tessu-

to, intrecciato insieme. L'epidemia di Coronavirus in corso è sicuramente un evento complesso. Ci pone di fronte a un groviglio di problemi complessi, mutevoli, interdipendenti e interagenti uno con l'altro. La pandemia da Covid-19 va affrontata nella sua globalità e con la cooperazione di tutta la società, di tutte le istituzioni di ogni tipo e livello e di tutti i cittadini, dai cui comportamenti dipende largamente la possibilità di contenere il diffondersi dei contagi. Sbarcati nel regno della contingenza, del possibile, dell'imprevedibile, scienziati, accademici, esperti, hanno espresso opinioni contraddittorie che hanno gettato nell'incertezza politici, decisori, comunicatori e, a cascata, amministratori locali e cittadini. Mass media e giornalisti sempre alla caccia del sensazionale hanno fatto e fanno a gara a intervistare questo e quell'esperto, a riportare verità sempre nuove contraddittorie e confondenti, a alimentare e demolire certezza.

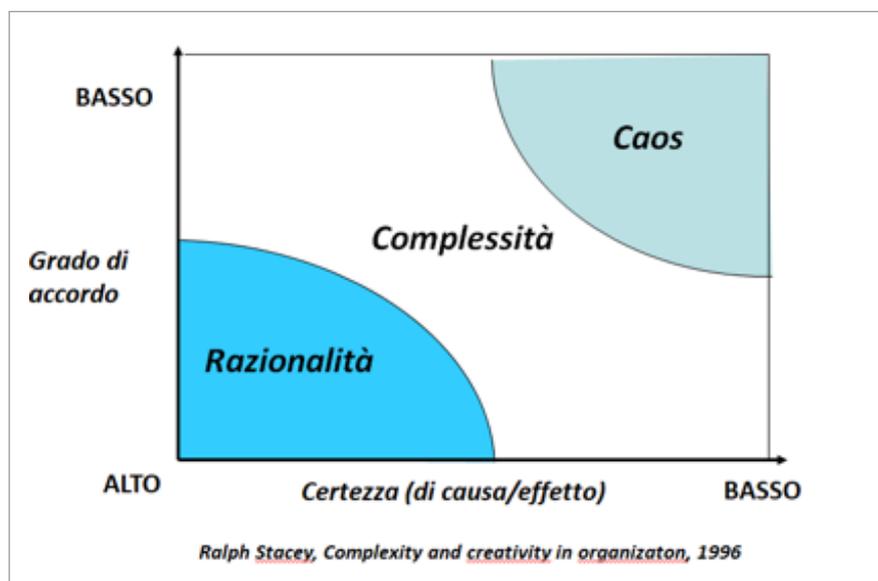
Come è potuto accadere? La matrice accordo/certezza può aiutarci a capire in che situazione ci troviamo e a tentare di darci delle risposte.

La matrice accordo certezza

Sulla matrice accordo certezza, elaborata da Ralph Stacey nel 1996, è possibile collocare un problema in tre aree: *l'area del caos*, in cui accordo e certezze sono nulli o quasi nulli così che è impossibile avere anche solo dei punti di riferimento per immaginare una soluzione tra le infinite possibili; *l'area della complessità*, in cui certezza e accordo possono assumere diversi valori così che ci permettono solo di raggiungere un compromesso o di fare un tentativo o un esperimento, senza, però, avere mai la certezza che, tra le tante possibili, la decisione scelta porterà ai risultati attesi; *l'area della razionalità* in cui il grado di certezza e d'accordo sono comunque sufficienti a individuare la decisione giusta, quella cioè che ci porterà a agire con la certezza che i risultati ottenuti saranno quelli attesi.

Caos

Al suo esordio l'epidemia da coronavirus era un problema che sta tutto nell'area del caos. Scienziati, accademici, esperti si sono trovati di fronte a un virus



sconosciuto. Non avevano alcuna certezza circa le sue caratteristiche biologiche, né circa contagiosità, tempo d'incubazione, morbosità, morbilità, letalità e trattamento della malattia, né, tanto meno, del possibile andamento dell'epidemia. L'assenza di una qualunque certezza, cioè di una verità scientifica, ha comportato una mancanza d'accordo su cosa decidere e fare e un caotico diffondersi d'opinioni e ipotesi discordanti che, amplificate dai social media, hanno disorientato gli stessi mezzi d'informazione e i decisori politici e amministrativi e, di conseguenza, la popolazione.

Complessità

In seguito si sono acquisite delle prime conoscenze che hanno funzionato da punti di riferimento utili ad avviare una discussione tra addetti ai lavori, politici, istituzioni, mass media. Il virus è stato sequenziato, è iniziata una raccolta di dati, sia pure non del tutto certi, sulle caratteristiche del virus, sulla polmonite interstiziale da esso indotta, sul suo trattamento e sulle popolazioni maggiormente a rischio. È stato possibile formulare delle prime ipotesi sulle azioni da mettere in campo. A oggi, anche se non siamo più nel caos più completo, dati e informazioni disponibili sono ancora incerti e insufficienti a prevedere l'andamento dell'epidemia e a determinare scelte che permettano di metterla sotto controllo. In altre parole, il problema di come risolvere l'epidemia a tutt'oggi si sta rivelando in tutta la sua complessità aggrovigliato com'è, con problemi legati alla comunicazione, ai comportamenti individuali e, soprattutto, a comportamenti sociali presupposti dal funzionamento di sistemi diversi da quello sanitario quali, ad esempio, quelli produttivo, dei trasporti, scolastico,

dell'agricoltura, delle attività culturali e sportive. A tutt'oggi, è collocabile ancora solo in piena zona della complessità e, nella situazione in cui si trova ormai l'intero paese, rimane sempre possibile, come sta accadendo, che singoli o gruppi d'esperti così come i mass media, con diverse motivazioni e scopi, esprimano opinioni discordanti e non suffragate da sufficienti livelli di certezza e d'accordo basati su evidenze scientifiche.

Incerteza

Sappiamo che, purtroppo, non è possibile arrestare la progressione di un'epidemia concentrando decisioni e azioni su un'unica e specifica causa su cui agire. L'andamento di un'epidemia, infatti, dipende dallo svolgersi simultaneo di processi multipli ciascuno dei quali dipende da molte variabili che interagiscono tra loro con irregolarità. In questa situazione molto complessa, ai diversi livelli, i decisori non possono che ascoltare opinioni e punti di vista di più scienziati, ricercatori ed esperti di campo, discutere di come procedere in modo trasparente, esaminare più decisioni, valutare i pro e i contro di ognuna e optare per quella più attendibile, razionale e ragionevole tra le tante possibili. Per contenere l'epidemia in atto, in base alle conoscenze disponibili, possono solo raggiungere dei compromessi, sperimentare, fare delle ipotesi e dei tentativi. Qualcuno può dire quando e come finirà questa pandemia? Siamo sicuri che non ci saranno recrudescenze? Chi può prevedere con certezza cosa succederà con la riapertura delle scuole?

Poche certezze e decisioni ragionevoli

Quella da Coronavirus COVID-19 come, ad esempio, il morbillo, la pertosse, la meningite, è una malattia infettiva

a prevalente trasmissione aerea e richiede in primo luogo, sempre e comunque, la cura e la salvaguardia della vita di ciascun malato che è uno dei modi di riduzione della diffusione del contagio. La quarantena è stata inventata dai veneziani. Da secoli abbiamo certezza dell'efficacia delle misure "contumaciali". Nella fase iniziale dell'epidemia, in una situazione di esponenziale di diffusione dei contagi, la decisione più attendibile, razionale e ragionevole non poteva che essere quella d'attuare le uniche misure su cui c'erano alti gradi di certezza e d'accordo: distanziamento sociale e individuazione rigida e a largo raggio e isolamento precoce dei nuovi casi e delle aree ad alta circolazione del virus.

La soluzione siamo noi

Oggi a distanza di sette mesi dall'inizio dell'epidemia nel nostro paese, si hanno alcune certezze in più. Si sono definite le caratteristiche della malattia provocata da Covid-19 e si sono fatti progressi in campo terapeutico. Disponiamo di adeguate quantità di tamponi e kit per test sierologici che hanno una sempre maggiore sensibilità e specificità, che servizi sanitari stanno riuscendo a somministrare quotidianamente a decine migliaia di persone potendo. Questi strumenti stanno permettendo l'individuazione e l'isolamento dei soggetti fonte di contagio, soprattutto di portatori sani che sono la più frequente occasione di contagio interpersonale.

Con l'esperienza s'è andato chiarendo il quadro anatomofisiologico della malattia indotta dal virus covid-19 e il problema diagnostico terapeutico può ragionevolmente essere collocato all'interno dell'area della razionalità, sia pure se in prossimità di quella della

complessità. Sul piano dell'andamento dell'epidemia non è così. Siamo ancora in piena area della complessità. Siamo, infatti, di fronte al radicamento del virus nella popolazione e a una fase di ripresa dell'epidemia. Nel migliore dei casi, per attuare una vaccinazione di massa dovremo aspettare molti mesi e nel frattempo è necessario che decisori politici, così come gli addetti ai lavori, trovino tra loro un alto livello d'accordo che assicuri una comunicazione chiara, tempestiva. I ricorrenti contrasti tra governo centrale e governi regionali, spesso pretestuose, sono sconcertanti. Provocano in chi sta in periferia, sul campo solo confusione, ansia, sfiducia e incertezza su cosa fare. Informazioni dissonanti fornite da prime donne della scienza, da millantati esperti e da negazionisti sabotano una comunicazione univoca capace di far chiaramente comprendere che il contenimento dei contagi dipende soprattutto da ciascuno di noi e non solo dallo stato e da istituzioni, enti locali,

imprese, servizi sanitari. Ormai siamo abituati a confrontarci con le malattie cronico-degenerative. Non c'è la consapevolezza del fatto che quando curo un cardiopatico, un paziente diabetico, un artritico intervengo solo su un individuo e non produco effetti sulla società, mentre se curo un paziente affetto da una malattia infettiva, nel curarlo e isolarlo intervengo sulla collettività perché evito il diffondersi di un agente patogeno; e ciò è tanto più importante nel caso dei portatori sani. Una comunicazione efficace è quella che in primo luogo alimenta la consapevolezza del fatto che ognuno può essere, sia pure inconsapevolmente, "l'untore" di manzoniana memoria e che l'uso di mascherine e, soprattutto, l'adozione di comportamenti individuali e sociali di prudente distanziamento contano più d'ogni altra cosa per arrestare l'epidemia.

Roma 17 settembre 2020

Fulvio Forino
Presidente di Dedalo'97

Covid-19: etica, organizzazione sanitaria e dipartimenti di prevenzione

Franco Piunti

Million Dollar Baby, Clint Eastwood, 2004

La storia dell'umanità è costellata da terribili epidemie, capaci di sterminare intere comunità, determinando in esse cambiamenti biologici, culturali e sociali.

Dal punto di vista biologico hanno contribuito a selezionare individui con un sistema immunitario sempre più efficace e inoltre, secondo molti autori, sono state fattori delle mutazioni, integrandosi con il patrimonio genetico della specie umana, che hanno permesso la nascita dell'*homo sapiens*.

Dal punto di vista culturale di fronte alle epidemie l'*homo sapiens* si è diviso, e si divide ancora, tra chi utilizza gli strumenti della intelligenza creativo-osservazionale per spiegarne le cause e trovare le soluzioni e chi le giustifica per colpe proprie o altrui punite dagli dei o da un dio con relativi sacrifici di uomini ed animali, preghiere a Zeus o ai santi, processioni o peggio giustizie sommarie.

Etica

Il continuo confronto tra un'etica deontologica, di origine prevalentemente religiosa, con doveri stabiliti ex ante, e un'etica consequenzialista, con doveri

stabiliti ex post, che nasce dall'osservazione continua della realtà, hanno comunque determinato azioni convergenti producendo norme con le quali salvaguardare gli interessi della collettività, rispetto ai diritti dell'individuo, secondo il principio della beneficenza che in questo caso era quello di non far morire tutta la comunità.

Dal punto di vista sociale tramite la cultura creativo-osservazionale, le epidemie hanno determinato progressivamente notevoli cambiamenti degli stili di vita e dell'organizzazione sociale con il miglioramento continuo del proprio habitat, dell'acqua, del cibo e dei comportamenti sociali con ripercussioni profonde che hanno influenzato anche la morfologia fisica e la fisiologia della specie umana; la sua statura cresce, la vita sessuale è più precoce e più lunga, la sua speranza di vita alla nascita aumenta progressivamente.

La cultura creativo-osservazionale si è avvantaggiata, successivamente, con l'utilizzo del metodo scientifico avviato nel 1500 da Galileo. Occorre aspettare il '700, in Europa, per un suo utilizzo diffuso grazie al quale l'osservazione delle epidemie

portarono alla individuazione prima delle vie di trasmissione e alla prima sperimentazione delle vaccinazioni antivaiolo già praticata da molti secoli con la variolizzazione ma mai supportata dal metodo scientifico (Edward Jenner 1796).

Nel 1775 la Repubblica di Venezia fu la prima ad approvare l'utilizzo della vaccinazione nella popolazione. Tale pratica svolse la funzione di "rottura": stabilì la liceità di intervenire contro le malattie sia da parte del singolo che dello Stato agendo preventivamente su persone sane. Per la prima volta, la salute fu considerata un bene comune della società, la carità cedette il passo alla ragione che, calcolando il danno sociale degli inutili sperperi di vite umane, dimostrò l'opportunità di sviluppare l'assistenza medica e di estendere i benefici anche ai gruppi e agli strati sociali particolarmente trascurati.

Nasce così, nella sanità, l'etica critica basata su una giustificazione razionale.

Sempre nel 700 a fianco dello sviluppo delle conoscenze sulla trasmissibilità delle malattie infettive e sui modi di prevenirla, nasce una nuova branca della sanità pubblica: l'epidemiologia.

Che ha permesso per la prima volta di definire meglio il principio di beneficenza, il quale presuppone che i beni e i mali siano tra loro confrontabili e misurabili e che vi siano due limiti al suo margine di azione e nel contempo sempre per la prima volta ha permesso di studiare il modo in cui le malattie si diffondono nella popolazione.

Bisogna tuttavia attendere il 1800, e lo sviluppo delle scienze matematiche e della teoria della probabilità perché si dia un fondamento quantitativo alla medicina.

Jeremy Bentham (1748 – 1832) utilizzò i risultati di queste nuove tecniche per promuovere, per primo, una legislazione sanitaria che permettesse di distribuire i frutti al maggior numero di persone. Bentham, filosofo utilitarista predicò con insistenza la dottrina della “maggiore felicità per il maggior numero di persone”. Per la prima volta si faceva strada un nuovo paradigma: la salute di una popolazione e quindi degli individui può essere tutelata da una migliore condizione sociale e da una diffusione su tutto il territorio di una organizzazione sanitaria in grado di osservare la diffusione delle malattie e di applicare le conoscenze tecniche per impedirne la loro diffusione. Da questo paradigma discende anche la consapevolezza che esistono morti evitabili.

L’800 è il secolo in cui producono soluzioni tecniche (vaccinazione, antibiotici, disinfezione, derattizzazione) e normative sulle abitazioni, sulla alimentazione, sulla separazione delle acque sporche da quelle pulite, sui controlli alle frontiere, si istituiscono i servizi sanitari statali.

Delle malattie infettive non ci si limita ad ipotizzare l’agente eziologico, ma si tende ad identificarlo, a isolarlo e a coltivarlo, si individuano le vie di trasmissione, il periodo di latenza della malattia, la durata dell’immunità, si suggeriscono ri-

medi, norme comportamentali, interventi di risanamento.

L’Inghilterra per prima nel 1875, con il Public Health, dispose che ogni centro urbano o zona rurale avesse il suo ufficiale sanitario.

Dall’etica utilitaristica di Bentham si passa all’etica consequenzialista nata dalla ricerca microbiologica, clinica ed epidemiologica avente comunque come esito finale la produzione di norme a salvaguardia della collettività.

Organizzazione sanitaria

In Italia il primo esempio di legislazione sanitaria a salvaguardia della collettività, in vigore su tutto il territorio nazionale, è stato il regolamento napoleonico del 1886, con esso si istituiva la polizia medica alle dipendenze del Ministero dell’Interno.

Solo nel 1934 viene emanato il nuovo Testo Unico delle leggi sanitarie nel quale si costituiva un’organizzazione verticale costituita alla base dal Sindaco, quale autorità sanitaria, con il supporto tecnico dell’Ufficiale sanitario; a livello provinciale con il Prefetto e gli Ufficiali Sanitari e Veterinari provinciali, con il supporto tecnico scientifico dei Laboratori di Sanità Pubblica; a livello nazionale il Ministero degli Interni con il Consiglio Superiore di Sanità e dell’Istituto Superiore di Sanità.

Il Ministero della Salute nasce in Italia il 4 febbraio 1947. L’organizzazione rimane sempre di tipo verticale contribuendo con normative severe a debellare le malattie infettive (etica utilitarista). Ciò ha contribuito a uno straordinario aumento della speranza di vita della popolazione e quindi ad una transizione epidemiologica con il prevalere delle malattie croniche.

Tale nuovo contesto ha stimolato un pluralismo etico nelle azioni rivolte alla tutela

della salute come interesse della collettività: la beneficiabilità per l’utilitarismo, l’autonomia decisionale per l’etica liberale, l’equità per i modelli solidaristici.

La prevalenza delle malattie croniche ha spostato l’attenzione sugli strumenti da attuare per la prevenzione delle nuove patologie con sempre la produzione di normative ma affiancata per la prima volta, siamo negli anni ’70, all’educazione sanitaria, primo passo verso l’autonomia decisionale.

Il Servizio Sanitario Nazionale nasce il 24 dicembre 1978 con la legge di riforma sanitaria n. 833, che introduce un modello universalistico di tutela della salute, sostituendo il vecchio sistema mutualistico fino ad allora vigente e ponendo gli oneri a carico della fiscalità generale. Questo nuovo assetto persegue gli obiettivi di equità, partecipazione democratica, globalità degli interventi, coordinamento tra le istituzioni attraverso la territorializzazione dei servizi.

Con la legge 833/78 si riorganizzano i Servizi di Prevenzione come strumento alle dipendenze non più del Prefetto ma dei Sindaci. Dopo 48 anni dalla approvazione della Costituzione gli interessi della collettività nella sanità, sanciti dall’art 32, sono garantiti in maniera più coordinata e più efficace.

Nel frattempo l’etica liberale promotrice dell’autonomia decisionale è stata alla base della promulgazione della Legge 219/1917 sul consenso informato che si è tradotta, nelle zone che garantivano il più del 95% di copertura anticorpale, nella non obbligatorietà delle vaccinazioni.

Dipartimenti di Prevenzione

Con il Decreto Legislativo n. 502 del 30 dicembre 1992 i Dipartimenti di Prevenzione diventano strumenti operativi delle Regioni, e per la prima volta si parla di

promozione della salute (etica liberale) intesa come processo che permette alle persone di aumentare il controllo su di sé e migliorare la propria salute, rafforzando l'autonomia decisionale e nel contempo ridando ai sindaci un ruolo proattivo nella prevenzione dei determinanti prossimali e distali della salute inerenti la collettività.

Il Dipartimento di Prevenzione promuove azioni volte a individuare e rimuovere le cause di nocività e malattia di origine ambientale, umana e animale, mediante iniziative coordinate con i distretti, con i dipartimenti dell'azienda sanitaria locale e delle aziende ospedaliere, prevedendo il coinvolgimento di operatori di diverse discipline.

I principi etici che governano le attività dei Dipartimenti di Prevenzione sono sempre gli stessi: l'utilitarismo che deve misurare la beneficenza; l'etica liberale per garantire l'autonomia decisionale, l'equità solidaristica per garantire l'utilizzo a tutti.

Rispetto alle malattie infettive i Servizi del Dipartimento di Prevenzione hanno tutti gli strumenti normativi e tecnici per il loro controllo. Il registro delle malattie infettive umane ed animali (i medici ospedalieri e territoriali sono obbligati a denunciare i casi di malattie infettive elencati dal Ministero della Salute ed oggi condivisi a livello europeo e dall'OMS - l'Europa aveva aggiunto nel 2018 anche la Sindrome Respiratoria Acuta Grave - SARS, tra quelle da denunciare).

Hanno competenze tecniche per contact tracing, gli strumenti per migliorare il consenso informato ma nel contempo hanno strumenti normativi che definiscono le azioni di vigilanza effettuate dal personale qualificati come Ufficiali di Polizia giudiziaria con potere di obbligare la quarantena, le vaccinazioni la disinfezione e disinfestazione, prescrivere, multare ed eventualmente chiudere esercizi, case, strutture industriali tramite l'autorità Sanitaria e cioè il sindaco

o alla magistratura. Quindi rispetto alla sorveglianza delle malattie infettive il Dipartimento di Prevenzione ha tutti gli strumenti tecnici e normativi per tutelare la salute della popolazione.

Perché ciò non è successo per il Covid?

L'esplosione improvvisa, violenta e massiccia della epidemia, in alcune parti dell'Italia, avrebbe sorpreso e messo in ginocchio anche la migliore organizzazione sanitaria. I servizi sanitari si sono trovati, in un periodo in cui era attiva l'epidemia influenzale, senza conoscenze sul virus, senza avere gli strumenti classici della sorveglianza sanitaria, senza i dispositivi di protezione individuale sufficienti e senza un sistema collaudato di registrazione.

Nel mese di aprile 2020, l'Istituto Superiore di Sanità, ha effettuato una indagine sulle modalità di registrazione in 44 Dipartimenti di Prevenzione di 14 Regioni. I risultati: le segnalazioni di casi sospetti sono stati in media circa 3 volte il nume-



Million Dollar Baby, Clint Eastwood, 2004

ro di casi confermati e sono state effettuate con un modulo locale nel 46% delle ASL e con un modulo regionale nel 42% dei Dipartimenti (in 9/14 Regioni), ma circa un quarto ha indicato che non sempre venivano usati tali strumenti. Il 2% non aveva alcuna modulistica. I dati dei casi sospetti sono stati registrati nel 52% delle ASL su database locali, mentre nel 20% su database regionali (in 7 Regioni), tuttavia l'11% non ha effettuato registrazioni elettroniche.

L'etica della responsabilità e la cultura creativo-osservazionale ci stimola a valutare i punti critici al fine di poterli ridurre la prossima volta; ne propongo alcuni:

- 1) la transizione epidemiologica con l'aumento delle patologie croniche aveva ridotto l'attenzione sulle malattie infettive;
- 2) il successo sulle precedenti malattie infettive e recentemente sulla SARS hanno dato una illusoria sicurezza;
- 3) le scuole di Igiene a partire dagli anni '90 si erano riorientate verso la promozione della salute trascurando le malattie infettive;
- 4) intorno al 2015 la stragrande maggioranza degli igienisti che si erano formati nella vecchia scuola di Igiene sono andati in pensione con la conseguente perdita delle competenze;
- 5) il sempre minore finanziamento dei Dipartimenti di Prevenzione;
- 6) la mancanza dei dispositivi di protezione individuale;
- 7) la mancanza di strumenti diagnostici diretti ed indiretti per contact tracing;
- 8) la concomitante epidemia influenzale;
- 9) la ridotta attenzione da parte dei medici nel denunciare le malattie infettive;
- 10) la non chiara normativa sulle linee di comando tra il Ministero e le Regioni e le ASL;

- 11) la non completa rappresentatività tecnica ed organizzativa del Comitato Scientifico nazionale;
- 12) la difficoltà della comunicazione scientifica soprattutto nel descrivere il rischio risultando frantumata e contraddittoria;
- 13) la prevalenza, in alcune regioni italiane della clinica rispetto alla prevenzione grazie al successo delle sempre nuove tecnologie.

È vero comunque che in pochissimo tempo le conoscenze scientifiche si sono implementate velocemente, rispetto alle precedenti esperienze e con esse le tecniche diagnostiche e terapeutiche, i dispositivi di protezione individuali, e le disposizioni normative

Queste ultime sono la dimostrazione della velocità dei cambiamenti dovuti alla progressiva conoscenza della natura del virus, della diagnostica, della terapia e della prevenzione, basti pensare che dal 22 gennaio 2020 all'11 settembre 2020 il Governo ha emanato 289 provvedimenti legislativi (circolari, ordinanze, note, deliberi decreti, leggi).

Tutto ciò ha portato a un controllo dell'epidemia che alla data di oggi sembra più efficace rispetto agli altri paesi. L'informazione continua dei dati e la costituzione di un comitato scientifico, pur con le contraddizioni evidenziate, ha reso più facile il consenso informato nella stragrande maggioranza della popolazione.

E non meno importanti sono state le immagini del personale sanitario impegnato oltre al limite a prendersi cura dei pazienti, raccontando una storia diversa di quella percepita come un'Italia gretta ed egoista.

Per una nuova etica della responsabilità

Occorre riflettere su come costruire una nuova etica della responsabilità basata su:

1. la produzione e correttezza dei dati che presuppone una partecipazione convinta non solo dei tecnici ma anche dei cittadini che devono confrontarsi con il valore della privacy;
2. un osservatorio sulle malattie infettive che permetta di monitorare costantemente e individuare i fattori di rischio, le priorità, e valutare l'efficacia delle azioni intraprese (equità solidaristica - beneficenza);
3. una informazione corretta quindi interdisciplinare tecnica e organizzativa che renda esplicita l'equazione "la mia salute dipende dai comportamenti miei e da quelli degli altri" sentendosi comunità e quindi accettando così i divieti imposti;
4. la contaminazione delle conoscenze tecniche ed organizzative: occorre cioè iniziare a costruire una intelligenza collettiva supportata da quella artificiale per integrare queste conoscenze all'interno dell'etica della responsabilità. In questa epidemia abbiamo visto all'opera genetisti, virologi, tecnici di laboratorio, infettivologi, immunologi, pneumologi, radiologi, anatomopatologi, medici di urgenza, bioeticisti, anestesisti, farmacologi, infermieri, direzioni organizzative ospedaliere e territoriali, igienisti, epidemiologi, statistici, psicologi, personale delle pulizie, esperti in logistica, esperti in approvvigionamento, produttori di farmaci, dispositivi medici e dispositivi di protezione individuali, economisti, legislatori, nazionali, regionali e sindaci, garante della privacy, forze dell'ordine, esperti nei diritti dei lavoratori e degli ammalati;
5. la non perdita della memoria di tutti i punti critici emersi, visto che tali esperienze si ripeteranno; occorre

cioè costruire, in una situazione di non stress, modelli comportamentali e organizzativi che coinvolgano gli esperti e la popolazione con esercitazioni sull'esempio della protezione civile per i terremoti. L'importanza delle esercitazioni è legata alla costruzione di modelli neurologici di comportamento individuale e collettivo da applicare nei momenti di stress.

Tali esercitazioni dovranno permettere di riflettere su:

- potere e capacità di individuare i primi focolai da parte dell'OMS;
- linee di informazione e di comando OMS, Europa, Italia, Regioni;
- composizione del Comitato scientifico nazionale che deve essere rappresentativo di tutte le professionalità e le organizzazioni coinvolte;
- maggiore efficacia della comunicazione, con responsabilizzazione degli organi di informazione;
- piattaforma digitale in grado di integrare a livello nazionale e locale tutte le informazioni utili;
- sviluppo della medicina del territorio potenziando il personale infermieristico e la telemedicina per la gestione clinica nei distretti;
- potenziamento della capacità osservazionale e di intervento dei Dipartimenti di Prevenzione;
- potenziamento dei reparti di semintensiva e intensiva e il loro coordinamento a livello regionale e nazionale;
- rafforzamento e qualificazione delle associazioni del volontariato e del terzo settore;
- qualificazione degli organi di polizia;
- sull'autonomia produttiva europea dei dispositivi medici di prevenzione e degli strumenti diagnostici e terapeutici.

Forse l'epidemia per antonomasia è quella della paura stessa, presente nel paleo-cervello. Perché niente è più infettivo, pericoloso e catastrofico, niente è in grado di dominare gli esseri umani come il puro e semplice panico alimentato dall'ignoranza (predominio del paleo-cervello) e addomesticato dai poteri forti e dai media. Gli unici veri antidoti alla paura, gli unici vaccini utili per difendersi restano la curiosità, l'umiltà e il desiderio di conoscenza tipici della cultura creativo-osservazionale utilizzando il metodo scientifico (corteccia cerebrale). La questione ambientale e l'attuale epidemia stanno determinando una crisi dell'antropocentrismo con tutte le culture da esso prodotte. Si sta insinuando il pensiero che di fronte a tali cambiamenti occorre che l'umanità intera si senta una unica comunità rendendo relativi e pericolosi i nazionalismi, le differenze religiose, le differenze di classe, di sesso o di "razza". Forse sono le prime radici per costruire una nuova etica della Responsabilità.

Riferimenti bibliografici

- Jacques Ruffiè – Jean Charles Sourmia, *Le epidemie nella storia*, Editori Riuniti, 1985
- Guido Silvestri, *Uomini e Virus*, Le Scienze, 2019
- Vito Teti, *Prevedere l'imprevedibile*, Donzelli editore, 2020
- Paolo Giordano, *Nel contagio*, Einaudi Editore, 2020
- Marco Malvaldi, Roberto Vacca, *La pillola del giorno prima, vaccini, epidemie, catastrofi, paure e verità*, Transeuropa editori, 2012
- Marco Geddes da Filicaia, *La sanità ai tempi del Coronavirus*, Il Pensiero Scientifico Editore, 2020
- Maria Teresa Busca, Elena Nave, *Le parole della Bioetica*, ANANKE.lab 2017
- Maurizio Mori, *Bioetica, 10 temi per capire e discutere*, Ed. Bruno Mondadori, 2002

*Franco Piunti
già Direttore Sanitario e
Direttore del Dipartimento di Prevenzione
ASL Biella*

Parlane con me! La narrazione come strategia di promozione del benessere nel supporto psicologico a persone Covid-19 positive

Pasquale Fallace, Maria Pia Costa, Rossella Esposito, Rosaria Pandolfi, Enrico Bianco

Tre colori - Film blu (Trois couleurs : Bleu), Krzysztof Kieślowski, 1993

L'esperienza che il nostro pianeta sta vivendo per la pandemia Covid-19 è assolutamente nuova e unica. La velocità di diffusione del contagio, la drammaticità delle condizioni patologiche hanno determinato una condizione di estremo disorientamento per la perdita di qualunque utile sistema di riferimento precedente. Grazie all'intensa produzione scientifica si vanno lentamente ampliando le conoscenze del virus e dei processi patologici nelle persone contagiate. Tuttavia non si è ancora approdato a protocolli terapeutici risolutivi, cosa che alimenta sensazioni di vulnerabilità ed impotenza. Tutto è nuovo intorno a noi, tutto incontrollabile e ineludibile, l'unico *destino* vissuto è dover attendere inermi e subire quello che ci potrebbe colpire.

Né ci sono di conforto le altalenanti indicazioni degli *esperti* sull'andamento del contagio e sui tempi lunghi per un vaccino. Il bombardamento mediatico ha *garantito* una puntuale informazione su numeri dei contagiati, soggetti in terapia intensiva, deceduti, difficoltà del sistema sanitario, ha documentato l'emergenza creando facile terreno al diffondersi di

sensazioni di ansia e angoscia.

L'angoscia, questo è stato il sentimento più comune, dal latino *angustia* e si lega al verbo *angere* stringere che allude ad uno stato di costrizione e oppressione. La sua natura è proprio quella di essere un vissuto pervasivo e oppressivo che genera una notevole sofferenza psicologica.

Sappiamo che, in genere, terminato il fattore scatenante, lentamente diminuisce anche la condizione di angoscia, salvo nell'*angoscia esistenziale* presente per un tempo illimitato associata a una sensazione di paura e di minaccia costante. In entrambi i casi ha effetti invalidanti in quanto può ostacolare le normali attività dell'individuo, può incidere sulla sfera affettiva e lavorativa. La particolarità durante l'epidemia da Covid-19 è che l'evento scatenante persiste, anzi incalza.

Le limitazioni e le misure di contenimento adottate hanno carattere coercitivo e vengono subite in una condizione di impreparazione e di già complessiva *confusione*. Si devono fronteggiare fattori fortemente stressanti quali il di-

stanziamento fisico, prolungate quarantene, il timore del contagio, l'influenza di fattori di rischio psicosociale quali stress finanziario, perdita del lavoro, lutto, percezione di un carico eccessivo, perdita del ruolo e rottura o seria compromissione delle relazioni significative (1). Nell'evolversi dell'emergenza epidemica da Covid-19 diversi fattori quali *personalità e carattere, stile di vita, condizioni biologiche* influenzano le risposte individuali a questi stress ma tutti sono accomunati dall'incertezza della durata dell'emergenza.

Potremmo confrontare la condizione determinata dal Covid-19 con la più classica delle paure, quella del buio. La consapevolezza di essere all'*oscuro di conoscenze* relative al Covid-19, come in un'*eclissi* di sapere scientifico sulla natura del virus, ha un impatto psicologico senza precedenti su un gran numero di persone e ha gettato i più deboli nel panico totale e conseguentemente nell'angoscia.

In questo quadro le persone esprimono un disperato bisogno di essere ascoltati, supportati e confortati.

Ben più complesso l'impatto psicologico su chi ha anche subito il contagio, direttamente o in famiglia.

La letteratura sugli esiti psicologici dei sopravvissuti a epidemie simili non risulta, ad oggi, particolarmente ricca. Non è attualmente valutabile quale sia l'entità dei danni psicologici registrabili né tantomeno quali saranno le conseguenze a medio e lungo termine di quanto stiamo vivendo.

Studi condotti in pandemie del passato, di dimensioni ben più contenute, hanno mostrato per esempio un elevato incremento del numero di suicidi, soprattutto negli anziani, e lo sviluppo di un disturbo d'ansia in una consistente percentuale (circa la metà) di persone guarite dall'infezione (2-4) e inoltre, gran parte degli operatori sanitari impegnati nella cura dei contagiati, hanno sviluppato nel tempo grave preoccupazione, disturbo post-traumatico da stress, depressione, sintomi somatici e insonnia (5).

Complessivamente è verosimile attendersi un aumento di sintomi ansiosi nella popolazione, per lo più legati a risposte disadattative di fronteggiamento (*coping*) dello stress, e a un aumento del rischio di sviluppare sintomi depressivi e comportamenti auto ed etero-aggressivi.

La nostra esperienza

L'esperienza che proponiamo si sviluppa all'interno di questo quadro di riferimento.

Il nostro gruppo di lavoro è composto da quattro psicologi, tutti psicoterapeuti della U.O.S. di Educazione Sanitaria del Dipartimento di Prevenzione dell'ASL Napoli 2 Nord, che fin dalle prime fasi di diffusione del virus in Italia, cogliendo le difficoltà a cui la cittadinanza sarebbe andata incontro, avevano attivato il Servizio telefonico di supporto psico-

logico *Parlane con me!*

L'iniziativa mirava a fornire una risposta alle persone che, anche a virus ancora *lontano*, vivevano una condizione di crescente apprensione a seguito delle catastrofiche notizie provenienti dai paesi asiatici e dal nord Italia.

L'obiettivo dell'intervento era di intercettare l'ansia individuale, spesso collegata ad una sproporzionata reazione al pericolo effettivo, e di contenere lo sviluppo di fenomeni di panico collettivo. Metodologicamente, in questa fase, abbiamo fatto riferimento alle acquisizioni ormai consolidate della *Psicologia delle emergenze* (6) avvalendoci inoltre delle indicazioni diffuse dall'Ordine Nazionale degli Psicologi attraverso un sintetico ma compendioso *Vademecum* per il supporto psicologico ai cittadini in relazione allo specifico evento della diffusione del Coronavirus.

Il supporto psicologico ai Covid-19 Positivi: riferimenti e specificità metodologiche

Quando la diffusione del virus ha iniziato a coinvolgere il nostro territorio e il contagio si è diffuso in brevissimo tempo - con i primi casi e i primi decessi - il *Servizio Parlane con me!* è stato riservato esclusivamente alle persone Covid-19 positive.

L'emergenza sanitaria è divenuta rapidamente anche un'emergenza psicologica di bisogni di natura emotiva, affettiva e relazionale sempre più numerosi a fronte dell'*isolamento*, della *separazione fisica* dei pazienti dai loro familiari, che moltiplica l'impatto traumatico della malattia.

Con l'introduzione del lockdown il lavoro psicologico mirava anche a sostenere e offrire un contenitore per le ansie proiettate ma soprattutto a creare, nei

limiti del possibile, un *contatto emotivo* volto a garantire quella vicinanza, sia pur virtuale, necessaria quando il contatto fisico è stato interdetto.

Il lockdown sebbene sia un provvedimento necessario per impedire la diffusione del virus, rappresenta un elemento di grave alterazione dell'equilibrio psicoaffettivo individuale e familiare che ha posto anche ai sanitari la difficoltà a trovare risposte adeguate.

Come in tutte le condizioni acute ed inattese, la persona si ritrova a doversi confrontare con una diversa immagine di sé: malato e contagiato, quindi pericoloso per la salute degli altri. L'isolamento stesso, l'assenza prolungata di contatto fisico e di un adeguato supporto emotivo, proprio quando è più intenso il vissuto di fragilità e vulnerabilità, tendono ad aggravare i sentimenti di angoscia, solitudine, paura e colpa. L'eventuale ospedalizzazione, qualunque sia la gravità della sintomatologia, esclude la possibilità di visite da parte di familiari ed il conforto che ne deriverebbe.

Si è osservato inoltre che il periodo di quarantena forzato disposto ai parenti dei pazienti positivi al virus, spesso incrementa il vissuto di ansia e genera sentimenti intensi di colpa per la possibilità di aver contagiato i propri cari esponendoli allo stigma. L'isolamento forzato e la coabitazione coatta hanno un costo psicologico enorme per tutti gli individui coinvolti e per gli operatori sanitari che si prendono cura di loro.

La risposta sanitaria all'epidemia Covid-19

L'esperienza maturata a livello mondiale sull'impatto psicosociale generato dalle epidemie virali, ci dice che lo sviluppo e l'implementazione di una pronta valutazione, di un supporto e

di un trattamento psicologico, dovrebbero essere degli *obiettivi cruciali* e urgenti per dare una risposta sanitaria adeguata all'epidemia di Covid-19 (7). La repentina diffusione del contagio ha però colto impreparato il sistema sanitario costretto a fronteggiare condizioni inimmaginabili più che imprevedibili e a porre priorità ad emergenze ben più immediate e drammatiche di natura medica. In questi mesi abbiamo pertanto assistito a una mobilitazione autonoma degli psicologi di tutti i settori del SSN oltre che dell'associazionismo di categoria, con numerose iniziative ed hanno garantito una consistente e tempestiva risposta. Queste iniziative hanno talvolta risentito dell'estemporaneità che li ha contraddistinti, evidenziando i limiti di una mancata pianificazione e coordinamento che le rendessero immediatamente ed omogeneamente efficaci oltre che rispondenti alla complessità da fronteggiare.

Il contagio ha seguito un andamento per

cui spesso ha colpito interi nuclei familiari: abbiamo seguito persone che hanno dovuto confrontarsi contemporaneamente con il dolore del lutto per il decesso di un proprio familiare, l'ospedalizzazione di un altro, il contagio e l'isolamento per il resto della famiglia, l'impossibilità di svolgere funerali per i propri morti. A questi stress si aggiungono talvolta le difficoltà a ricevere aggiornamenti sulle condizioni dei parenti ricoverati, la difficoltà a confortarsi reciprocamente anche all'interno del proprio stesso nucleo familiare per non diffondere ulteriormente il contagio. Tutte condizioni di incontenibile sofferenza che hanno alimentato sensazioni di *accerchiamento*, di impotenza, di incapacità a recuperare le risorse per affrontare le violente sollecitazioni provenienti da più livelli.

La nostra azione di supporto psicologico si è concentrata su queste persone in cui ci è apparsa, come più urgente, l'esigenza di dare risposta alle particolari condizioni di acuta destabilizzazione emotiva

dovuta ai danni inferti dal contagio.

Le storie delle famiglie ci vengono segnalate dagli increduli operatori sanitari della struttura di Epidemiologia e Prevenzione deputata al monitoraggio epidemiologico, che per primi registrano lo sgomento dei pazienti monitorati.

A queste persone proponiamo attivamente interventi telefonici di supporto psicologico individuali. In alcuni casi più membri della stessa famiglia ne fanno richiesta.

L'intervento

Pur affrontando situazioni spesso complesse, talvolta di famiglie multiproblematiche, è stata sempre molto ben definita la finalità di supporto psicologico del nostro intervento.

Si è prestata attenzione a valutare le persone che possono beneficiare di soli interventi di promozione del benessere individuale finalizzati al miglioramento delle strategie di *coping*, da quelle con quadro psicopatologico più conclamato. Inoltre, siccome il nostro Servizio di *Educazione Sanitaria* non contempla la possibilità di una presa in carico di pazienti, gli interventi sono stati condotti in modo da evitare una eccessiva strutturazione dei rapporti tale da richiedere una fase di svezamento e separazione al termine dell'intervento: un ulteriore lutto per i beneficiari.

L'intervento pertanto, senza nulla togliere all'intensità della relazione stabilita, rimane circoscritto a modelli squisitamente emergenziali e/o di orientamento verso i servizi in cui pianificare azioni a più ampio respiro.

I contatti attivati sono stati immediatamente caratterizzati da inusuale intensità delle emozioni e delle storie raccolte. Il filo del racconto delle vicissitudini che le persone stanno attraversando



Tre colori - Film rosso (Trois couleurs : Rouge). Krzysztof Kieślowski, 1994.

conduce a vicende e condizioni di intensa sofferenza e tristezza, costellate da stati di angoscia profonda ancorata frequentemente alla gestione emotiva dei lutti avvenuti in famiglia, al timore di poter contagiare i propri cari conviventi dovendosene per questo separare.

A rendere complessi in questo periodo le separazioni, i lutti, è la *condizione particolare* in cui questi avvengono e in cui le persone si trovano a doverne elaborare gli effetti.

Dagli anni '70 molti studiosi hanno cercato di sviluppare modelli concettuali descrittivi del decorso del lutto e del cordoglio secondo fasi o stadi.

In generale, *fuori* dai modelli, possiamo affermare che, quando il lutto progredisce, il sopravvissuto integra gradualmente *la storia dell'evento* della morte all'interno della sua narrativa di vita. Man mano che la perdita viene integrata la persona riconosce la realtà della morte, mantiene un accesso ad emozioni opposte in forma modulata, rivede la rappresentazione mentale della persona deceduta e la natura del legame, formula una coerente narrazione della perdita e ridefinisce obiettivi e ruoli di vita (8). Tutto questo molto spesso è mancato alle persone che abbiamo sentito, cristallizzati e sospesi dal non aver potuto *celebrare* queste indispensabili fasi di elaborazione.

In primo luogo *l'ultimo saluto* che ciascuno può dare alla persona cara prima che muoia. In molti casi è venuta a mancare anche una telefonata o una videochiamata per rendere possibile questo momento fondamentale. Il decorso del Covid-19, specie nei pazienti più anziani, passa dal ricovero a un peggioramento repentino delle condizioni e quindi all'isolamento, fino al decesso senza dare ai parenti il tempo necessario

all'ultimo saluto.

Il secondo momento è quello del *saluto collettivo*, il funerale, il commiato di un'intera comunità che svolge una funzione sociale ben precisa nel processo di elaborazione del lutto.

Il divieto di assembramenti ha precluso queste liturgie, pur fondamentali, per ragioni indiscutibili di salute e sicurezza: anche questo rende più difficile il processo di elaborazione del lutto.

Il fatto che siano venuti a mancare questi riti di passaggio fondamentali per la nostra cultura, ha creato una serie di problemi psicologici nuovi.

In assenza di un rito individuale o sociale che sancisca l'evento, è più difficile iniziare il già di per sé faticoso percorso di *assimilazione*. Tutto resta come sospeso in un'atmosfera di incredulità, incertezza e negazione.

Nonostante ci imbattiamo in contenuti tanto pregnanti, e sia pur attraverso il filtro del contatto telefonico, la connessione empatica si realizza rapidamente. Le persone si aggrappano a una voce che molto spesso rappresenta per loro l'unica *piattaforma* consistente su cui muovere passi. I contatti di parenti e amici, sono spesso vissuti con fastidio dai contagiati Covid-19, ci si vergogna della propria condizione e non se ne parla volentieri con i conoscenti a cui vengono attribuite motivazioni di invadente curiosità più che di reale interesse per la loro salute.

Le situazioni e le emozioni impattate hanno alimentato in noi operatori un senso di inadeguatezza ed insufficienza dei nostri ordinari mezzi.

Ci siamo messi alla ricerca di nuovi riferimenti operativi e teorici più rispondenti alla specificità ed eccezionalità di quello che accade e delle condizioni da fronteggiare. In una dimensione di

continuo confronto di gruppo e di supervisione reciproca abbiamo preso atto delle nostre stesse difficoltà a smaltire il carico emotivo generato da situazioni tanto coinvolgenti e inusuali in cui l'impotenza sperimentata dalle persone, a certi livelli di accanimento degli eventi, diviene la nostra impotenza.

La letteratura e il web hanno iniziato ad analizzare le specificità delle risposte psicologiche in questa pandemia Covid-19 e a dare indicazioni.

L'arma del racconto, la sua potenza cartartica in cui rivivere e provare a reificare l'inenarrabile, è divenuta la nostra modalità di riferimento. Narrazioni che fluiscono con i toni talvolta allucinati e difensivamente distaccati di chi non riesce a contenere emotivamente quanto gli sta accadendo, quasi in *terza persona*, come se si attribuisse ad altri le proprie vicende. Ci rivelano lo sgomento e l'incredulità che sia possibile quello che sta accadendo e che stia accadendo proprio a loro!

Racconti in cui non sempre si riesce a condurre i soggetti lungo i percorsi canonizzati dal modello *defusing-debriefing* (6) in cui la successione delle fasi consente un'integrazione dell'immagine traumatica attraverso il linguaggio, ristabilendo il controllo sulle emozioni usando le parole. I pazienti Covid-19 sono molto provati, la descrizione dell'evento e il carico emotivo sono inscindibili, la narrazione segue logiche sincretiche difficilmente orientabili e organizzabili. E allora la presenza dello psicoterapeuta diviene *presenza pura*, non più lo specialista in grado di co-costruire soluzioni, avvalendosi, per esempio, delle tecniche del *counselling*. Egli si pone accanto al paziente in una posizione di ascolto e *compassione* - in quanto capacità di comprendere la

sofferenza e accompagnarla - e semplicemente stabilisce una condizione di fiducia alla ricerca di uno spiraglio possibile, utile a entrambi. Il passaggio attraverso la sofferenza delle persone, le realtà in cui ci siamo imbattuti, situazioni assolutamente nuove che si andavano delineando, ci hanno condotto, anzi obbligati, a costruirci sul campo dei nostri riferimenti per integrare i modelli teorici e i percorsi operativi a noi noti.

Proviamo, per esempio, a dare senso oggi ai percorsi di elaborazione del lutto descritti in letteratura. Il faticoso iter fatto di rituali e di passaggi sociali oltre che psicologici, concordemente riportati, appaiono oggi inapplicabili alla realtà che viviamo. Paradossalmente le vicende narrate da José Saramago ne *“Le intermittenze della morte”* appaiono meno surreali della realtà che viviamo (13).

Al concetto di *angoscia* abbiamo dovuto

attribuire nuovi significati per contenere le condizioni narrate dai *nostri* pazienti. I percorsi di *elaborazione del lutto* così come sono descritti da diversi autori sono risultati inapplicabili nelle circostanze *reali* a cui il virus ci ha costretti. Abbiamo inoltre avvertito l'esigenza di rivisitare in maniera più ampia lo stesso concetto di *comunicazione* alla ricerca di visioni più consone e rispondenti ai bisogni sollevati dalla pandemia Covid-19.

Comunicare con i soggetti positivi

La comunicazione in psicologia riveste una peculiare rilevanza poiché include ed esaspera i fattori emozionali insiti in tutte le relazioni umane. Comunicare non è solo informare ma è cercare di entrare dentro la sfera cognitiva ed emotiva dell'altro, per arrivare a definizioni di percorso condivise sulla base del

rispetto della conoscenza e della carica emozionale di chi deve essere informato e curato.

Il supporto alla popolazione e la promozione del benessere psicologico dei pazienti e dei familiari dovrebbero seguire alcuni principi generali (14) che vanno in direzione dell'*utilizzo di una comunicazione efficace ed autorevole come strumento di intervento*. L'uso di una comunicazione chiara, comprensibile e pratica può ridurre le risposte psicologiche avverse e aumentare l'aderenza comportamentale all'adozione di comportamenti adeguati e stili di vita sani. La percezione del rischio guida e orienta le risposte comportamentali, ma uno stato di angoscia o di disorientamento conseguente a una situazione di crisi, come quella sperimentata dai nostri utenti, può distorcerla facilmente. In questi casi è essenziale riuscire ad individuare un efficace stile comunicativo.

La *buona comunicazione* permette di stabilire con il paziente una *alleanza terapeutica* basata sulla fiducia e accettazione reciproca, sull'empatia e sul coinvolgimento/responsabilizzazione (*empowerment*), influenzando positivamente gli *esiti* del percorso di cura, la *compliance*, l'appropriatezza.

Nella nuova ritmica del *contatto-contagio* il frame della comunicazione, sia in ambito clinico che sociale, evidenzia ancor più l'importanza di un linguaggio *adatto* alla gente in tutti i canali di comunicazione, compresi i media, rispettoso delle persone e inequivocabilmente recepito.

Espressioni negative nel racconto della malattia possono influenzare il modo in cui sono percepite e trattate le persone che si pensano contagiate, i malati, le loro famiglie e le comunità colpite dal virus. Influenzano inoltre la stessa per-



Tre colori - Film rosso (Trois couleurs : Rouge). Krzysztof Kieślowski, 1994.

cezione dell'entità del rischio e lo sviluppo di stati ansiosi o di angoscia.

Alla luce delle condizioni in cui deve svolgersi il supporto psicologico, tra le caratteristiche più forti della nuova comunicazione, consideriamo per esempio la questione della *distanza nel linguaggio*: il parlare a distanza che implica un notevole cambiamento dell'organizzazione linguistica in base allo spazio, al canale e al messaggio.

Supportare a distanza

Parlare a distanza (da remoto, nella maggior parte dei casi al telefono) implica la necessità di essere *visibili* all'ascolto, con un lessico semplice ma ad alta carica emotiva. Una comunicazione che deve personificare lo spazio e dare un'identità sonora forte che colmi il vuoto tra emittente e destinatario.

La normativa anti-Covid-19 prevede una *distanza imposta, ratificata da una legge*, richiede di sviluppare una serie di caratteristiche del linguaggio della *lontananza forzata*, fatta di sentimenti di appartenenza, di elementi ritmici più marcati, di parole di affetto più frequenti. La parola di cura ai tempi di Covid-19 va ripensata, non evocazioni ma necessità di *toccare con la lingua e con la voce*, un linguaggio più decisamente sentimentale che allude ad un incontro che procede per differimenti.

La cosa più importante in questa fase è che le persone si sentano accompagnate e ascoltate da *professionisti* che li aiutino ad attivare le loro risorse interne positive attraverso un percorso molto soggettivo. Vi sono poi alcuni comportamenti indispensabili per costruire una comunicazione efficace come, per esempio, *comprendere* quello che il paziente sta affrontando e dare una risposta alle sue emozioni, usare un linguaggio sempli-

ce e diretto e fornirgli un'eziologia che possa spiegare il suo problema.

Il nostro compito è di tranquillizzare i pazienti, cosa non sempre facile perché la paura riguarda anche noi, ed aiutarli a riappropriarsi del controllo delle proprie emozioni. Perché questo avvenga dobbiamo trasmettere loro, attraverso l'ascolto e la vicinanza, di avere la capacità di farci carico delle loro - e nostre - emozioni distruttive determinate dal Covid-19.

Comunicare è "partecipare"

In situazioni così dolorose, comunicare è difficile ma può esserci utile ricordare che la *comunicazione* è definita anche come *partecipazione*. Nel corso della nostra esperienza di supporto psicologico a persone Covid-19 positive, ci siamo resi conto che la partecipazione si è rivelata la modalità più efficace e rispondente alle complesse condizioni psicologiche che stiamo seguendo all'interno di contesti e condizioni ancor più complessi.

Accogliere il racconto e partecipare alla storia narrata è divenuto, sempre più, il modello di accompagnamento per aiutare le persone a ristabilire il controllo sulle loro emozioni.

Ripartiamo dai *particolari* delle loro vite, ci limitiamo a registrare quanto accade attraverso la viva voce di chi questi eventi particolari sta vivendo e riportiamo il *racconto* di alcune persone che si sono rivolte al nostro servizio dando ampio spazio alle trascrizioni testuali.

In alcuni casi sono le storie narrate da più componenti di uno stesso nucleo familiare in qualche modo *toccati* dal virus. Famiglie in cui i livelli di sofferenza si intrecciano e si moltiplicano a causa della difficoltà delle persone a condividere la propria angoscia con gli

altri nel timore di sovraccaricarli: paradossalmente pur condividendo una stessa condizione aumenta l'isolamento di ciascuno. Qui la complessità ostacola ancor più l'aggancio e la *compliance*.

Ogni membro di una stessa famiglia è, di norma, seguito da un diverso psicologo per garantire a ciascuno la massima libertà di esprimersi fugando il dubbio che le proprie esternazioni, attraverso il contatto con lo stesso professionista, giungano ai propri congiunti.

I casi sono stati selezionati per fornire uno spaccato delle condizioni che più frequentemente ci siamo trovati di fronte, casi emotivamente coinvolgenti ai quali abbiamo ritenuto opportuno *dare voce*.

Paola, Giorgio e Carla

Paola, 60 anni, lavora come governante, vive con il marito Giorgio, 63 anni, artigiano e la figlia, Carla, 36 anni, casalinga, al terzo mese di gravidanza.

Alla data del primo contatto **Paola** e suo marito sono positivi al covid-19, fortunatamente asintomatici, mentre la figlia Carla è negativa. Sono comunque tutti in quarantena nella stessa casa.

- *Che dobbiamo fare, è capitato a noi, da 15 giorni non usciamo di casa, io non ho sintomi, l'unica cosa è che ho molta paura per mia figlia, è al terzo mese di gravidanza e non può andare a fare tutte le analisi, non può andare dalla ginecologa. Io ho paura per lei perché accudisce me e mio marito. Sento mia figlia piangere e mi dispiace perché non posso starle vicino in un momento tanto delicato della sua vita.*

Il virus ha imposto un cambio di ruoli per cui è la figlia a prendersi cura dei genitori, di se stessa e del bimbo che porta

in grembo e Paola se ne dispera.

- *Le dico di non preoccuparsi ma poi non so dirle più niente, non sappiamo se e quando tutto questo finirà, vedo la televisione e mi spavento ancora di più.*

Nonostante la novità del setting telefonico Paola è disponibile al colloquio, parla come un fiume in piena e definisce i nostri contatti come le uniche occasioni di esprimere tutta l'angoscia che la attanaglia e che, da "madre di famiglia", tiene per sé. Si sente rincuorata quando anche sua figlia viene presa in carico per il supporto psicologico.

- *...è più di un mese che risultiamo sempre positivi, a mia figlia hanno detto che, se dovesse contagiarsi, potrebbe essere portata in una struttura per donne in gravidanza, ma è possibile dottoressa? Mia figlia sta piangendo da ieri ed io non so se questa notizia è vera o meno...*

Ha una visione tutta sua di quanto accade all'esterno che apprende dai notiziari, attribuisce logiche divine agli eventi che stanno succedendo esprimendo la sua angosciante visione catastrofica.

- *Penso che questo virus sia volere di Dio per far capire alla gioventù moderna cosa vuol dire restare senza niente, perché i giovani d'oggi hanno tutto e non apprezzano niente, forse così si renderanno conto di quanto sono importanti le cose che gli sono state tolte.*

Solo il pensiero che presto diventerà nonna riesce ad attivare sentimenti positivi.

- *È una bambina, dottoressa, mia figlia ha finalmente fatto la visita, tutti gli esami sono buoni e abbiamo saputo che aspetta una femminuccia, lei si è tranquillizzata e un poco pure io.*

Ciononostante la voce di Paola mi arriva

sempre più stanca e rassegnata, è passato un mese e mezzo dal nostro primo contatto e gli esiti dei tamponi suoi e del marito, Giorgio, continuano a risultare sempre positivi e lei se ne preoccupa.

- *Anche mio marito avrebbe bisogno di parlare con qualcuno, potreste chiamarlo?*

Il percorso con **Giorgio** inizia parallelamente a quello di sua moglie Paola. È lei che lo richiede perché lo vede molto agitato e preoccupato.

Alla nostra prima telefonata appare taciturno e poco propenso al colloquio, ma dopo l'iniziale diffidenza inizia a raccontare delle sue paure e del suo bisogno di affidarsi alla preghiera.

- *Io sono un soggetto cardiopatico ed anche se non ho sintomi ho paura che mi possa venire qualcosa, io prego, prego sempre.*

Passano i giorni e i tamponi effettuati a cadenza quindicinale continuano a sortire esiti positivi, Giorgio attraversa momenti in cui affiora potentemente il nervosismo e lo scoraggiamento. All'ennesimo tampone positivo Giorgio ha un crollo fisico e psicologico, emerge uno stato di impotenza e disorientamento, tenta di rompere la quarantena scappando di casa.

- *È passato, ora sto bene ho solo perso la pazienza e sono uscito dalla mia stanza per affacciarmi dal lato della cucina perché dalla mia finestra non vedo niente mentre dall'altro lato ci sono più pedoni, è stato solo un momento mi sono pentito, non accadrà più...*

- *...non ce la faccio più mi sento inutile, non esco da mesi e non posso fare più quello che facevo prima, abbiamo fatto il tampone, di nuovo positivi ma quando finirà? L'altro giorno sono andato in tilt, ho chiamato il*

medico perché mi sono bloccato con la schiena e gli ho chiesto se era un sintomo di corona virus, il medico ha detto no ma io sono impazzito.

Con parole di vicinanza e comprensione gli ribadisco l'importanza di restare a casa. Faccio leva sulla enorme paura per la salute della figlia invitandolo a evitare il rischio di contagiarla.

I giorni che seguono, sono giorni di apprensione e sconforto, sono giorni sospesi. La rassegnazione di Paola e Giorgio è direttamente proporzionale al mio interessamento all'esito di ogni nuovo tampone effettuato da ciascuno di loro.

- *Paola: finalmente è negativo ma dobbiamo aspettare che ci facciano un altro tampone, siamo contenti ma dobbiamo avere la certezza, quasi come se quella certezza li liberasse del tutto. Poi anche il tampone di verifica dà esito negativo per entrambi.*

- *Paola: sono felicissima stiamo già facendo la spesa, ci hanno dato l'autorizzazione. Anche mia figlia è molto contenta, finalmente! e la sua gravidanza sta andando per il meglio.*

La sua è una voce nuova, più acuta, più forte nonostante la paralisi di questi mesi.

Sono emozionata a vedere i membri di questa famiglia riprendersi in mano la propria vita, riattivare il tempo che il virus aveva sospeso, sciogliere l'angoscia in cui le circostanze li avevano gettati. Non potevo dire loro che condividevo la condizione di attesa di una nuova vita, cosa che ha reso più facile e naturale stabilire con entrambi una valida relazione fin da subito nonostante la novità del setting telefonico. Hanno percepito fin dall'inizio il livello di partecipazione del loro interlocutore e mi sono resa conto di quanto ciò potenziasse l'inten-

sità della comunicazione.

Complessivamente la mia funzione di accompagnamento con lo strumento della *com-prensione* dei loro vissuti, li ha portati alla riconquista di un atteggiamento più consapevole e adattivo verso le vicissitudini e le limitazioni imposte della pandemia.

Carla mi viene segnalata dalla mia collega che segue entrambi i genitori, Paola e Giorgio.

La prima ad avvertire sintomi è la mamma che si contagia a contatto con una persona (poi deceduta) nella casa dove la signora lavora come governante. Dopo pochi giorni anche suo padre risulta positivo.

- *Sono spaventatissima, sono lontana dal mio compagno senza la speranza di poterci vedere prima di chissà quando! Ci dovevamo sposare l'anno prossimo ma adesso non possiamo fare progetti e la paura di potermi contagiare e far male al mio*

bambino, anzi bambina, perché avrò una femminuccia, mi angoscia, non mi fa dormire la notte. La situazione è diventata pesante da gestire.

Il timore del contagio sembra veicolare informazioni che si depositano a livello fisico e poi emotivamente e affiorano sotto forma di sintomi. Emerge una solitudine emotiva inattesa in una persona con aspettative immaginarie del *diventare madre*. Il distanziamento sociale nel quale viviamo a causa del coronavirus ha *cancellato* i rituali di festa della gravidanza da parte di parenti, amici e conoscenti.

Carla sta subendo una alterazione e un forte condizionamento dei vissuti legati alla normale evoluzione del suo stato. Non possiamo sottovalutare le possibili reazioni emotive cui andrà incontro e quali saranno le trasformazioni relazionali nel suo futuro rapporto madre-figlia. Sappiamo che il primo strumento con cui un neonato viene al mondo è il suo cervello somatico ed è proprio il corpo

il primo magazzino di raccolta d'informazioni sull'ambiente circostante. Sarà importante tener presente le variabili che influenzeranno la relazione del nuovo nato con l'ambiente. Le mani che lo accoglieranno potrebbero essere mani serrate di paura, speriamo che non saranno vuote.

Concludendo

Come operatori, di fronte a situazioni come queste non resta altro che accettare di fermarsi e stare semplicemente lì, dare segnali di presenza e disponibilità ad accompagnare anche il silenzio e l'incapacità di aprirsi. Troppe ferite, tutte contemporaneamente, troppa emergenza ancora in atto, troppi elementi di incertezza: l'esito della malattia dei propri congiunti, la presenza drammaticamente attuale del virus, l'indefinitività della durata del lockdown, la totale nebulosità del futuro... una cristallizzazione del tempo a tempo indefinito, la prigionia in una condizione vissuta



Tre colori - Film blu (Trois couleurs : Bleu), Krzysztof Kieślowski, 1993

come surreale... tutto confermato e alimentato dal puntuale e poco confortante aggiornamento dell'incubo in atto da parte dei media.

Per noi operatori nessun possibile elemento esterno a cui ancorare speranze e spiragli di proiezione futura dei nostri utenti, su cui costruire la ripresa di contatto con una realtà propositiva e consentire la riappropriazione del controllo sugli eventi della propria vita e sulle proprie emozioni.

Nulla di tutto questo, se non riuscire a contenere la nostra *ansia di fare*, accogliendo come unica strategia terapeutica possibile l'*attesa*, l'accompagnamento e la *com-passione*, intesa come empatica disponibilità a *com-prendere* la sofferenza dei nostri interlocutori, che diviene anche una nostra sofferenza, e accettarne le manifestazioni. E sentirsi efficaci così...

Rinunciare all'idea onnipotente di *dover e poter* sempre, necessariamente, fare "attivamente" qualcosa.

Riferimenti bibliografici

1. Brooks S, Webster RK, Smith LE, Woodland L, Wessely S, Greenberg N, Rubin GJ. The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *The Lancet Psychiatry*, 2020; 395: 912-920.
2. Nickell LA, Crighton EJ, Tracy CS, et al. Psychosocial effects of SARS on hospital staff: survey of a large tertiary care institution. *CMAJ*, 2004; 170:793-8.
3. Tsang HW, Scudds RJ, Chan EY. Psychosocial impact of SARS. *Emerg Infect Dis* 2004;10:1326-7.
4. Yip PS, Cheung YT, Chau PH, Law YW. The impact of epidemic outbreak: the case of severe acute respiratory syndrome (SARS) and suicide among older adults in Hong Kong. *Crisis*, 2010; 31: 86-92.
5. Chong MY, Wang WC, Hsieh WC et al. Psychological impact of severe acute respiratory syndrome on health workers in a tertiary hospital. *The British Journal of Psychiatry*, 2004; 185:127-33.
6. Rovetto F, Moderato P. Progetti di intervento psicologico. New York: Mc-

Graw-Hill, 2006.

7. Xiang YT, Yang Y, Li W, Zhang L, Zhang Q, Cheung T, Ng CH. Timely mental health care for the 2019 novel coronavirus outbreak is urgently needed. *The Lancet Psychiatry*, 2020; 7 (3): 228-229.
8. Pesci S. Sostegno psicologico e psicoterapia con il lutto e il lutto complicato. *Psicocittà*, 2014.
9. Lindemann E. Symptomatology and Management of Acute Grief. *American Journal of Psychiatry*, 1944; 101:141-148.
10. Marris P. *Widows and Their Families*. London: Routledge e Kegan Pau; 1958.
11. Bowlby J. *Attaccamento e perdita*. Vol. 3. Torino: Boringhieri; 1980.
12. Holmes TH, Rahe RH. The Social Readjustment Rating Scale. *Journal of Psychosomatic Res*, 1967; 11 (2): 213-8.
13. Saramago J. *As intemencias da morte*. Lisboa: Editorial Caminho, 2005.
14. NCTSN National Child Traumatic Stress Network. *Parent/Caregiver Guide to Helping Families Cope With the Coronavirus Disease 2019*. Los Angeles: 2020.

Sitografia

- <https://www.isfar-firenze.it/formazione/psicologia-del-lutto-modelli-descrittivi-pratica-clinica/>
- <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/daily-life-coping/managing-stress-anxiety.html>
- <https://www.ptsd.va.gov>
- <http://www.torinomedica.org/torinomedica/linguaggio-e-covid-19-la-forma-della-lontananza/>
- <https://www.stateofmind.it/2020/03/covid19-paura-coping/>
- <https://www.ipsico.it/news/angoscia>
- <https://www.pazienti.it/contenuti/malattie/angoscia>
- <https://www.CSTSONline.org>
- https://www.researchgate.net/publication/296702540_Il_lutto_e_la_sua_elaborazione/citation/download

Pasquale Fallace
Responsabile UOS Educazione Sanitaria
ASL Napoli 2 Nord

Maria Pia Costa
Psicologa - psicoterapeuta
ASL Napoli 2 Nord

Rossella Esposito
Psicologa - psicoterapeuta
ASL Napoli 2 Nord

Rosaria Pandolfi
Psicologa - psicoterapeuta
ASL Napoli 2 Nord

Enrico Bianco
Direttore Dipartimento di Prevenzione
ASL Napoli 2 Nord

Regione Umbria USL Umbria 1 Comune di Perugia

CON-TATTO! COVID 19

Chat per ragazzi/e fino ai 27 anni dove poter esprimere pensieri e paure in questo momento di emergenza

Chat Con-Tatto! Covid-19: adolescenti in emergenza

Senti il bisogno di parlare? Qui troverai l'ascolto e il sostegno di uno psicologo

Chat Telegram 
https://t.me/Contatto_Covid19
venerdì, giovedì dalle 15:00 alle 17:00

Roberta Alagna, Maddalena Bazzoli, Manola Tognellini

Yau

Come hanno reagito i “nuovi adolescenti” ai limiti imposti dal lockdown? Come si sono incontrate alcune peculiarità di questa generazione e di questa fase evolutiva specifica con l’isolamento sociale e l’utilizzo obbligato degli strumenti della rete perfino per “andare” a scuola? Per comprendere i significati dell’effetto della pandemia ricordiamo i compiti evolutivi dell’adolescente: lo spostamento dell’investimento dai genitori verso i pari, le prime amicizie significative, la dimensione gruppale, “il primo bacio”, quindi l’esplorazione di un’insieme di relazioni nelle loro diverse modulazioni sia con i coetanei, che con gli adulti. Adulti che rappresentano da una parte il passato da disinvestire, a cui opporsi con toni aspri e conflittuali per dare forza alla fragile identità nascente e dall’altra oggetto di attenzione e riappropriazione nella ricerca di nuove figure di riferimento; è evidente il ruolo centrale degli insegnanti e di coloro che, come i coach nell’ambito sportivo, ruotano intorno alla vita dell’adolescente. La situazione di emergenza dovuta alla pandemia da Covid-19 ha messo e sta

mettendo a dura prova il contesto, nel senso più ampio del termine, in cui va a collocarsi l’esperienza di quell’adolescente.

Quando parliamo di contesto ci riferiamo sia al mondo esterno, l’ambiente in cui vive, quindi la qualità dei legami familiari, la rete sociale, la condizione socio-economica-culturale, sia alla qualità del mondo interno costituito da fantasie, ricordi, sensazioni, cognizioni ed emozioni.

Gli adolescenti e i giovani rappresentano una categoria a rischio nella crisi attuale: all’improvviso hanno dovuto fare i conti con la paura, l’ansia, lo stress, le difficoltà familiari, i problemi personali e la mancanza di rapporti sociali.

L’esperienza ci ha mostrato quanto le condizioni pregresse possono influire in modo significativo e ripercuotersi sulle capacità cognitive ed emotive necessarie per fronteggiare l’emergenza.

In generale possiamo dire che le condizioni di sofferenza pregresse tendono ad amplificarsi sia in termini quantitativi sia prefigurando un’evoluzione del quadro sintomatologico e generando, nelle

relazioni significative, un’alta emotività espressa.

Pensiamo alle famiglie in cui l’alta conflittualità, la confusione nei ruoli, l’eccessivo coinvolgimento emotivo o al contrario, la solitudine e la distanza definiscono le modalità relazionali abituali.

Pensiamo a quei ragazzi che già tendevano all’isolamento, con poche o inesistenti relazioni sociali, fortemente limitati nei percorsi d’autonomia: “io resto a casa” ha rappresentato per loro il ritrovarsi finalmente nella comune condizione dei loro coetanei, un’opportunità di normalizzazione di comportamenti disfunzionali oggetto delle richieste spesso pressanti di cambiamento degli adulti.

Pensiamo a quei ragazzi con un’attitudine alla diffidenza, alla paura e alla sospettosità verso l’altro. Il virus, nemico invisibile e oscuro, con la sua peculiarità di poter essere in chiunque, in amici e parenti, ha concretizzato, nel senso di reso speculare nella realtà, il loro mondo interno amplificando il vissuto paranoico e in alcune circostanze paradoss-

salmente normalizzandolo.

Infine possiamo riflettere sulle paure realistiche connesse alla pandemia, legate alla preoccupazione per la malattia per sé e per le persone care, in particolare quelle vulnerabili, come gli anziani della famiglia, le preoccupazioni connesse all'impatto economico della chiusura, riverbero delle angosce di genitori in cassa integrazione, o senza lavoro, improvvisamente chiusi in casa con i propri figli.

Non di minore significatività per gli adolescenti, immersi nella scoperta dell'altro come partner affettivo e sessuale, la rinuncia a potersi incontrare. Di certo le nuove generazioni "iperconnesse" non hanno sofferto come molti adulti dell'uso massiccio della rete perché parte integrante del loro ambiente di vita.

Una generazione che J.M.Twenge definisce come "i-Gen" (generazione internet), perché come ci ricorda emblematicamente, indipendentemente dalle condizioni socio-economiche, trascorre in media cinque ore al giorno utilizzando lo smartphone e lo controlla all'incirca 80 volte al giorno.

L'immissione degli smartphone nel commercio comune ha, secondo l'autrice, segnato lo spartiacque di un futuro che è ancora difficile da immaginare per le caratteristiche di novità e rapidità dei cambiamenti in atto.

Vorremmo fare alcune riflessioni rispetto alla connotazione abitualmente data al web da noi adulti.

E' luogo comune o pregiudizio (?) pensare che sia inevitabilmente uno strumento distruttivo per i ragazzi.

La letteratura scientifica (per quanto sia un ambito di ricerca molto recente) ci racconta come l'uso del web non si con-

figuri necessariamente come un fattore di rischio per lo sviluppo psicologico dell'adolescente.

Internet è intanto un insieme di luoghi con proprie peculiarità, quelle peculiarità come ad esempio l'anonimato che possono indurre facilmente sia comportamenti aggressivi -pensiamo al grande tema del cyberbullismo- che comportamenti improntati all'altruismo e alla solidarietà come dimostra il fiorire di diversi luoghi virtuali di supporto emotivo e di informazione gestiti dai ragazzi e rivolti ai propri pari.

Diverse ricerche ci dicono infatti che l'adolescente in Rete non è sprovvisto, ma si muove secondo un progetto strutturato e obiettivi precisi, effettua interrogazioni mirate e specifiche per reperire ciò che gli interessa in un dato momento. Emerge dunque il profilo di un adolescente consapevole fatto che contraddice la tradizionale immagine del minore come soggetto "sprovvisto" e passivo di fronte ai possibili attacchi dell'esterno.

Per quanto riguarda l'ambito di nostro interesse, ovvero l'uso della Rete da parte dei giovani per chiedere aiuto, come testimonia la letteratura, nel corso degli ultimi anni sono emerse alcune linee di tendenza: l'elevata diffusione di problematiche legate al malessere e al disagio psicologico nell'età adolescenziale; la constatazione che rimane esclusa o non poco considerata la domanda di adolescenti non patologici ma che vivono momenti di difficoltà; il sempre maggior ricorso dei ragazzi a Internet come mezzo in cui trovare risposta a tale disagio e per usufruire di consulenze online relativamente a tematiche diverse.

Uno spazio di ascolto che nasce sulla Rete, al di fuori dei vincoli spazio-tem-

porali, incoraggia l'esplicitarsi del bisogno della richiesta di aiuto e crea la possibilità di intervenire sui meccanismi che favoriscono o ostacolano il benessere e quindi sul contesto in cui si origina il disagio.

Alla luce di queste considerazioni e a fronte dell'emergenza Covid-19, il Distretto del Perugino dell'Azienda Sanitaria USL Umbria 1, ha attivato in maniera sperimentale alla fine del mese di marzo 2020, la Chat "Con-Tatto!": un Progetto per il supporto psicologico di adolescenti e giovani adulti tramite chat. Questa iniziativa è nata in collaborazione con il Centro Servizi Giovani del Comune di Perugia e con il sostegno del Servizio Programmazione Sanitaria della Direzione Regionale Salute e Welfare e successivamente è stata implementata grazie alla partecipazione della Rete Aziendale di Promozione della Salute dell'Azienda Sanitaria USL Umbria 1. L'intento è stato quello di creare uno spazio che potesse fare da contenitore a pensieri, riflessioni, paure e ansie che come abbiamo precedentemente sottolineato, sono state inevitabilmente generate e amplificate da questa nuova e inaspettata situazione. La scelta di declinare il supporto psicologico attraverso questo particolare strumento tecnologico nasce dal presupposto che la gestione dei processi comunicativi mediati dalla rete per le "i-Gen", definite anche "Digital Natives", permette di sperimentare ed instaurare nuove relazioni, nuove forme di appartenenza, nuove sensazioni di "stare in presenza" con le alterità, superando le barriere dello spazio e del tempo. L'uso della Chat si propone come un guscio protettivo e supportivo, un luogo connotato nel qui ed ora, uno spazio ideale per sperimentare la propria identità nascente, un ambiente adatto per entrare

in relazione in cui prevale la fluidità, la spontaneità e l'occasionalità. Consente inoltre di stabilire un contatto in modo facile e veloce, di offrire un'occasione per poter dar voce ai propri bisogni, di costruire e ri-pensare significati rispetto ai vissuti legati all'emergenza sanitaria. L'adolescente può raccontarsi con il vantaggio di poter rileggere i contenuti della comunicazione: la chat resta infatti in memoria fino a quando lui stesso non decide di cancellarla. Scrivere e raccontarsi può diventare un'occasione incomparabile di contatto con se stessi nella profondità della propria condizione. Nel caso di vissuti emotivi molto intensi, come ad esempio il dolore psicologico o la sofferenza esistenziale, il bisogno di avere uno spazio entro cui collocarli e custodirli diventa particolarmente importante, in quanto offre una prima possibilità di contenimento e regolazione emotiva. Come ricorda Ferrari, infatti, aiutare l'elaborazione del dolore altrui significa, non solo ma soprattutto, permettere il divenire del dolore interiore e offrire a questo tormento un luogo e un tempo in cui 'esserci'.

Nella tabella 1 riportiamo i principali risultati emersi in letteratura in riferimento ai vantaggi per la ricerca di supporto sincrono online nei giovani.

L'accesso alla chat può avvenire rimanendo in un contesto molto familiare (ad esempio la propria casa) permettendo in tal modo l'ingresso anche a coloro che rifiutano un contatto fisico con l'esterno. Il raccoglimento nel proprio ambiente e il 'silenzio' della chat, in quanto "spazio che ospita esclusivamente parole scritte" contribuiscono a creare intimità, a rendere più semplice l'apertura all'altro, che a volte può essere vissuta con difficoltà nel rapporto vis a vis. Grazie a questa modalità infatti l'utente sa che

I vantaggi per la ricerca di supporto sincrono online nei giovani: I dati della letteratura scientifica
La distanza fisica contribuisce a creare un senso di elevata privacy
La natura anonima della comunicazione supporta le persone a rivelare e ad affrontare gli aspetti di sé più vulnerabili
Il mezzo permette ai giovani di avere più controllo nella gestione del setting on line
I giovani si sentono più a loro agio e più sicuri online
Permette di favorire una richiesta d'aiuto consapevole e orientata

Tabella 1- I vantaggi per la ricerca di supporto sincrono online nei giovani

Obiettivi degli interventi psicologici rivolti agli adolescenti e giovani adulti in coerenza con le indicazioni della comunità scientifica internazionale
Rispondere tempestivamente a richieste di aiuto e sostegno emotivo di adolescenti e giovani adulti
Offrire sostegno emotivo e informazioni sulle comuni reazioni emotive legate all'emergenza sanitaria. Esplicitare quanto e come paura, ansia, sensazioni di smarrimento, incubi notturni, ricordi dolorosi, irritabilità, sensi di colpa, chiusura in sé stessi e apatia, siano da considerarsi reazioni normali, anche al fine di rassicurare ed incentivare condotte auto-protettive e di adattamento attivo
Offrire sostegno psicologico nell'elaborazione delle problematiche legate alla sospensione delle attività di vita quotidiana, alla minaccia, alla confusione, al cambiamento; individuare e attivare il patrimonio di risorse dei ragazzi per elaborare e superare le difficoltà espresse nel corso del colloquio.
Dare supporto per l'individuazione e lo sviluppo di risposte adeguate attraverso il recupero dei legami con familiari, amici che rappresenti lo stimolo a costruire una prospettiva positiva sul futuro
Promuovere l'adozione di corretti stili di vita e comportamenti protettivi rispetto all'emergenza Sanitaria Covid-19.
Prevenire l'insorgenza del Disturbo Post- Traumatico da stress e correlati

Tabella 2 - Obiettivi degli interventi psicologici rivolti agli adolescenti e giovani adulti

può dosare il proprio esporsi allo sguardo dell'altro ed avere più controllo nella gestione della comunicazione (Tab. 1). La Tab. 2 riporta gli obiettivi che, in coerenza con le linee guida che orientano il clinico nel lavoro in questa fascia d'età, ci siamo proposti nell'attivazione di questo progetto sperimentale, in ri-

sposta all'emergenza sanitaria. Coerentemente con le motivazioni che hanno reso possibile la nascita della chat Con-Tatto abbiamo cercato di garantire ogni possibile azione di prevenzione dell'insorgenza del disturbo post-traumatico da stress e dei disturbi correlati alle situazioni peritraumatiche mirando

a sviluppare la resilienza e a favorire il recupero del benessere psicologico nel target di nostro interesse.

Dall'analisi dei contenuti delle chat condotte e valutata la significativa affluenza dei giovani a questa iniziativa, possiamo evidenziare come questo strumento innovativo abbia permesso e agevolato modalità di contatto immediato e veloce dove i ragazzi hanno potuto dar voce ai propri vissuti, costruire e ripensare significati rispetto a ciò che stavano vivendo.

La pandemia si è configurata come un'esperienza anomala e aliena rispetto alla propria conosciuta e consueta visione esistenziale. La chiusura dei contesti scolastici, l'allontanamento dai propri amici, il vivere chiusi in casa e a stretto (troppo stretto) contatto con i propri familiari hanno rappresentato, per molti, importanti fattori di distress, preoccupazione per il futuro, difficoltà nella gestione del presente anche in termini di progettualità e conflittualità nelle relazioni.

Di fronte a questo contesto imprevedibile, uno scenario drammatico e in continua evoluzione, alcuni ragazzi hanno avuto la percezione che le proprie risorse e competenze non fossero sufficienti o adeguate per affrontarlo. Questi vissuti hanno influito negativamente sull'autostima, sul senso di efficacia e favorito l'emergere di emozioni e comportamenti disfunzionali.

L'impotenza che spesso si associa alle situazioni in cui le risorse e potenzialità del singolo appaiono sproporzionate rispetto alle richieste dell'ambiente, ha contribuito a generare un sentimento di inutilità e di sopraffazione ed una conseguente posizione di arresa.

Alla luce della risposta partecipativa fornita dai ragazzi in questo periodo iniziale di attivazione del Progetto e delle teorie che sottolineano i vantaggi della narrazione come strumento di elaborazione del proprio sé e come prassi auto-riflessiva che delinea un percorso interiore, riteniamo che i benefici dello scambio narrativo attraverso ambien-

ti virtuali siano tali da fare sperare nel prossimo futuro una possibile integrazione e legittimazione di questi spazi come effettivi contesti di relazione d'aiuto e di promozione del benessere psicologico.

- Amendola A. et al. (2018) Adolescenti in rete, L'Asino d'Oro Edizioni, pp.158
- Ersahina Z. et al. (2017) Using text-based synchronous chat to offer therapeutic support to students: A systematic review of the research literature, Health Education Journal 1-3.
- Ferrari N. (2004) Ad occhi aperti. La relazione d'aiuto alla fine della vita e nelle esperienze di perdita, Cortina - Verona.
- Mazzone T. (2020) Bimbi e adolescenti durante il lockdown, cos'è cambiato?, Pediatria, n.7, pp. 20.
- Pietropolli G. C. (2000) I nuovi adolescenti. Padri e madri di fronte ad una sfida, Raffaello Cortina editore
- Twenge J.M. (2018), "Iperconnessi". Giulio Einaudi Editore.

*Roberta Alagna
Maddalena Bazzoli
Manola Tognellini
psicologhe-psicoterapeute USL Umbria 1*



Senti il bisogno di parlare?
Qui troverai l'ascolto e il sostegno di uno psicologo

Chat Telegram 
https://t.me/Contatto_Covid19
lunedì e giovedì dalle 15:00 alle 17:00

Socialità al tempo del distanziamento sociale Promuovere Ben Essere attraverso la Rete

Erminia Battista

Il cacciatore di aquiloni, Marc Forster, 2007

La pandemia ha stravolto le nostre vite personali e professionali.

Da medico di Sanità Pubblica, impegnata nella promozione della salute, mi sono trovata rapidamente catapultata nella Sorveglianza Attiva per il Covid 19.

Di colpo, tutto lo sforzo messo in campo per promuovere socialità con il Piedibus del Ben Essere, il Giardinaggio di Comunità e le altre iniziative di Promozione della Salute, è stato annullato dal martellante ritornello del distanziamento sociale, che determina disorientamento.

Sulla fatica fisica per far fronte alle inchieste epidemiologiche in crescita esponenziale, pesa l'impegno emotivo nell'accogliere le storie delle persone contagiate e dei loro contatti.

L'impossibilità di relazionarsi con familiari amici per le restrizioni imposte dal lock down influenza pesantemente la qualità della vita, generando crisi di astinenza di relazioni.

Le parole sono importanti ... Sarebbe più corretto, a mio avviso, raccomandare il distanziamento fisico, spaziale ... non sociale!

Durante il lock down sono pervenuti tanti messaggi dai partecipanti al Piedibus del Ben Essere, che esprimevano disagio, talora tristezza e sconforto, per l'impossibilità di uscire e camminare in gruppo, quasi a confermare (se mai ce ne fosse stato bisogno) quanto evidenziato da John F. Helliwell, co-redattore del rapporto mondiale sulla felicità 2020, che scrive "Camminare in mezzo a spazi verdi rende le persone felici, specialmente se sono in compagnia di amici".

I dati fanno rilevare che l'emergenza sanitaria causata dal COVID-19 influisce pesantemente sul benessere psicofisico delle persone e delle comunità.

La minaccia della perdita della salute è diventata la preoccupazione prevalente e La salute in tutte le politiche è diventata una realtà, ma in modo diverso rispetto a quello in cui era stata intesa.

E' stato snaturato il significato di "salute", a suo tempo definita dall'OMS come "Uno Stato di completo benessere fisico, psichico e sociale". Lo Stato è impegnato a tutelare "l'assenza di malattia" da coronavirus, e a concentrare l'attenzione sul-

la salute fisica, tralasciando la dimensione "psichica" e "sociale", con il rischio di aumento e aggravamento di numerose altre malattie.

La promozione della salute, intesa come il "processo che consente alle persone di esercitare un maggior controllo sulla propria salute e di migliorarla", sembra non più considerata possibile in questa fase, poiché tutte le risorse sono impegnate a contrastare la diffusione del virus.

Eppure ...

I provvedimenti emanati dal governo, chiamando i cittadini ad obbedire a norme e decreti, di cui spesso non comprendono a fondo gli obiettivi, determinano quasi una deresponsabilizzazione a livello individuale. Molte delle raccomandazioni date, come lavarsi le mani, indossare mascherine e guanti protettivi, distanziamento fisico, sanificazione, igiene respiratoria, ecc., richiedono il cambiamento di comportamenti, fondamentali per contrastare la diffusione del virus, ma non certo facili da ottenere con la sola informazione.

La visione salutogenica, volta al poten-

ziamento dei fattori protettivi, con il coinvolgimento attivo e la responsabilizzazione individuale, risulta necessaria ora più che mai, per rafforzare la capacità delle persone di esercitare un maggior controllo sulla propria salute e su quella altrui.

Facilitare l'adozione di comportamenti che rispettino le raccomandazioni degli esperti per prevenire il contagio, è di cruciale importanza in questa fase.

Tuttavia, non ci si ammala solo a causa del Covid19, pertanto, a mio avviso, è altrettanto importante, contrastare gli effetti negativi del lock down e prevenire le patologie legate agli stili di vita, anche per mantenere le persone il più possibile in salute, e non gravare sulle strutture sanitarie, già impegnate pesantemente per curare i malati di COVID-19.

Cosa si può fare

L'approccio multidisciplinare e il lavoro di rete potrebbero contribuire a raggiungere capillarmente la popolazione.

La pandemia chiama tutti ad un cambiamento radicale delle modalità di relazione e interazione, sia nella vita privata che in quella professionale.

In risposta a tale chiamata, durante il lockdown è stata attivata l'iniziativa "Ben Essere in Rete", nell'intento di promuovere salute a distanza, attraverso appuntamenti periodici sui social (Whats App, Facebook, Skype, Zoom e altre piattaforme), con gruppi target, al fine di dare continuità al processo avviato con il progetto di Comunità La Salute che cammina con il Piedibus del Ben Essere, e non disperdere il capitale sociale creato.

Le finalità dell'iniziativa sono orientate al contrasto della diffusione del Covid19, alla prevenzione delle Malattie Croniche Non Trasmissibili, alla promozione della socialità a distanza, nell'intento di interrompere il senso di dilatazione tempora-

le, generato dalla pandemia e mitigare il rischio di dispersione emotiva-affettiva, mantenendo vivo il senso di appartenenza al gruppo Piedibus, consapevoli della sua importanza per il benessere psicofisico, individuale e collettivo.

Promozione del movimento

In alternativa alle camminate laboratoriali in gruppo, modulate per fasce di età, con il Piedibus del Ben Essere (Scolastico, Speciale, Serale Senior) e le varie attività collaterali (gemme del Ben Essere) come il Giardinaggio di Comunità, il laboratorio Knitting, i gruppi di lettura, ecc., si è cercato di promuovere il movimento tra le mura di casa, in terrazzo o in giardino, per contrastare la sedentarietà. Sono state proposte brevi sessioni di esercizi, di impegno crescente, tramite il supporto di video-tutorial, elaborati da un Esperto in Scienze Motorie, grazie alla collaborazione con l'A.S.D. "Aperdifiatto" di Bastia Umbra.

I tutorial venivano inviati periodicamente ai Walking Leader, coordinatori delle varie Linee Piedibus attivate nel territorio, e da questi, tramite Whats App, venivano divulgati ai partecipanti.

Con cadenza settimanale, si sono organizzate dirette Facebook, coordinate dall'Esperto di Scienze Motorie (prof. Corrado Cerullo), per illustrare e supervisionare le attività proposte.

Si sono tenuti anche incontri su varie piattaforme, durante i quali si sono affrontate varie tematiche di salute (Alimentazione, Alcol, Fumo, Ambiente, ecc.) a cura di esperti.

Promozione della socialità - Gemme del Ben Essere: Giardinaggio di Comunità

L'uso dei social ha permesso di dare continuità anche alle varie attività collaterali

(delle Gemme del Ben Essere)

Il processo metodologico e la visione salutogenica che sottende il progetto Piedibus del Ben Essere ha seminato nel tempo, una crescente attenzione verso la promozione della salute. I semi sono stati nutriti dal quotidiano lavoro di rete che, creando sinergie tra vari Attori Sociali, ha dato vita alle Gemme del Ben Essere, iniziative collaterali, che associano l'attività fisica ad altre varie attività specifiche, finalizzate alla promozione della salute e al raggiungimento degli obiettivi per lo Sviluppo Sostenibile (SDGs) prefissati nell'Agenda 2030.

Ne sono derivati laboratori in movimento che offrono occasioni di socialità, di apprendimento cooperativo, sviluppo di soft skills e si prefiggono di portare vita e bellezza nei quartieri attraversati, e di unire, come un filo invisibile, le varie parti della città e le componenti della comunità.

Le iniziative sono frutto di un sentire civico, effetto di una sorta di reazione a catena di buone prassi, ideate e concretizzate dai volontari del Piedibus, per fronteggiare specifici bisogni della Comunità.

Tra le esperienze più significative si segnala il laboratorio di Guerrilla Gardening, con il Giardinaggio di Comunità e la creazione degli Angoli delle Farfalle.

Giardinaggio di Comunità - Laboratori di Guerrilla Gardening - Angolo delle farfalle

L'iniziativa nasce partendo dalla considerazione dell'importante ruolo del verde sulla salute fisica, psichica e sociale.

Diversi studi fanno rilevare che le attività di giardinaggio e/o orticoltura influenzano positivamente la salute, producendo benefici fisici, psicologici, cognitivi, sociali. L'esercizio fisico all'aria aperta, a



Il cacciatore di aquiloni, Marc Forster, 2007

contatto con la natura, favorisce movimenti naturali e ripetuti e, grazie all'esposizione al sole, permette la produzione di vitamina D. La natura è ritenuta da sempre una buona alleata della salute, nella prevenzione, nella cura delle malattie e nella riabilitazione. Nell'attività di promozione della salute con approccio salutogenico, la natura è ritenuta fondamentale.

Prendersi cura di qualcuno o qualcosa è sempre, di per sé, benefico, poiché fa sentire utile e aumenta l'autostima. Coltivare orti o giardini, attraverso la pianificazione delle varie attività (seminare, annaffiare, concimare, raccogliere ...) sembra avere numerosi effetti positivi sull'umore, in particolare, nel ridurre l'ansia, lo stress, la depressione. Diverse sperimentazioni sul tema fanno rilevare che le persone dedite al giardinaggio o all'orticoltura, hanno livelli più bassi di cortisolo e riferiscono uno stato di benessere generale maggiore nonché una migliore qualità del sonno.

Oltre che sulla salute psicofisica a livello individuale, prendersi cura del verde

ha un ruolo molto rilevante anche sulla salute sociale.

E' noto infatti che il verde urbano, oltre a schermare i rumori, filtrare l'aria dagli inquinanti, mitigare la temperatura, lì dove è ben curato, aumenta la percezione di sicurezza e di benessere dei cittadini. Viceversa, l'incuria degli spazi verdi crea un circolo vizioso. Infatti porta alla disaffezione e al deterioramento degli stessi, poiché il degrado richiama microcriminalità, con effetti negativi sulla qualità di vita delle persone (malessere, insicurezza, stress, solitudine, allentamento della coesione sociale), in particolare nelle fasce di popolazione più vulnerabili.

Piccole azioni di giardinaggio possono innescare un circolo virtuoso. Infatti, migliorando il decoro urbano, possono restituire fiducia ai residenti e ridare dignità ai luoghi, trasformando spazi anonimi e degradati, in luoghi speciali di socialità. Alla luce delle considerazioni sopra riportate, è stato avviato, da alcuni anni, il progetto Giardinaggio di Comunità, con il laboratorio di Guerrilla Gardenig e la creazione degli Angoli delle farfalle.

L'iniziativa consiste nella bonifica, recupero e valorizzazione di aree verdi degradate, o fioriere abbandonate, ubicate in ambito urbano o periferico, lungo un percorso abituale delle Linee del Piedibus del Ben Essere, a cura dei walking leader e passeggeri volontari.

Con la supervisione di esperti, docenti della Facoltà di agraria, (prof. David Grohmann) nell'area bonificata vengono rimosse erbe infestanti e rifiuti e viene sistemato e concimato il terreno. Successivamente vengono messe a dimora fiori e piante nutrici di bruchi e farfalle (budleja, lavanda, lillà, verbena, ecc.), creando un piccolo angolo fiorito.

Ne deriva una metamorfosi degli spazi che, da luoghi abbandonati e mal frequentati, diventano luoghi speciali, curati, accoglienti, profumati, denominati Angoli delle Farfalle.

I piccoli giardini o le fioriere vengono poi affidati alle cure di una componente fragile della comunità (case famiglia ospitanti soggetti con disagio mentale o con problemi alcol correlati, centri di assistenza diurni, centri socio culturali per

anziani, centri per immigrati...).

Periodicamente vengono organizzati, eventi di manutenzione collettiva, ad opera dei giardinieri volontari del Piedibus del Ben Essere, con il coinvolgimento degli alunni delle Scuole limitrofe, degli ospiti delle strutture riabilitative, dei residenti nel quartiere e di tutta la Comunità nel suo insieme, invitata tramite i social e la stampa.

L'iniziativa si prefigge di contribuire al raggiungimento degli obiettivi di Sviluppo Sostenibili prefissati dall'Agenda 2030 e rappresenta l'espressione di una metafora: così come "il segreto non è correre dietro alle farfalle ma prendersi cura del giardino", analogamente, "per avere persone in salute [...] il segreto è prendersi cura dei contesti fisico-relazionali" (carta di Ottawa (1996)

Il cammino in gruppo e il giardinaggio di comunità rappresentano contesti (spazio/temporali) di socialità. Prendersi cura del posto in cui si vive genera senso di appartenenza, resilienza e contribuisce a ricostruire il legame tra Cittadini, Città e Natura.

Coltivare il giardino o la fioriera è, dunque, coltivare la Comunità.

Risultati

Il giardinaggio di comunità si è rivelato efficace per promuovere attività fisica all'aria aperta, sviluppando socialità, sostenibilità, apprendimento cooperativo. Persone che non si erano mai avvicinate alla terra, hanno iniziato a prendersi cura delle piante e degli spazi condivisi, aumentando così il tempo dedicato all'attività fisica e passato in compagnia.

Ogni linea Piedibus, tendenzialmente, crea il proprio Angolo delle Farfalle, e il proprio punto di Book Crossing lungo il percorso.

Ad oggi sono stati realizzati 11 Angoli delle Farfalle, ubicati per lo più nel territorio del Distretto del Perugino.

In alcuni di essi è stato già installato il cartello realizzato con il disegno donato di recente dall'artista perugino Francesco Quintaliani, in cui si raffigura il senso del processo attivato dal Piedibus, che, percorrendo le vie della città, contrasta la sedentarietà e promuove socialità e bellezza attraverso il giardinaggio di comunità. Si prevede l'installazione in tutti gli Angoli delle farfalle, come segnaletica del Piedibus del Ben Essere.

Giardinaggio in quarantena - La via delle farfalle

La pandemia non ha spento la passione per il giardinaggio, anzi, l'ha rafforzata. Infatti, durante il lockdown i giardinieri volontari del Piedibus del Ben Essere non si sono mai fermati e non hanno rinunciato a coltivare.

Per rendere più leggere le giornate di quarantena causata dal Covid19, alcune walking leader, nel pieno rispetto delle norme igieniche e delle raccomandazioni dettate dagli esperti, hanno organizzato lo scambio di semi, talee e piante, nei punti dei book crossing, ubicati nei pressi dei condomini, lungo i percorsi abituali del Piedibus del Ben Essere Serale, in particolare nella linea di Madonna Alta, coordinata da Laura Bello.

In collaborazione con l'Associazione Ponte Solidale, sono stati creati cuori contenenti semi, in carta biodegradabile, trattata con coloranti naturali. I cuori sono stati sistemati nei punti di Book crossing. Attraverso i gruppi WhatsApp i residenti nel quartiere sono stati invitati a prendere i semi e a coltivarli nelle fioriere dei propri balconi, nei terrazzi e nei giardini privati o condominiali, al fine di preparare scorte autoprodotte di piante.

In attesa di poter riprendere gli eventi di manutenzione collettiva, sospese a causa della quarantena, è stato lanciato il messaggio: ora restiamo a casa e facciamo fiorire i nostri balconi, poi faremo fiorire la nostra città! (motivazione collettiva che rinforza l'azione individuale)

Il Giardinaggio di Comunità si è rivelato efficace per generare socialità a distanza, favorendo la conoscenza tra i residenti, sviluppando creatività e sana competitività. In molti, anche tra i bambini hanno preso i semi distribuiti gratuitamente nei pressi nella casetta dei libri e li hanno seminati nei propri terrazzi.

Il lock down generato dalla pandemia ha fornito l'occasione per ripensare al giardino di comunità come giardino diffuso e condiviso di quartiere, dove ognuno può fare la sua parte, coltivando il proprio balcone o il davanzale, i cortili interni, gli spazi verdi condominiali, per creare una sorta di Via delle farfalle, che, zigzagando tra case e palazzi dei centri urbani, invita a prendersi cura delle piante, e, attraverso esse, a riscoprire la bellezza, i profumi e i colori dei fiori, insieme al calore umano delle persone.

Socialità e creatività: Laboratorio Knitting "Intrecciamo fili e ..."

Grazie ai social, durante il lock down sono continuate anche le attività del laboratorio Knitting "Intrecciamo fili e ..", altra Gemma del Ben Essere, finalizzata a promuovere socialità e creatività, per contrastare la solitudine, rallentare il decadimento cognitivo e prevenire la depressione.

Diversi studi infatti, fanno rilevare che il lavoro a maglia e uncinetto agevola i processi di socializzazione, aumenta il livello di autostima, riduce l'ansia e lo stress, migliora lo stato d'animo e riduce l'insorgenza di demenza. ...".

Il laboratorio di knitting, come gemma del Piedibus del Ben Essere, viene attivato con cadenza settimanale, a cura di Walking Leader volontarie e “passeggere” adulte/anziane.

Si connota come spazio-tempo di socialità, manualità e creatività, dove si eseguono, lavori a maglia, uncinetto e altre tecniche di lavoro con fili, spesso riciclati da scarti industriali, rispondendo così ad una strategia di economia circolare, e si realizzano oggetti per uso personale o per finalità collettive.

Il gruppo, che ha visto crescere sempre più l'entusiasmo e il numero delle partecipanti, accoglie anche ospiti delle strutture residenziali psichiatriche del territorio, per le quali rappresenta attività socio-riabilitativa.

Attraverso l'apprendimento cooperativo le uncinettine realizzano oggetti per uso personale o per finalità solidali, intrecciando filati riciclati e fili sociali, creando relazioni tra partecipanti di varia età, etnia, e condizione di salute.

Il laboratorio si svolge in diverse sedi, tra cui bar, piazze, parchi. Le partecipanti riferiscono di trovare l'iniziativa particolarmente accattivante per uscire di casa, efficace per sedare l'ansia e aumentare l'autostima.

La pandemia non ha affievolito la voglia delle “uncinettine” di sferruzzare insieme. Non potendosi incontrare fisicamente durante il lock down, si sono collegate via Skype o attraverso piattaforme e hanno continuato ad intrecciare fili e relazioni.

Book Crossing

Al fine di stimolare la lettura e la socialità a distanza, è stato potenziato il progetto BookCrossing (passa libro), altra gemma del Piedibus del Ben Essere, avviato da alcuni anni.

L'iniziativa è nata dal recupero di libri

destinati al macero, adottati da alcuni volontari e disposti in apposite cassette, ubicate lungo il percorso del Piedibus. I libri sono a disposizione della comunità, per essere letti e poi passati di mano in mano.

Il progetto si è rivelato efficace per favorire le relazioni nel quartiere anche durante il lockdown, contestualmente all'Orto-Crossing e allo scambio di semi.

Considerazioni

I social network, utilizzati già da anni con ottimi risultati, per divulgare le iniziative di cammino del Piedibus del Ben Essere, facilitando la creazione di “alleanze” tra operatori di vari settori e diversi ambiti territoriali, rappresentano uno strumento potenzialmente efficace per Promuovere Salute.

In questa fase si sono rivelati particolarmente utili per promuovere socialità, colmando il distanziamento sociale, mantenendo vivo il senso di appartenenza dei gruppi nelle varie linee Piedibus del Ben Essere.

Potrebbero contribuire, a mio avviso, a dare alcune risposte ai diversi bisogni della comunità.

Bibliografia

Fabrigoule, C., Letenneur, L., Dartigues, J. F., Zarrouk, M., Commenges, D., & Barberger-Gateau, P. (1995). Social and leisure activities and risk of dementia: a prospective longitudinal study. *Journal of the American Geriatrics Society*, 43(5), 485-490.

Sofi, F., Valecchi, D., Bacci, D., Abbate, R., Gensini, G. F., Casini, A., & Macchi, C. (2011). Physical activity and risk of cognitive decline: a meta-analysis of prospective studies. *Journal of internal medicine*, 269(1), 107-117.

WHO (1986) Ottawa charter for health promotion: an International Conference on Health Promotion, the move towards a new public health. 17-21 November, World Health Organization, Ottawa, Geneva, Canada.

Stephan Van den Broucke - Health Promotion International, daaa042, <https://doi.org/10.1093/heapro/daaa042>

Laverack, G. (2018) Health promotion in disease outbreaks and health emergencies, Boca

Raton, Florida. CRC press. Taylor & Francis group

Stephan Van den Broucke - Health Promotion International, daaa042, <https://doi.org/10.1093/heapro/daaa042>

Pubblicato: 6 aprile 2020

Erminia Battista
Coordinatore

Rete Aziendale per la Promozione della Salute
USL Umbria 1

L'ascolto del bisogno al tempo del COVID

Maria Grazia Alloisio

Ascoltare è comunicare? Comunichiamo sempre: con il corpo, verbalmente, e modulando quel che verbalizziamo (tono, ritmo e volume della voce, silenzi ed esclamazioni, linguaggio e lingua). Per ciascuna di queste dimensioni potremmo considerare innumerevoli estensioni e misure, e tutto questo disegna ogni volta nuovi scenari situazionali: le condizioni che portano una persona a chiamarci per fare domande, cercando nell'albero vocale la deviazione giusta, molto probabilmente quella che porta alla risposta di una voce umana.

L'ascolto nel comunicare, come l'osservazione, è sostenuto dai cinque sensi e si compie facilmente in condizioni di vicinanza tra le persone coinvolte. Cosa manca se manca la prossimità nella comunicazione interpersonale? Tralasciando le considerazioni inerenti la comunicazione digitale e mediata in senso lato, è possibile approfondire quanto la interazione telefonica sia di supporto alle pratiche preventive durante la gestione dell'emergenza infettiva.

Il respiro dell'ascolto, il disporsi all'ascolto e all'orientamento dei cittadini diventa fondamentale nell'informare correttamente, nel sostenere la risoluzione dei problemi e nel promuovere la loro resilienza ai probabili imprevisti. Consi-

derando i tempi di chiamata e di risposta, il colloquio telefonico non può limitarsi alla informazione grezza, ma merita di essere modulato in base alle diverse esigenze e realtà che stanno là, oltre il cavo, accanto e dietro a chi chiama.

Comunicare ascoltando da un ricevitore è diverso, la risposta telefonica offerta alla persona rimasta in attesa da vari minuti è spesso influenzata dalla carica emotiva che trapela nel verbale e paraverbale: i contenuti spesso impattano immediatamente, in altri casi il vivavoce inserito dal chiamante lascia a mezz'aria un saluto che tarda ad essere corrisposto, l'anonimato dell'operatore è garantito talvolta all'eccesso: la vicinanza emotiva passa da un cavo, e l'unico messaggio è la parola, l'unico suono la nostra voce, umana, voce sicuramente più umana di quella del risponditore automatico.

In questo modo procede una comunicazione che si modula tra la dimensione interpersonale e quella istituzionale: una interazione che, nel breve tempo a disposizione, permette di comprendere, rassicurare, chiarire, e talvolta non permette null'altro che l'ascolto della costernazione e della delusione, della rabbia.

Il saluto iniziale apre in prima battuta

all'ascolto di una domanda libera, la più pregnante e vera, che spesso non otterrà nell'immediato la risposta diretta, ma sicuramente verrà ricevuta e ricollocata, poiché l'organizzazione nell'emergenza ha i suoi modi, le sue linee di attività, i suoi tempi, legati al sovraccarico improvviso di prestazioni urgenti, fornite da servizi in difficoltà.

Accogliere e contenere il dolore e la preoccupazione legati alla nuova malattia: questo l'obiettivo relazionale di ciascuna telefonata, ma anche disegnare una soluzione possibile, insieme al cittadino.

Il colloquio telefonico costituisce in questi frangenti (e in un Servizio Sanitario che non dispone più, ahimè, di molte risorse) l'unico strumento utile (quando più, quando meno) nel prestare orecchio alle persone, offrendo:

- Accoglienza empatica
- Contenimento dell'ansia e della paura
- Sostegno nella analisi e interpretazione dell'accaduto
- strategie adeguate per sostenere e risolvere
- informazioni e chiarimenti importanti per comprendere
- orientamento al corretto utilizzo delle prestazioni e dei servizi
- mediazione con le diverse parti della

organizzazione di sistema (dipartimenti e unità operative)

La relazione complementare che è propria di questa interazione comunicativa richiede grande abilità nella conduzione del colloquio, e trattandosi di un colloquio telefonico, il sanitario curerà ogni passaggio, dal primo saluto al congedo, curando ogni attimo, ogni silenzio, ogni dettaglio sonoro.

Il centralino di consulenza CoViD è l'interfaccia professionale tra l'istituzione sanitaria e i cittadini residenti (o anche domiciliati) nel territorio di pertinenza: la comunicazione interpersonale richiede in questo servizio che l'assistente sanitario adoperi capacità espressive e linguaggi adeguati per ciascun interlocutore: l'efficacia è maggiore quando i contenuti appropriati vengono tradotti e trasmessi in maniera chiara, all'interno di una relazione significativa. L'interazione permette di trasmettere e restituire al cittadino quella autodeterminazione e quel senso di autoefficacia che viene meno in determinate condizioni.

In mancanza di informazioni chiare e precise, il rapporto tra il cittadino e le regole introdotte per circoscrivere o ridurre il contagio risulta appesantito e talvolta il disorientamento induce le persone ad adottare precauzioni esagerate o, al contrario, a negare comportamenti di protezione: le persone faticano a comprendere le motivazioni, l'utilità delle restrizioni, i vantaggi che derivano dalle limitazioni. In termini di health illiteracy le false conoscenze più impattanti, le meno corrette scientificamente, sono quelle diffuse dai social media, perché l'accesso alla consultazione dei siti ministeriali e istituzionali risulta più arduo per il cittadino medio, ed ecco che la domanda rivolta al centralino della azienda sanitaria locale racchiude anche

il desiderio di ottenere chiarezza rispetto ai contenuti essenziali:

- il virus, il concetto di virulenza e le modalità di contagio
- i comportamenti a rischio e i comportamenti più sicuri
- le precauzioni e le nozioni di igiene personale e interpersonale, l'igiene domiciliare e nelle collettività
- l'utilizzo e la disinfezione dei dispositivi di protezione, il lavaggio delle mani
- la prevenzione del contagio nei luoghi di lavoro e il ruolo del medico competente
- i test diagnostici, le loro tipologie e i loro significati
- i tempi di quarantena, l'apertura e la chiusura della stessa
- gli ambiti di responsabilità e le funzioni dei diversi attori coinvolti (cittadino, medico di medicina generale e pediatra di libera scelta, azienda sanitaria locale, servizi sanitari e amministrativi dipartimentali, uffici malattie infettive, ambulatori e direzioni ospedaliere)

I tempi dell'epidemia COVID – 19: le domande

Secondo Watzlawick è impossibile non comunicare: secondo noi era impossibile non esserci.

Già dal Venerdì 28 Febbraio il pensiero ricorrente era rivolto alla prima Zona Rossa, nella provincia di Lodi, Lombardia: l'attesa del coinvolgimento diretto di tutti i professionisti della prevenzione nelle azioni di contrasto alla diffusione del contagio si faceva sentire in modo sempre più pressante.

Le molte e i molti colleghi che da subito hanno affrontato insieme la nuova malattia conoscono quella impellenza, composta di attenzione verso i cittadini,

di curiosità nei confronti di un fenomeno nuovo e sconosciuto, di convinzione che la Sanità Pubblica italiana sia davvero quel che serve, per tutti e a tutti.

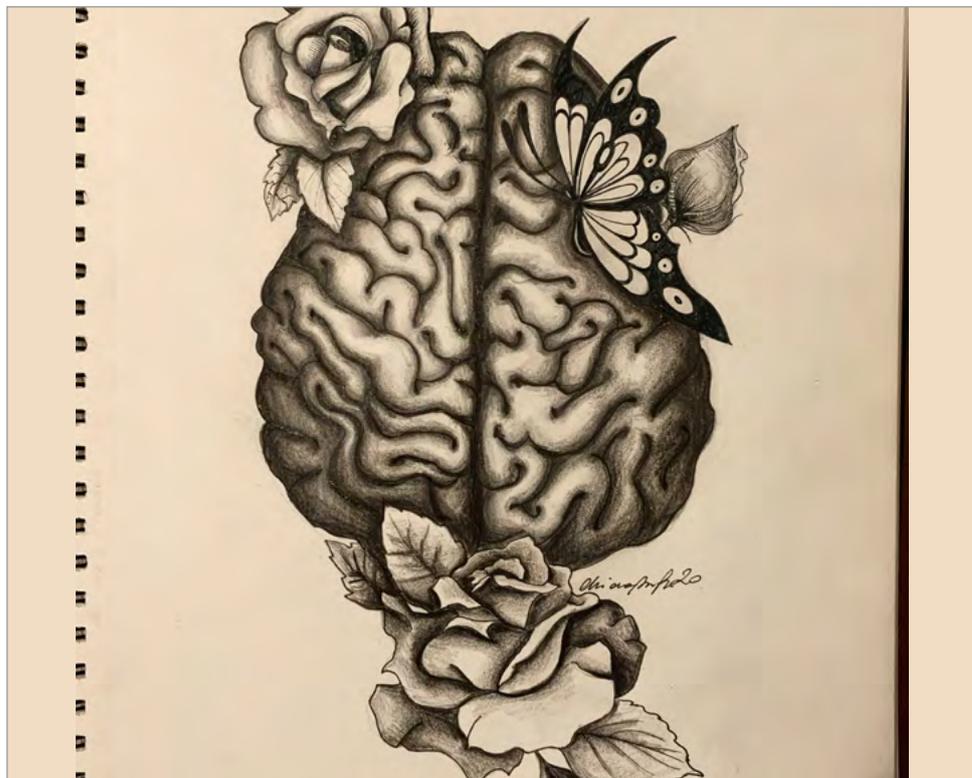
Il tempo giusto, il luogo giusto, le persone giuste.

L'organizzazione di un centralino emergenza CoViD pretende la scelta di professionisti sanitari specializzati in igiene ed epidemiologia, competenti nella trasmissione adeguata dei contenuti scientifici di base, capaci di un ascolto vero, che deriva anche da un approccio complessivo alla vita dell'interlocutore che pone domande dall'altro capo della linea.

Le fasi dell'ascolto, dal Febbraio 2020 e poi, nei mesi a seguire, hanno comportato progressivamente l'emergere di alcune variabili caratterizzanti l'andamento della epidemia: alcuni bisogni ed elementi hanno contrassegnato alcuni periodi, nel corso del tempo, e si tratta di fattori non solo epidemiologici, ma legati alle abitudini di vita, agli stili organizzativi delle strutture socio-sanitarie, alla erogazione improrogabile delle prestazioni sanitarie di routine, all'impiego di lavoro delle persone ed alla conciliazione di questo con gli impegni familiari.

DAL 26 FEBBRAIO 2020 (chiusura della prima Zona Rossa nei Comuni di Codogno e limitrofi):

- Chiamate per primo soccorso e grave allarme diffuso
- Contenimento del panico e dello sgomento espressi contestualmente alle diverse situazioni
- Indicazioni relative all'isolamento fiduciario ed alle precauzioni da adottare presso il domicilio e altri ambienti di vita
- Informazioni sulle modalità di contagio e sua prevenzione (contatti



stretti e occasionali)

- Richieste di test diagnostici
- Supporto assistenziale domiciliare per persone disabili, a causa della chiusura di comunità assistite e centri diurni
- Apertura e chiusura della quarantena: valutazione dei casi di coabitazione e sovraffollamento, sostenibilità dell'isolamento fiduciario ed eventuale ricorso a domiciliazione protetta
- Comunicazione del cittadino lavoratore con il medico Competente (aspetti di monitoraggio negli ambienti di lavoro, con particolare riferimento alle strutture di ricovero per anziani)

DAL DPCM 8 MARZO 2020 IN POI

- Richieste di appuntamento per test diagnostici
- Reclami per ritardi o supposti tali
- Indicazioni relative all'isolamen-

to fiduciario ed alle precauzioni da adottare presso il domicilio ed altri ambienti di vita

- Chiarimenti circa l'isolamento fiduciario post ricovero e l'esecuzione dei test di guarigione (in collaborazione con le Direzioni Sanitarie ospedaliere)
- Necessità particolari legate a controlli sanitari, interventi chirurgici urgenti e terapie indispensabili
- Informazioni sulle modalità di contagio e sua prevenzione (contatti stretti e occasionali)
- Richieste di rettifica o chiarimenti circa l'appuntamento già fissato dai colleghi del Dipartimento deputato alla gestione degli appuntamenti per la erogazione della prestazione
- Consulenza ai MMG/PLS in merito alle nuove e frequenti disposizioni nazionali e regionali
- Comunicazione del cittadino lavoratore al e con il Medico Competente

(aspetti di monitoraggio del rischio infettivo negli ambienti di lavoro, di sorveglianza sanitaria e inerenti la ripresa della attività lavorativa, lavoratori essenziali)

- Informazioni e chiarimenti circa il significato preventivo/diagnostico del test sierologico e del test rinofaringeo
- Apertura e chiusura della quarantena: valutazione dei casi di coabitazione/convivenza e loro sostenibilità nel medio termine, con eventuale ricorso a domiciliazione protetta

DAL 16 MAGGIO 2020 (DL 16 Maggio 2020)

- Reclami per ritardi o supposti tali
- Restituzione ai cittadini degli esiti relativi ai test sierologici e rinofaringei, su invio della segreteria del Dipartimento di prevenzione
- Informazioni sulle disposizioni di quarantena precauzionale in seguito ad un esito positivo dei test (casi accertati e i contatti stretti conviventi/non conviventi)
- Richieste di test diagnostici
- Indicazioni relative all'isolamento fiduciario e alle precauzioni da adottare presso il domicilio e in altri ambienti di vita
- Necessità particolari legate a controlli sanitari, interventi chirurgici e terapie indispensabili
- Richieste di appuntamento per test diagnostici
- Richieste di refertazione test diagnostici
- Comunicazione del cittadino lavoratore con il medico Competente (aspetti di monitoraggio del rischio infettivo negli ambienti di lavoro, sorveglianza sanitaria e ripresa della attività lavorativa)
- Informazioni e chiarimenti circa il

significato preventivo/diagnostico del test sierologico e del test rinofaringeo

ESTATE, TEMPO DI VACANZA

- Modalità di accesso ad altri Paesi e rientro in Italia: le disposizioni internazionali
- Informazioni e chiarimenti circa il significato preventivo/diagnostico del test sierologico e del test rinofaringeo
- Informazioni sulle disposizioni di isolamento domiciliare fiduciario e quarantena in seguito ad un esito positivo dei test (per i casi sospetti, i casi accertati e i contatti stretti conviventi/non conviventi)
- Tempi di quarantena conseguenti alla positività del test sierologico

LA RIPRESA

- Screening del personale scolastico
- Modalità di accesso e monitoraggio in caso di rientro dall'estero
- Registrazione per quarantena fiduciaria ed esecuzione Test per i rientri da Spagna, Malta, Grecia e Croazia
- Indicazioni per rientro dall'estero: sostenere responsabilmente la quarantena fiduciaria presso il domici-

lio, pur se asintomatici

- Significati della assunzione di responsabilità nei confronti del rischio infettivo: sostenere la quarantena che si protrae in paziente asintomatico
- Conciliare la vita familiare, scolastica e lavorativa con le regole e facendo scelte consapevoli
- La prevenzione del contagio nella scuola e il ruolo della medicina di comunità (che non c'è più)
- Organizzazione della vita scolastica: dalla notifica del sospetto caso alla individuazione del referente CoViD

Considerazioni e analisi della esperienza

Per ciascuna domanda portata dai cittadini sarebbe possibile sviluppare un pensiero critico e costruttivo, descrivendo la realtà locale e la ricaduta che questa emergenza ha avuto sulla vita delle persone. Sinteticamente si riportano qui alcune considerazioni tecniche circa le evidenze emerse nel corso dei mesi di lavoro appena trascorsi.

I PUNTI DI FORZA EVIDENZIATI

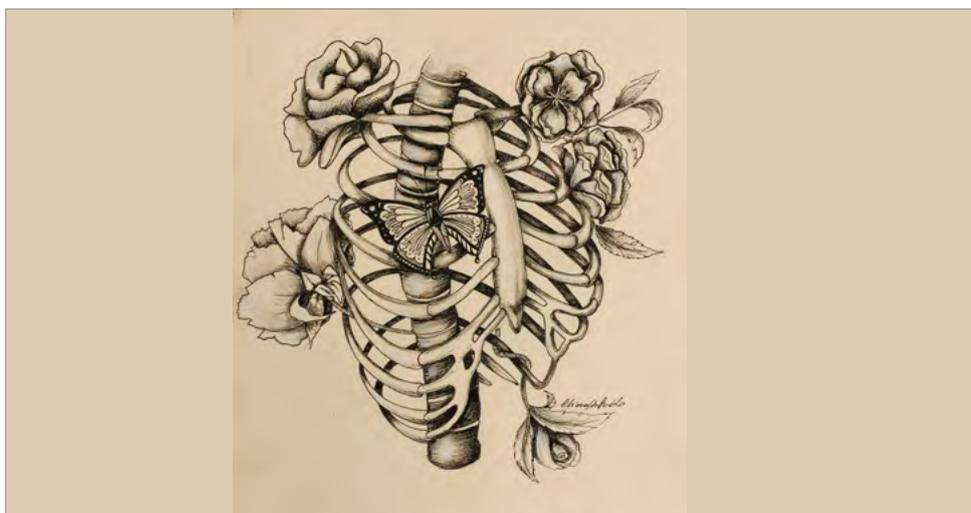
- La individuazione di Assistenti sanitari e medici, attribuiti alla nuova articolazione organizzativa, prove-

nienti dalle diverse realtà di servizio della ATS

- L'equipe dinamica, collaborativa e pronta ad affrontare i frequenti mutamenti legati alle disposizioni, sempre mutevoli
- La capacità diffusa di problem solving condiviso e in rete
- La leadership competente, tra pari, di riferimento per l'equipe al suo interno

I LIMITI DA SUPERARE

- L'organizzazione delle attività di erogazione delle prestazioni diagnostiche, se collocata in un Dipartimento differente da quello di Prevenzione, richiede la creazione di canali comunicativi interdipartimentali appositi: se la comunicazione interdipartimentale risulta difficoltosa, si produce una "filiera lunga", che non favorisce la risoluzione immediata dei problemi gestionali, ed emergono di conseguenza problematiche legate alla pianificazione dei test ed alla restituzione dei relativi esiti (considerando anche la necessità di produrre un referto, che attesti l'effettuazione del test diagnostico)
- La collaborazione con i MMG/PLS per gli aggiornamenti frequenti richiede diversi momenti di incontro e confronto, se necessario spontanei ed informali, di interlocuzione con il personale del Dipartimento Cure Primarie
- La scelta del personale addetto alle funzioni di centralino nel primo livello, se attuata su base volontaristica, tralascia di considerare il possesso delle competenze necessarie per le attività di consulenza telefonica specifica sulle questioni legate alla igiene pubblica
- La mediazione tra i cittadini e i diversi Dipartimenti aziendali, può essere



supportata dell'utilizzo di indirizzi di posta elettronica istituzionali, appositamente predisposti: al centralino di conseguenza si ricevono proteste e richieste inoltrate alle Unità operative di competenza, per le quali è mancato un riscontro circa la risoluzione del problema: sarebbe interessante in questo senso un approfondimento sulle funzioni dell'Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP)

- La comunicazione verticale (top down) per la adozione celere delle disposizioni e delle nuove operatività, deve garantire il flusso dei repentini cambiamenti, in sinergia con la U.O. Malattie Infettive, la U.O. Igiene Pubblica e la U.O. PSAL, con il Dipartimento Cure primarie e il Dipartimento Programmazione Accreditamento Attività prestazione Sanitarie, con i Distretti Sanitari, con le ASST e le strutture ospedaliere (erogatori)

LE OPPORTUNITA'DA COGLIERE

- Il riconoscimento e la valorizzazione del patrimonio professionale presente nel Dipartimento di Prevenzione, per il contenimento del contagio (medici igienisti e assistenti sanitari, studenti UNIMI della facoltà di Medicina, tecnici di prevenzione)
- L'evidenza che le competenze peculiari della professione siano essenziali nel sostenere le questioni legate alla nuova malattia (anche attraverso l'ascolto attivo, l'empatia, il problem solving, una comunicazione efficace e appropriata, la presa in carico di base e l'orientamento del cittadino ai servizi, insistendo sull'empowerment individuale)
- La costruzione di prassi e strumenti comuni, utili per la risposta ai biso-

gni emergenti

- L'utilizzo di supporto digitale interno all'azienda (piattaforma) per le comunicazioni brevi e immediate nella équipe (alcuni operatori erano dislocati presso il loro domicilio o in sedi lavorative diverse da quella centrale)

LE SFIDE PER CONTINUARE MEGLIO

- Le garanzie di continuità nell'individuazione e nell'adozione delle pratiche più efficaci e nell'assegnazione del personale già esperto (sia per formazione professionale che per consuetudine alla collaborazione nella équipe dedicata).

Le considerazioni riportate riflettono il pensiero e il vissuto professionale sperimentato da chi scrive, nel corso di questo anno: si auspica che, a fronte dell'importante impegno organizzativo dedicato alla epidemia dalle équipe del centralino dipartimentale, così come nelle équipe dedicate al tracciamento ed alla sorveglianza sanitaria, si vogliano e si possano scegliere le procedure più corrispondenti ai bisogni emersi dalla popolazione.

Le tecniche e le pratiche dimostrate efficaci nella risposta alla e alle emergenze possano essere consolidate e divenire patrimonio organizzativo del nuovo Servizio Sanitario Nazionale.

Si tratta e si tratterà di saper vivere e sostenere al meglio la nuova routine del quotidiano, gli stili di vita e lavorativi del post quarantena: convivere con l'incertezza e il rischio significa avere a cuore la sua eliminazione, agire per limitarlo, educare al rischio costantemente, per circoscrivere il pericolo del contagio in un continuo bilanciamento tra le azioni di vigilanza e ispezione e le azioni informativo-educative.

I PROFESSIONISTI DELLA PREVENZIONE IN ASCOLTO

Nel 2019, oltre ai festeggiamenti per i 100 anni dalla nascita del Corpo degli Alpini e della professione degli Assistenti Sanitari, abbiamo assistito ad un evento planetario che ha coinvolto e modificato in maniera imprevedibile la vita di ognuna e ognuno di noi: le certezze di molti si sono rivelate fragilità mascherate, la sicurezza ha cambiato paradigma, e il mondo intero è stato costretto a scegliere: rallentare per evitare il danno peggiore.

Così è stato anche per noi: essere Assistenti Sanitari in una fase di emergenza significa portare aiuto nel territorio, alla popolazione, prendendo atto che la quotidianità nei luoghi di vita non è più quella che conoscevamo sino a ieri.

Il coinvolgimento diretto è stato naturale, e qualcosa di quanto accaduto ci porta a parlare qui di una questione importante: la cultura della prevenzione è la cultura della vita, del prendersi cura, comporta un esercizio costante delle nostre capacità previsionali (estote parati, diceva Lord Baden Powell).

Essere pronti significa averci pensato prima, significa avere a cuore il futuro, prevedere le conseguenze di quel che si fa, mantenersi aggiornati e disposti al cambiamento, perché è la vita che lo richiede. I mesi della emergenza hanno messo in evidenza quanto siano fondanti la coerenza e l'assunzione di responsabilità diretta nella tutela della salute pubblica: appartenere ad un Servizio Sanitario che si rispetti significa questo.

Milano, 26 Settembre 2020

*Maria Grazia Alloisio
assistente sanitaria
Milano*

*Disegni a cura di Chiara Scuffi,
assistente sanitaria*

Pandemia, Isolamento e Disabilità: lo Storytelling come risorsa per il benessere mentale

Aurora Piaggese, Stefania Bargagna, Barbara Parrini, Giulia Bini, Silvia Carpi

Cast Away, Robert Zemeckis, 2000

L'Istituto di Riabilitazione di Calambrone (IRC) dell'IRCCS Fondazione Stella Maris, centro di eccellenza per la ricerca e la cura di gravi disabilità dell'età evolutiva aveva iniziato a interessarsi ai potenziali benefici dello Storytelling poco prima dello scoppio della pandemia da nuovo Coronavirus. A partire dalla formazione svolta da Aurora Piaggese, autrice e storyteller, il gruppo di ricerca composto dalla neuropsichiatra infantile Stefania Bargagna (Responsabile dell'IRC), le psicologhe Barbara Parrini e Giulia Bini, la pedagoga Silvia Carpi e dalla Piaggese stessa ha potuto trarre delle interessanti informazioni su quanto un'educazione alla narrazione orale possa influenzare il benessere mentale in un contesto come quello che stiamo vivendo.

Domanda: Recentemente si sente molto parlare di storytelling. Ma cos'è, in realtà?

Risposta: Volendo tradurre la parola letteralmente dall'inglese, significa "raccontare storie". Le storie sono sempre state il modo più efficace in cui noi esseri umani ci siamo trasmessi informazioni, sin da quando abbiamo il potere di farlo. E, dato che negli ultimi decenni sta diventando sempre più palese quanto il potere di una storia possa essere efficace in un contesto comunicativo, lo si trova un po' sulla bocca di tutti, soprattutto nel mondo della politica e della pubblicità. Generalmente lo si usa in tutti quei contesti dove si usa una narrazione per comunicare qualcosa, che sia attraverso un testo scritto, un video o una fotografia... per questo studio e in tutto il mio lavoro, io applico il termine Storytelling con la s maiuscola, per identificarlo con la terminologia del National Storytelling Network: "l'arte

di raccontare le immagini di una storia attraverso la voce, le parole, i gesti e la mimica". Un'arte, quindi, basata su un racconto orale non imparato a memoria, ma scaturito a partire da dei concetti e delle immagini ben chiare nella nostra mente.

Domanda: Lo Storytelling esiste anche applicato alla medicina?

Risposta: Certamente. Sia lo storytelling come narrazione in generale che lo Storytelling come arte del racconto orale hanno avuto modo di ritagliarsi degli spazi sempre più importanti nel mondo della medicina. Esiste una branca vera e propria che porta la narrazione (principalmente scritta) nella pratica medica, la Medicina Narrativa. Lo Storytelling come racconto orale invece, soprattutto all'estero, nei Paesi anglofoni – che hanno una lunga e consolidata tradizione in tal senso – è spesso usato come forma di intrattenimento catartico negli

ospedali e nell'aiutare i pazienti a trasmettere le loro testimonianze. Sono numerosi gli interventi a livello di realtà locali e regionali, così come testimoniati nel libro *Storytelling in Medicine – How narrative can improve practice* di Robertson e Clegg o nella raccolta 'Collective Storytelling for Health' del periodico "Storytelling, Self, Society"

Domanda: Richiede una formazione?

Risposta: Raccontare è una capacità che si potrebbe definire "naturale" degli esseri umani. La facciamo senza renderci conto di cosa serve per farla. Conoscere le regole e le tecniche su cui si basa la narrazione è ovviamente importante per aumentarne l'efficacia e farlo con cognizione di causa. In particolare, nel momento in cui desideriamo applicare la narrazione a un contesto quale quello sanitario, la formazione è molto importante.

Domanda: Per il vostro studio in che

contesto avete effettuato questa formazione?

Risposta: Abbiamo selezionato all'interno dell'IRC dei genitori di pazienti con gravi disabilità dell'età evolutiva che frequentavano l'Istituto con una certa frequenza e due equipe di operatrici sanitarie 16 persone (neuropsichiatre, psicologhe, educatrici e logopediste). Abbiamo effettuato la formazione a due gruppi di genitori e a uno di operatrici (separatamente) nel corso di due sabati. Abbiamo insegnato loro come funziona la narrazione in relazione al cervello umano, perché è così efficace per veicolare delle informazioni e come strutturare una comunicazione usando gli stessi elementi e la stessa struttura di una narrazione. Abbiamo anche svolto delle esercitazioni pratiche intorno allo sguardo, alla percezione del proprio corpo in rapporto all'altro e alla creazione di comunicazioni narrative orali a partire da episodi realmente accaduti.

Domanda: Cosa vi proponevate di ottenere con la formazione dei genitori e delle operatrici?

Risposta: Il nostro obiettivo era fornire loro le basi di quello che Rita Charon, la fondatrice della Medicina Narrativa, chiama "Narrative Knowledge" - le competenze narrative - integrate alla capacità, tutta dello Storytelling, di usare queste competenze in una comunicazione orale, a braccio, senza aver bisogno di un testo scritto. Educare i genitori e le educatrici a riconoscere gli attanti di una narrazione e le forze in un conflitto, nonché a lavorare sul punto di vista, avrebbe loro permesso di affrontare una comunicazione potenzialmente conflittuale quale quelle che possono occorrere in un contesto terapeutico, espi-

mendosi al massimo del loro potenziale. Dopo poco più di un mese dall'avvio del lavoro personale abbiamo tutti dovuto accettare il lockdown causa pandemie Covid19.

Domanda: Perché proprio nel momento del lockdown avete pensato che questa formazione potesse essere utile?

Risposta: Volevamo verificare se le competenze di comunicazione narrativa dei partecipanti al nostro studio potessero essere per loro una risorsa per affrontare questo periodo così nuovo e disorientante. Ci siamo chiesti se sarebbero riusciti o meno a interagire in modo soddisfacente anche da remoto, se la possibilità di scrivere attraverso il diario che gli avevamo chiesto di redigere, potesse aiutarli a riflettere sulle loro emozioni sicuramente nuove per una condizione di vita del tutto eccezionale. Abbiamo quindi chiesto alle operatrici e genitori di farci leggere cosa avevano scritto e di rispondere ad alcune domande circa l'andamento di quelle settimane di isolamento.

Domanda: E avete osservato, una qualche differenza?

Risposta: Mettendo a confronto i gruppi dove era stata effettuata la formazione con quelli in cui non era stata effettuata, abbiamo notato sia nei genitori dei pazienti che nelle operatrici una differenza nell'approccio emozionale alla situazione. Sia attraverso dei questionari online (domande chiuse cui rispondere scegliendo all'interno di una scala tra 1 e 5 per esprimere dei dati quantitativi), che nelle frasi raccolte attraverso le domande aperte e le pagine di diario, emerge un atteggiamento più positivo e propositivo nei formati e più scoraggiato e arrabbiato nei non formati. Pur

condividendo le stesse paure e angosce, i genitori e le operatrici formate hanno in media reagito con meno rabbia e nervosismo, riuscendo talvolta addirittura a vivere la crisi corrente come un'occasione di crescita e sviluppo personale.

Le competenze narrative hanno stimolato i partecipanti allo studio a essere più riflessivi, a contemplare la situazione oltre il panico del qui e ora, ma sforzandosi di vedere le cose da più prospettive. Durante la formazione molta attenzione è stata dedicata alla coltivazione dell'ascolto dell'altro. Questi due fattori, insieme, hanno permesso loro anche di gestire bene situazioni di potenziale grande conflitto generate dalla tensione. Domanda: in particolare, nelle operatrici che avete potuto riscontrare?

Risposta: Le operatrici formate hanno dimostrato maggior desiderio di incontrare i propri pazienti e di dedicare tempo di conversazione con le famiglie in cura. I rapporti tra pazienti e famiglia sono rimasti simili a quelli precedenti alla pandemia per le operatrici formate, sono invece leggermente mutati per i non formati, i quali hanno cercato di meno i pazienti non incontrati sul posto di lavoro.

Le operatrici formate hanno potuto comunicare oralmente con efficacia, oltre lo strumento del diario.

L'umore è cambiato soprattutto per chi non ha potuto lavorare, questo sia tra formate che non formate. Nel periodo di chiusura totale, si è osservato come sensazioni di aggressività fossero maggiormente presenti nel personale non formato e che non andava a lavorare. Anche la qualità del sonno ha risentito di questo periodo fortemente stressante. Dalle narrazioni, emerge come ci sia da gestire una nuova frustrazione, nel non potersi toccare, nel non potersi abbrac-

ciare. È stato necessario da rimodulare il lavoro educativo e riabilitativo, molto spesso fatto soprattutto di contatto, (che è fare con-tatto per mettersi in contatto con l'altro) specie con i piccoli pazienti. Le operatrici che avevano a disposizione lo strumento del narrare, hanno potuto usufruire di diversi paracaduti emotivi: trovare il tempo per sé, per occuparsi del proprio stare; dare voce a vissuti anche angosciosi che, guardati in faccia e narrati, piano piano si sono alleggeriti. Ciò può avere lasciato posto a un pensiero e a un fare per l'altro, ossia la pre- occupazione del paziente e del mandato di cura ed incrementare la capacità di adattamento alla nuova situazione lavorativa, mantenendo attivo un pensiero critico e realista, ma proattivo ed efficace. In qualche modo gli operatori "narranti" hanno ripreso il loro ruolo, non essendo "spettatori" dell'epidemia e del nuovo scenario di vita, ma attori, creando anche una vicinanza con i pazienti dato che raccontare non significa tanto o solo descrivere una realtà, ma farla propria, e comunicabile, e quindi renderla linguaggio comune che avvicina e sostiene.

Domanda: L'approccio narrativo sembra utile anche nei genitori?

Risposta: Dai test effettuati dai genitori risulta che i formati abbiano avuto un livello di stress più basso rispetto a coloro che non erano formati e/o erano seguiti da operatrici. Inoltre, sembra che i genitori formati abbiano seguito le strategie fornite dalla formazione, tenendo il diario e raccontando la loro esperienza, "sfogandosi" con qualcuno. Al contrario pare che questi comportamenti siano stati molto meno presenti negli altri gruppi.

Dalle dichiarazioni finali si può intuire che i genitori formati abbiano una maggiore capacità riflessiva e siano più disponibili ad aprirsi e raccontare il proprio vissuto. Mentre nei gruppi dei genitori non formati si nota una minore propensione alla scrittura, che risulta scarsa.

Ed è anche stato possibile notare che i gruppi dei genitori formati abbiano avuto meno bisogno di aiuto, quindi sembrano più preparati e strategici nell'attivare risorse anche pratiche. Al contrario i genitori non formati dei gruppi sono più irritabili e lamentano maggiormente la solitudine.

La relazione con le operatrici del centro sembra essere buona in tutti i genitori, il livello di soddisfazione nei confronti del lavoro dell'IRC è sempre elevato, ma sembra essere maggiore nei gruppi dove le operatrici sono formate.

Domanda: la forma narrativa è perciò utile?

Risposta: Aderire a una formazione che, seppur breve, ha fornito in dotazione gli strumenti e le competenze per strutturare in forma narrativa i propri pensieri e le proprie emozioni, i partecipanti hanno acquisito le risorse per percepire loro stessi e le vicende da loro vissute come gli elementi di una storia, una storia che avesse, come di consueto, protagonisti, antagonisti, conflitti e temi. Allenandosi nel osservare i conflitti in campo nelle loro comunicazioni ed esercitandosi nel coltivare il punto di vista, sia i genitori che le operatrici aderenti alla formazione hanno avuto modo di coltivare empatia e capacità di costruzione di un pensiero sviluppato in una prospettiva temporale, andando oltre, quindi, il qui e ora del loro vissuto. La capacità di mettersi nei panni degli altri, di tradurre per iscritto le loro angosce e frustrazio-



Cast Away, Robert Zemeckis, 2000

ni ha permesso in primo luogo la loro de-mistificazione e razionalizzazione, la creazione di un senso nuovo al loro vissuto attuale, la costruzione di una nuova esperienza a partire dalla narrazione della stessa.

Riteniamo quindi molto utile, attivare questo tipo di percorsi narrativi paralleli alla cura sanitaria attivatore di resilienza. Per mantenere sempre vivo l'aspetto della storia della persona aiutata e aiutante, soprattutto in contesti di incertezza quali quello che ha a che fare con la malattia o con la fragilità.

Domanda: Quindi a chi consigliereste questa formazione?

Risposta: Una formazione in Storytelling è raccomandata in ogni contesto sia necessario apportare un miglioramento della comunicazione, sia in termini di efficacia comunicativa, sia in termini di coltivazione dell'empatia. Salute, educazione, lavoro... Volendo porre attenzione al contesto sanitario nello specifico, una formazione sulla Comunicazione Narrativa può beneficiare indubbiamente il team di lavoro, favorendo l'efficacia e l'efficienza delle interazioni, stimolare un ambiente empatico e resiliente, dove ogni membro dell'equipe può sentirsi libero e in grado di esprimersi ed essere ascoltato. Questo si estende ovviamente alle interazioni tra il personale sanitario e i pazienti che, più che mai, richiedono una comunicazione empatica e chiara. I pazienti possono beneficiare non solo quando un medico o un infermiere parla loro in modo più chiaro e attento, ma anche quando loro stessi si sentono in grado di strutturare la comunicazione avendo chiare tutte le forze in gioco nel conflitto. Gli effetti sono positivi anche all'interno delle famiglie dei pazienti

e, cosa non da poco, nei contesti in cui il paziente o associazioni di pazienti o professionisti desiderano comunicare al mondo esterno per fini di supporto o prevenzione. Impostare una comunicazione in modo narrativo garantisce una comunicazione efficace e completa, che contempra tutti gli elementi chiave per inviare un messaggio al nostro interlocutore e permettere a tale messaggio di permanere in lui, grazie alla chiarezza espositiva della struttura e al potenziale impatto emozionale. Più gruppi e singoli individui accedono a questo approccio comunicativo più migliorerà globalmente la qualità comunicativa e, conseguentemente, l'efficienza del Sistema Sanitario. È consigliato, quindi, in ogni contesto di tale sistema.

*Aurora Piaggese
autrice e storyteller*

*Stefania Bargagna
neuropsichiatra infantile
Responsabile Istituto Riabilitazione
Calambrone*

*Barbara Parrini e Giulia Bini
psicologhe
Istituto Riabilitazione
Calambrone*

*Silvia Carpi
pedagogista
Istituto Riabilitazione
Calambrone*

Considerazioni su dipendenze, gioco d'azzardo e Internet ai tempi del Covid 19

Luciano Bondi

Il deserto rosso, Michelangelo Antonioni, 1964

Il Disturbo da Gioco d'Azzardo è una patologia, compresa nella categoria dei disturbi di addiction come dipendenza comportamentale, notevolmente diffusa in Italia: costituisce un serio problema di salute pubblica in considerazione delle gravi conseguenze psicosociali che determina per la persona coinvolta e per la sua famiglia. A partire dagli anni '90 è avvenuto un marcato cambiamento del gioco d'azzardo: l'offerta "legale" è cresciuta in modo esponenziale, con una proposta di giochi sempre più vasta e accessibile; sono cambiati tipo e qualità dei giochi; nuove fasce sociali si sono accostate al gioco d'azzardo in maniera problematica. Il cambiamento della tipologia dei giochi è stato anche qualitativo, da lento a molto veloce: la velocità è uno degli elementi che creano più facilmente e mantengono una condizione di dipendenza, insieme alla facilità di accesso al gioco.

Il 31 gennaio 2020 in Italia è stata dichiarata l'emergenza sanitaria nazionale a motivo dell'epidemia da Covid-19: le restrizioni hanno coinvolto progressivamente anche il settore del gioco d'azzardo. Il DPCM del 9 marzo ha portato alla chiusura delle sale giochi, sale scommesse e sale bingo in tutto il territorio nazionale; il Decreto 11 marzo ha pre-

visto la chiusura dei bar; con il Decreto del 22 marzo i Monopoli di Stato hanno deciso di sospendere le estrazioni dei giochi come il Super Enalotto. Si valuta che nel 2020 il mercato globale del gioco d'azzardo, ampiamente superiore ai 100 miliardi di euro l'anno solo in Italia, subirà una riduzione delle entrate superiore all'8%. Tutto questo ha portato ad una crescita significativa del gioco d'azzardo online: i download delle app dedicate al gambling sono aumentati del 40% in tutto il mondo nel solo mese di febbraio; oltre 220 milioni di download sono stati effettuati in Cina dal 2 febbraio 2020, portando a un incremento del settore del gioco online quantificabile in circa 150 miliardi di dollari; scenari simili sono stati riscontrati anche nei paesi europei.

Cambiamenti

Come Operatori dei Servizi per le dipendenze abbiamo osservato come i cambiamenti conseguenti ai provvedimenti conseguenti all'emergenza Covid abbiano modificato significativamente le manifestazioni dei comportamenti delle persone con condizioni di addiction. Si tratta di cambiamenti improvvisi e rilevanti certamente non ancora conclusi, che inducono a porsi alcune domande:

1. Come si configurerà da qui in avanti il comportamento a rischio definito Gioco d'Azzardo?
2. Quali analogie e differenze si potranno cogliere con altri consumi/comportamenti/patologie di massa compresi in modelli di business industriali, quali il fumo di tabacco e il consumo di alcolici?
3. Quali convergenze si stabiliranno tra la dipendenza da Internet, il gaming di nuovi videogiochi e il gambling in forte ascesa con le reti mobili e sul web?

E' stato colto di sorpresa anche il complesso del mercato legato al consumo di massa delle varie forme di gioco d'azzardo, risultato di anni di crescita di fatturato a doppia cifra. A questo shock è già seguita una prima reazione, con la incongrua sottostima dei rischi conseguenti alla decisione presa con i Decreti Emergenza Covid emessi nel mese di giugno, che ha autorizzato la ripresa dell'attività delle sale slot, sale giochi, sale bingo e sale scommesse senza procedere all'istruttoria delle specifiche misure di prevenzione da adottare, considerando tali attività assimilabili ad altri esercizi commerciali o, peggio ancora, comprendendole in un elenco insieme alle strutture termali e ai centri benessere.

Riflettendo su come l'incremento dell'offerta di gioco d'azzardo avvenuto a partire dagli anni '90 ha portato al progressivo boom nel volume di gioco nel nostro Paese, e di come questo spieghi anche la vasta diffusione del Disturbo da Gioco d'Azzardo, occorre anche rilevare che la ridotta disponibilità di accesso ai giochi d'azzardo dei mesi del lockdown e dell'Emergenza Covid ha portato ad un cambiamento significativo dei comportamenti dei giocatori d'azzardo, problematici o no. Questo induce a riflettere sulla necessità che le azioni per contrastare la diffusione di questi disturbi debbano comprendere anche cambiamenti legislativi, normativi e organizzativi.

Riapertura anticipata, un messaggio negativo

Il gioco d'azzardo andrebbe riaperto come ultima attività: la sua apertura anticipata, prima addirittura dei musei e delle scuole, costituisce sicuramente un messaggio negativo, che può produrre molti danni, anche economici. Al momento non è possibile fare previsioni su ciò che accadrà nei prossimi mesi: la prevedibile crisi economica, unitamente alla riorganizzazione delle offerte di gioco da parte dei gestori, con la liquidità gestita dalle organizzazioni criminali in grado di prestare denaro, delineano un panorama preoccupante di difficoltà economiche, terreno fertile per una delle motivazioni che più spingono il giocatore d'azzardo a continuare a sfidare la sorte: l'illusione di risolvere con una vincita "fortunata" i suoi problemi. L'effetto delle restrizioni imposte dai Decreti governativi e regionali ha avuto un notevole impatto anche sui Servizi per le Dipendenze. Nel nostro Servizio, che accoglie situazioni di dipendenza

da alcol, fumo di tabacco e gioco d'azzardo, l'attività clinica "in presenza" si è sensibilmente ridotta nelle prime fasi dell'emergenza, limitandosi alle richieste urgenti di intervento e trasformandosi, per i pazienti in carico, in un monitoraggio e contatto telefonico; l'afflusso di nuovi pazienti si è molto ridotto; il divieto di assembramenti ha comportato l'interruzione di tutte le attività di gruppo, comprese quelle terapeutiche e di auto-mutuo aiuto. Dai contatti effettuati con gli utenti portatori di problematiche conseguenti al gioco d'azzardo si è rilevata una prevalenza di considerazioni positive nel commentare le conseguenze delle restrizioni dell'offerta per la sospensione delle pratiche di gioco; pochi hanno presentato uno spostamento dal gioco offline di prima scelta non più disponibile ad un altro gioco (es gratta&vinci) ancora accessibile; ancora meno utenti si sono "trasferiti" sul gioco online.

La parola agli utenti

In maggioranza gli utenti hanno riferito (confermati dai familiari) durante i mesi del lockdown un sentimento di aumentato benessere collegato al mantenimento dell'astensione dalle pratiche di gioco "senza il pensiero di poter giocare" e un minor accesso al gioco online dovuto alle condizioni di convivenza forzata, associati a una significativa riduzione del desiderio di giocare. In altri termini l'interruzione forzata ha funzionato da limite anche per contenere l'impulso al gioco. Occorre comunque porre attenzione sul rischio di spostamento degli utenti su altri comportamenti di dipendenza e sul gioco online, e interpretare come segnali di pericolo di ricaduta anche la comparsa di indicatori di malessere non specifici (es. ansia, insonnia e variazioni del tono dell'umore). La

sottostima soggettiva dei rischi di ricaduta si è concretizzata nell'aumentata incidenza di problematiche riscontrate nelle situazioni per cui sono riprese le modalità di accesso e di trattamento degli utenti presso la sede del Servizio. E' da rilevare anche che le difficoltà di accesso diretto ai Servizi nei mesi del lockdown hanno sicuramente influito negativamente sul motivare nuove richieste di intervento per tali problemi, con un aumento di drop-out degli utenti nella fase iniziale della presa in carico.

Il pericolo della dimensione on-line

L'esperienza della pandemia da Covid 19 ci ha avvicinato ancora di più alla dimensione, online: in questa prospettiva va rimarcato il rischio legato alla fuga nella Rete, con un maggior utilizzo da parte dei giovani (ma non solo) di videogiochi, gaming e gambling online. Le attività di gioco d'azzardo online hanno un elevato potenziale di dipendenza: i siti online sono sempre aperti e disponibili, vi si può accedere con grande facilità senza attirare l'attenzione (privacy e anonimato garantiti), con una dispercezione delle perdite economiche dovuta all'uso del denaro "virtuale".

Protezione

Come proteggersi da questa dipendenza? I "fornitori" di gioco dovrebbero offrire strumenti personalizzati per favorire un gioco "responsabile" e potenzialmente prevenire i rischi associati al gioco d'azzardo online, proponendo alcuni dei diversi strumenti che permettono di impostare limiti di tempo e di spesa. La loro applicazione può rappresentare un primo passo per contenere i danni economici e per consentire al giocatore di iniziare ad affrontare il problema del gioco; risulta anche utile per

aumentare la consapevolezza del giocatore rispetto all'effettivo tempo e denaro che spende per giocare, aumentando la possibilità di aderenza ad un percorso di trattamento; nel momento in cui il giocatore si rende conto di avere bisogno di una protezione più consistente, dovrebbe essere possibile attivare l'autoesclusione dal gioco o dal sito.

Indagine sugli adolescenti

Una recente indagine su "Adolescenti e Stili di Vita" del Laboratorio Adolescenza - Istituto di Ricerca IARD, svolta su oltre 2000 studenti di terza media, ha così sintetizzato l'immagine di questi giovani: iperconnessi ai social, ipersensibili dal giudizio degli altri, sempre con lo smartphone in mano, anche la notte. L'essere costantemente in vetrina e psicologicamente dipendenti dal giudizio degli altri rende questi ragazzi insicuri, al punto di modificare anche il loro modo di comunicare: tra loro non c'è quasi mai una vera telefonata, ma soltanto una successione di messaggi vo-

cali, che non li costringono a far fronte ad un contraddittorio in tempo reale. Uno degli effetti collaterali dell'uso precoce di social e telefonini è il cyberbullismo, con cui è entrato in contatto, direttamente o indirettamente, il 40% dei ragazzi partecipanti all'indagine, e il sonno 'on-line': il telefonino e i social diventano compagni di insonnia. La maggioranza non lo spegne prima di andare a dormire; spesso la notte messaggi con gli amici o naviga su internet. Gli adolescenti sanno come si usano i device e come trovare tutto nella Rete, ma manca loro l'esperienza per cavarsela, nella vita reale come in quella virtuale, evitando i pericoli quando gli si presentano. I media sono occasioni per sperimentare e anche per comprendere i propri limiti: provare e rischiare fa parte della crescita ma diventa pericoloso quando i ragazzi vengono lasciati soli. Più i ragazzi passano il tempo in Rete più aumentano le opportunità ma anche i pericoli: la loro abilità per muoversi sul web e nei social non è sufficiente per

elaborare percorsi informativi personalizzati e "sicuri". Queste competenze vanno costruite anche con l'aiuto dei genitori; è vero che i figli nascono digitali, ma hanno anche bisogno dei grandi non soltanto per fare a meno ogni tanto dei social media ma soprattutto per accrescere la loro capacità di autonomia e di sperimentazione, acquisendo gli strumenti e le abilità necessarie per difendersi dai pericoli nascosti nella Rete. La tecnologia può diventare una sorta di palliativo nella fase dell'adolescenza, specialmente per quei ragazzi, con carattere introverso e dotati di una alta sensibilità, che tendono a isolarsi perché non condividono i valori della società in cui vivono: si rinchiudono non solo in se stessi ma anche fisicamente nella loro camera, adottando come unica finestra (virtuale) lo schermo del computer o dello smartphone, realizzando la condizione definita Sindrome di Hikikomori. Si tende a confondere tale condizione con la dipendenza da Internet, ma l'abuso della tecnologia è una conseguenza,



Il deserto rosso, Michelangelo Antonioni, 1964

non la causa di questo fenomeno: il giovane si isola completamente e trova nel web un rifugio, ma non necessariamente sviluppa dipendenza da Internet. Il suo disagio non è verso lo studio, ma verso la socialità con i compagni di scuola e le performance che gli vengono richieste. Questi ragazzi si sentono diversi: spesso non si identificano con i valori della società di cui fanno parte, quindi tendono ad allontanarsene e a rinchiudersi nel loro mondo; la loro difficoltà sta anche nell' accettare aiuto dall'esterno, a partire dai genitori.

Sostenere i familiari

È allora fondamentale aiutare i familiari ad adottare alcune buone prassi: quando un ragazzo si rifiuta di andare a scuola, è necessario capire che questo comportamento potrebbe essere la manifestazione di un disagio profondo. Va sospeso il giudizio sulla sua visione della vita, per comprendere da dove origina la sua ansia, cioè nella difficoltà di condividere l'ambiente sociale della Scuola, dove spesso questi ragazzi diventano anche vittime di bullismo.

Diverse condizioni caratteristiche dell'adolescenza, in quanto fase di vita di crescita e sperimentazione (bassa autostima, incapacità di costruire e mantenere rapporti intensi, inibizione, difficoltà a gestire il tempo e a sostenere sensazioni o emozioni non piacevoli) possono spingere a ricercare rimedi immediati al malessere. I giovani possono cadere nelle dipendenze anche perché temono ciò a cui vanno incontro, perché nessuno insegna loro il coraggio e la capacità di desiderare, di progettare, di costruire e di affrontare le novità. I cambiamenti dei rapporti economici, i ritmi di lavoro e di consumo accelerati, la tecnologia sempre più invadente,

la mercificazione dei bisogni e dei desideri proposta dai mass media, oltre che a modificare direttamente le abitudini e gli stili di vita dei ragazzi hanno anche contratto la quantità e la qualità del tempo che i genitori dedicano ai figli. In questa situazione i bambini non imparano a gestire il proprio tempo interno; non riescono a sintonizzarsi con i propri bisogni e le proprie emozioni; hanno difficoltà a riconoscere le gratificazioni, a gestire la noia, ad affrontare le frustrazioni, a relazionarsi con chi è vicino; crescono più dipendenti dal mondo esterno, insicuri sulle loro capacità di sentire e relazionarsi. Quando raggiungono l'adolescenza, di fronte alla loro ricerca di autonomia, al confronto e alla ricerca di sensazioni e di novità, questa vulnerabilità si manifesta nell'incapacità di gestire il tempo, vissuta come noia; nella difficoltà a decodificare le emozioni che produce inibizione e paura; le frustrazioni sono viste come impedimenti da evitare in ogni modo. A una caduta di genitorialità corrisponde una riduzione di competenze adulte nei giovani; ad una difficoltà dei genitori a porre confini ai loro figli corrispondono comportamenti adolescenziali caratterizzati da eccessi e disistima.

Tra i fattori che possono favorire la genesi di una condizione di dipendenza ci sono la facile disponibilità della sostanza o del comportamento in grado di indurre dipendenza, l'uso condiviso da parte dei coetanei, un ambiente familiare di violenze fisiche e psicologiche, la presenza di problematiche psicologiche o psichiatriche nei familiari e/o nello stesso adolescente. Ma è soprattutto nella mente che si origina la tendenza a sperimentare l'uso delle sostanze o dei comportamenti a rischio: il cervello di un adolescente si può paragonare

a un'automobile con l'acceleratore efficiente ma con i freni non ben funzionanti. Sperimentare e rischiare fanno parte delle esperienze di vita da affrontare e superare: accompagnare e sostenere le esperienze che fanno crescere, aumentando le competenze e l'autostima di una persona può risultare un compito di non facile attuazione, ma non è sostituibile solo con divieti o deleghe.

La situazione di emergenza da Covid, pur con tutte le conseguenze problematiche che sperimentiamo (e sperimentiamo ancora) può costituire un'occasione e un'opportunità di maggiore comunicazione, di recupero e sviluppo dei processi funzionali all'interno del sistema familiare.

Luciano Bondi
Responsabile Servizio Alcolologia e
Disturbi da Gioco d'Azzardo
USL Umbria 1 Perugia

Covid e la riorganizzazione del lavoro in Ospedale

Antonio Molisso

Solaris, Andrej Tarkovskij, 1972

Introduzione

Negli ultimi anni c'è stato un ritorno alla ribalta delle malattie infettive rispetto a quelle degenerative tanto che secondo il Global Risk Report del World Economic Forum, il rischio epidemico rientra fra i 10 rischi più importanti che vengono costantemente mappati. Ciò comporta la necessità di nuovi modelli organizzativi per quanto riguarda le modalità di intervento del Servizio Sanitario. Nei grandi eventi pandemici, come nel caso di COVID-19 (Corona Virus Disease), gli operatori sanitari coinvolti nella gestione dell'emergenza si devono confrontare con aspetti non solo strettamente clinici della professione sanitaria, ma anche legati all'organizzazione dei servizi, alla ricerca e alla sperimentazione con ricadute sull'intera collettività.

L'inizio di COVID-19

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) aveva già pubblicato nel 1999 una prima guida sulla preparazione alla pandemia influenzale, aggiornata nel 2005 e nel 2009, che raccomandava a tutti i Paesi di mettere a punto e aggiornare continuamente un piano pandemico secondo linee guida concordate. Si può quindi affermare ragionevolmente che

quanto accaduto era un evento previsto. Anche la recente filmografia ("Contagion" di Steven Soderbergh, 2011) ha raccontato quanto di lì a poco sarebbe stato vissuto in tutto il mondo.

Il Ministero della Salute italiano si era già fatto carico il 13 dicembre 2007, dopo circa quattro anni dai casi di influenza aviaria, di predisporre un piano (aggiornato il 15 dicembre 2016) che s'intitolava "Preparazione e risposta a una pandemia influenzale". Questo piano prevedeva da parte del Ministero della Salute di individuare e concordare con le regioni le attività sanitarie, di tipo sia preventivo che assistenziale, da garantire su tutto il territorio nazionale, e, con gli altri dicasteri, tutte le altre attività extra-sanitarie di supporto in risposta alla pandemia. Il piano pandemico nazionale richiedeva inoltre di "costituire, previo censimento dell'esistente, una riserva nazionale di: antivirali, dispositivi di protezione individuale (DPI), vaccini, antibiotici, kit diagnostici e altri supporti tecnici per un rapido impiego nella prima fase emergenziale, e, contestualmente, definire le modalità di approvvigionamento a livello locale/regionale nelle fasi immediatamente successive

all'epidemia. Responsabilità: Ministero della Salute, Regioni". Il tutto mentre nel nostro Paese si è assistito negli ultimi anni ad una progressiva riduzione della spesa sanitaria che è attualmente inferiore a quella degli altri Paesi più industrializzati (1).

All'atto pratico però uno dei punti critici è stato proprio l'approvvigionamento dei dispositivi di protezione individuale. Come ha evidenziato molto bene un gruppo di ricercatori di Harvard, "il momento migliore per prendere provvedimenti efficaci è quello iniziale, quando il pericolo sembra essere trascurabile o perfino quando non si registrano contagi". Il problema è che una strategia di questo tipo, quando funziona, è considerata a posteriori un eccesso di zelo e questo è un rischio che molti politici non sono disposti a correre perché si tratta di prendere provvedimenti impopolari. Il desiderio di agire inoltre spinge i politici ad affidarsi al proprio istinto o alle opinioni della loro cerchia ristretta. Si è trattato quindi di un atteggiamento di scarsa resilienza istituzionale, manifestatosi anche in altre Nazioni a noi vicine, ad eccezione forse della Germania.

La risposta all'emergenza e gli effetti dell'epidemia

Consistenti interventi di riorganizzazione sanitaria degli ospedali sono stati effettuati ubiquitariamente in Italia dai primi giorni di marzo 2020. Sono state create nuove strutture di supporto e realizzati nuovi reparti, non riuscendo, a causa del rapido aumento del numero dei casi, ad individuare in breve tempo ospedali dedicati, così come previsto dal DPCM dell'8 marzo 2020. Sono stati così aumentati i posti di terapia intensiva per pazienti COVID-19 con insufficienza respiratoria e i posti per i pazienti COVID-19 meno gravi in altri reparti, prevalentemente di malattie infettive e pneumologia. Negli ospedali si sono così dovuti realizzare percorsi differenziati per pazienti COVID e non-COVID secondo le indicazioni della letteratura. Purtroppo il numero di posti letto nelle terapie intensive, nel nostro Paese, risultava da tempo nettamente inferiore alla media dei Paesi dell'Unione Europea, determinando da subito una grave condizione di difficoltà ad accedere alla ventilazione meccanica, almeno nelle regioni più interessate dall'epidemia.

La rimodulazione dell'assistenza sanitaria è stata associata a una drastica riduzione, fino alla sospensione, delle attività sanitarie ordinarie al fine di ridurre le occasioni di contagio all'interno degli ospedali. Contemporaneamente la logistica dei trasporti sanitari in urgenza/emergenza si è complicata portando a un aumento dei tempi di trasporto.

Si è creata una situazione di lavoro sotto pressione che, come sempre, produce un aumento del rischio di errori e riduce la qualità dell'assistenza con conseguente riduzione della sicurezza sia per i pazienti che per gli operatori, questi ultimi poi sono più soggetti a ricadute anche

sul piano dello stress lavoro correlato.

Il Clinical Human Factors Group (CHFG) ha elaborato dei "messaggi chiave" con dei suggerimenti per quando ci si trova a dover lavorare sotto pressione (2).

Per fronteggiare questa situazione diventano importanti il fattore umano e, dato che si parla di sistemi complessi, occorre adottare un approccio sistemico al problema.

Il fattore umano si riferisce a quegli elementi quali lavoro, organizzazione, e individuo (3, 4) che hanno influenza sul comportamento e dunque anche conseguenze sugli obiettivi di salute e sicurezza che coinvolgono i pazienti e gli operatori. La gestione del fattore umano e l'aderenza a procedure operative basate sui principi dell'ergonomia organizzativa, appaiono oggi di primaria importanza, al fine di mitigare il rischio a carico di operatori e assistiti (5). Lo scopo dell'ergonomia organizzativa è quello per cui dovrebbe essere facile fare le cose giuste e difficile fare quelle sbagliate.

Per approccio sistemico si intende studiare le interazioni presenti nel sistema e questo è possibile solo mantenendo un elevatissimo livello di allerta, ciò favorisce la percezione del rischio in quanto è necessaria una gestione consapevole dell'equilibrio instabile fra parametri statici (strutture, norme) e parametri flessibili (innovazione, creatività).

In poche parole diventa importante la resilienza (6) delle persone e delle organizzazioni, che costituisce la capacità di adattamento del sistema, cioè un'opportunità trasformativa unita all'abilità di fare previsioni, intesa come la capacità di fare un'analisi proattiva dei vari processi di cura ricorrendo magari anche allo strumento della simulazione (7).

La capacità di adattamento diventa capacità di cambiamento laddove adattarsi significa reagire alla situazione contingente e fare ciò che permette di ridurre e gestire lo stress riducendo le tensioni. Per adattarsi servono capacità di reazione, prontezza e creatività e cambiare implica una riflessione profonda sul nostro modo di agire e su noi stessi. La crisi diventa, come diceva Einstein, un'occasione di crescita. Per cambiare serve una strategia. Il cambiamento conduce ad una trasformazione e se utilizzato al meglio verso una trasformazione di struttura. L'obiettivo è rimodulare gli spazi, i percorsi assistenziali e la logistica. L'ospedale del futuro dovrebbe essere più flessibile, con camere di degenza progettate per essere trasformate in un unico ambiente per ampliare la capienza del reparto in caso di necessità. È imperativa la suddivisione dei percorsi all'interno dell'ospedale (8).

Nella gestione dell'emergenza Covid 19 è emersa la capacità degli operatori di adattarsi e di definire nuove modalità di lavoro malgrado la situazione di emergenza, la pleora di disposizioni ministeriali, ordinanze regionali e continue revisioni di procedure aziendali che hanno spesso generato confusione, basti pensare all'uso dei dispositivi di protezione individuale, le difficoltà strutturali, architettoniche dei nostri ospedali che hanno reso difficile ad es. definire velocemente percorsi Covid e non-Covid. D'altronde ci siamo trovati a dover gestire una situazione che negli anni venti i nostri colleghi avevano saputo gestire sicuramente meglio in quanto più avvezzi di noi a fronteggiare epidemie e pandemie. E quando si è impreparati si cerca una risposta con gli strumenti, anche culturali, a disposizione. Oggi siamo più consapevoli e attrezzati,

abbiamo, dovremmo avere, imparato la lezione e una recrudescenza della malattia, la cosiddetta seconda ondata non dovrebbe, non deve, più spaventarci.

Conclusioni

In definitiva ergonomia, fattore umano e approccio sistemico possono contribuire ad affrontare l'emergenza sanitaria, per esempio sviluppando metodi per supportare le prestazioni resilienti nella gestione della crisi, identificando potenziali modalità di fallimento (analisi proattiva) e rischi per la sicurezza, adattando protocolli e processi operativi per fornire assistenza sicura ai pazienti, e garantire una maggiore protezione anche per gli operatori, come si è già iniziato a fare.

Bibliografia

- 1) Baldassare M, "La bomba sanità. Attenti, o cambiamo o entro il 2030 esploderà", Bio's, maggio – giugno 2019
- 2) www.chfg.org, Patient safety recommendations for Covid 19
- 3) Hignett S, Welsh R, Bannerjee J. "Human factors issues of working in personal protective equipment during the COVID 19 pandemic", *Anesthesiology*, 2020
- 4) Reason J. "To err is human", 2000
- 5) Barach P. "The crucial role of human factors engineering in the future of safe perioperative care and resilient providers", *ESA, Newsletter 2019, issue 76, 1 - 5*
- 6) Giacometti V. "Resilienza. Le difficoltà come opportunità", *Formamentis*, Ed. 2020
- 7) Benucci C, Dallai L. "La simulazione in situ durante la pandemia COVID-19: uno strumento proattivo per testare nuove procedure", *We people*, 2020,
- 8) Hollnagel E, Woods DD, Leveson N, "Resilience engineering. Principles and concepts", *CRC press* 2006

*Antonio Molisso
Dirigente Medico
AUSL Toscana Centro
Vice presidente CIPES Toscana*

Le attività di Promozione della Salute a Scuola nell'emergenza Covid-19 In Umbria

Indagine conoscitiva su criticità e bisogni espressi dai docenti.

Analisi quali-quantitativa

Giada Fioretti, Sonia Bacci, Elisa Marceddu e Marco Cristofori

Io non ho paura, Gabriele Salvatore, 2003

Introduzione

Il programma di promozione della salute “Impariamo a resistere”, incluso nel Piano Regionale di Prevenzione 2014-2018 prorogato al 2019 (Regione Umbria, 2014), prevede progetti da sviluppare nelle scuole mirati a supportare il processo di crescita e sviluppo della persona, sostenendo i momenti di transizione e le fasi di maggior impegno emotivo e relazionale, in una logica di continuità verticale nei vari ordini scolastici. Gli interventi mirano alla diffusione di metodologie riconosciute in ambito internazionale, dalla scuola dell'infanzia fino alle secondarie di secondo grado, valorizzando il ruolo insostituibile degli insegnanti quali adulti di riferimento che affiancano il bambino/ragazzo nella quotidianità del suo percorso.

E' attuato attraverso le Reti di Promozione della Salute delle due Aziende Sanitarie Locali in quasi tutti gli Istituti scolastici e si articola in tre Progetti: “Pensiamo positivo”, “Unplugged”, e “YAPS – Young And Peer School Education”, basati su metodologie diverse a seconda dell'età dei destinatari finali.

Le tre metodologie utilizzate, l'educazione socio affettiva per la primaria e infanzia (Francescato et al., 1986), il modello dell'influenza sociale per la

secondaria di primo grado (www.oed.piemonte.it/unpluggeditalia), la peer education per la secondaria di secondo grado (Pellai et al, 2002), sono tre vie che convergono per accompagnare i cittadini più giovani nelle scelte di salute, di stili vita sani, con un bagaglio ben nutrito di abilità cognitive e psicosociali, le Life Skills. Tutti i progetti considerati del Programma vedono nello sviluppo delle competenze sociali o Life Skills un aspetto fondamentale per la Promozione della Salute nelle scuole e le evidenze (OMS, 2003; IUPE, 2011; Bertini et al., 2006) indicano la Life Skills Education come uno dei modelli di intervento della promozione che ha ricevuto negli ultimi anni il maggior numero di validazioni con effetti positivi, sia a breve che a lungo termine.

I modelli teorici di riferimento per la progettazione e realizzazione dei Progetti sono riconducibili al Project Cycle Management – PCM (Formez, 2002), con un particolare riferimento al modello PRECEDE/PROCEED di Green (Green, Kreuter, 1991) per la parte di analisi di contesto locale.

Il Programma “Impariamo a resistere” prevede la partecipazione dei professionisti della Scuola e della Sanità a percorsi formativi congiunti, costruiti e condivisi

a livello regionale, al fine di facilitare gli insegnanti e i peer educator nel realizzare le attività in classe e che assicurino continuità e sostenibilità ai processi di Promozione della Salute.

Anche per l'anno scolastico 2019/2020 la formazione è stata avviata nei primi mesi di scuola e al momento del lockdown non era ancora terminata. I progetti prevedono, infatti, una prima fase di formazione residenziale rivolta ai docenti (e ai peer per il progetto YAPS) e delle supervisioni in itinere per facilitare la realizzazione delle attività in classe a cura degli insegnanti e dei peer educator.

L'emergenza sanitaria legata alla diffusione del Covid-19 e il suo impatto sulle istituzioni scolastiche (DAD, distanziamento) impongono, ad oggi, di immaginare un ripensamento dei Progetti, relativamente alle modalità di organizzazione ed erogazione per questo nuovo anno scolastico.

Gli insegnanti, adulti di riferimento che affiancano il bambino/ragazzo nella quotidianità del suo percorso, sono gli interlocutori fondamentali di questa riprogettazione: le loro sensazioni ed impressioni, anche scaturite dalle esperienze di didattica a distanza, costituiscono un contributo indispensabile per

dare continuità, sia pure in un mutato ed incerto contesto di riferimento, alle azioni di Promozione della Salute.

Alla luce di tali premesse, si è deciso, a giugno, di proporre un questionario anonimo agli insegnanti coinvolti nei tre Progetti in tutta la Regione con l'obiettivo sia di comprendere il nuovo contesto da cui partire per una riprogettazione condivisa, sia di cogliere spunti e suggerimenti per avviare le attività del prossimo anno scolastico. La distribuzione geografica degli insegnanti partecipanti e la rappresentanza dei diversi ordini e gradi di Scuola forniscono importanti informazioni in merito a quanto avvenuto durante l'emergenza ed ai bisogni nati a seguito di essa.

Metodo

Partecipanti

Sono stati invitati a partecipare n. 471 insegnanti (n. 285 della AUSL Umbria 2 e n. 186 della AUSL Umbria 1), tutti arruolati per la formazione 2019-2020 prevista dai Progetti di Promozione della Salute in tutto il territorio Regionale, ed hanno risposto 243 insegnanti. Il gruppo di partecipanti rappresenta un campione di convenienza, autoselezionato su base volontaria, utile per leggere il contesto regionale della Scuola nell'emergenza e coinvolgere gli insegnanti in un processo di riprogrammazione delle attività. Si tratta, quindi, di un campione non identificato secondo un disegno statistico, ma funzionale allo scopo principale dell'indagine: una rapida raccolta di ciò che si è provato e sperimentato sul campo in questo periodo di emergenza, una sorta di traccia che permettesse a tutti di esprimersi sia sull'esperienza didattica vissuta che sui bisogni futuri.

Gli insegnanti afferiscono ai vari cicli scolastici: scuola dell'infanzia, prima-

ria, secondaria di primo grado e secondaria di secondo grado.

Strumenti

Per l'indagine è stato utilizzato un questionario ad hoc costruito a seguito di un confronto tra gli operatori della Rete Regionale di Promozione della Salute delle due Aziende, AUSL Umbria 1 e AUSL Umbria 2, ed i referenti della Regione Umbria.

Il questionario è costituito da 8 domande a risposta multipla e 1 domanda aperta che vanno ad indagare le seguenti aree:

- Informazioni generali: genere, fascia d'età, tipologia di inquadramento contrattuale (di ruolo/non di ruolo), ordine e grado scolastico della Scuola in cui si insegna, Comune in cui è localizzato l'Istituto in cui si insegna;
- Considerazioni rispetto all'emergenza sanitaria attuale: mantenimento della frequenza nella continuità scolastica da parte degli alunni, fattori che hanno condizionato la partecipazione di alcuni alunni alla Didattica a Distanza (DAD), percezione rispetto alle proprie risorse personali messe in campo durante l'emergenza e rispetto a quelle mostrate dagli alunni;
- Considerazioni rispetto alla progettazione degli interventi di Promozione della Salute per il prossimo anno scolastico: attività che potrebbero aiutare gli insegnanti, abilità e competenze da potenziare negli alunni, temi di Salute da affrontare, risorse da coinvolgere, suggerimenti personali.

In particolare, il testo della domanda aperta finale è il seguente: "In vista di una programmazione partecipata degli interventi da attuare nel prossimo anno scolastico 2020-2021, come pensa possano essere riorganizzate le attività di Promozione della salute?"

Al termine del questionario è stata proposta una sezione dedicata a "Commenti e note".

Il questionario è stato somministrato online tramite Modulo Google a seguito di invio di una mail a tutti i docenti coinvolti con il link per la compilazione. I docenti hanno avuto 14 giorni per la compilazione.

Analisi dei dati

Per l'analisi dei dati si è proceduto ad un'analisi delle distribuzioni di frequenza delle diverse risposte. In particolare, per le informazioni generali, sono state realizzate una serie di associazioni volte a descrivere meglio il gruppo dei partecipanti.

Per quel che riguarda la domanda aperta presente nel questionario, le risposte sono state codificate seguendo un metodo induttivo. I dati sono stati classificati secondo il metodo della long table analysis di Krueger (Krueger, Casey, 2009), in questa occasione online. Sono state definite delle specifiche categorie sulla base dell'attenta lettura dei dati testuali e delle ricorrenze di parole e contenuti. Sulla base di queste categorie sono state classificate tutte le informazioni, costruendo una griglia di codifica su file excel. La griglia si è evoluta dinamicamente, di pari passo con la codifica delle trascrizioni. In questo modo, attraverso il confronto continuo tra gli operatori che revisionavano trascrizione per trascrizione tutte le tematiche emerse, si è potuto verificare il raggiungimento della saturazione dell'informazione. Una volta effettuata la prima codifica, sono state individuate delle macro aree ed inseriti in esse tutti i dati precedentemente raccolti.

È stato infine costruito un modello descrittivo e interpretativo utilizzando una

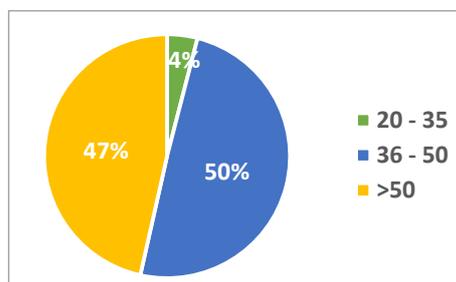
mappa mentale, riportata nella sezione dedicata ai Risultati. La grandezza del testo nella mappa varia a seconda della numerosità delle categorie rappresentate; una categoria molto rappresentata ha un font più grande di una categoria poco rappresentata.

A causa delle restrizioni dovute all'emergenza Covid-19, tutto il lavoro è stato svolto online, con file condivisi e videocchiamate tra gli operatori. Questa modalità di lavoro ha richiesto più tempo ed è risultata più faticosa rispetto al lavoro su carta previsto dal metodo, poiché l'uso del file invece dello spazio fisico consente una minore dinamicità e flessibilità in fase di costruzione della categoria. Ha, però, permesso di avere un materiale più ordinato nella fase di costruzione della mappa mentale e anche più facile da gestire per operatori che lavorano da sedi diverse.

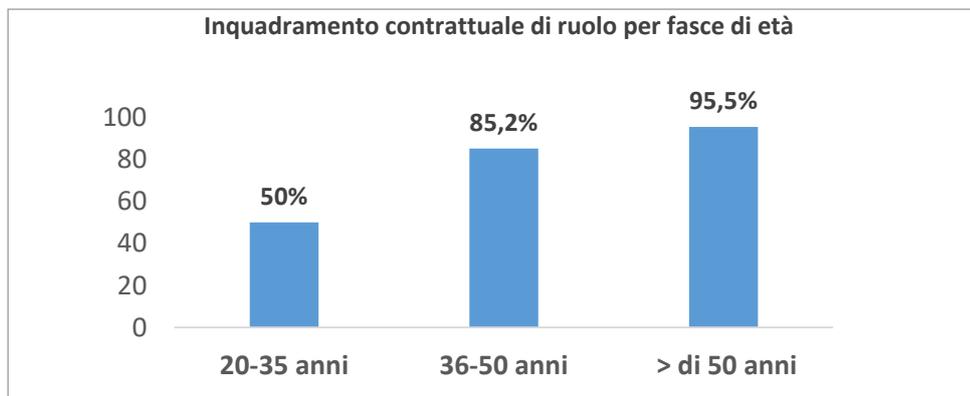
Risultati

a) Prima area d'indagine: informazioni generali

Hanno risposto al questionario 243 docenti, di cui il 91,8% femmine e l'8,2% maschi, distribuiti secondo le seguenti tre classi d'età: 20-35 anni (4%), 36-50 anni (49%), >50 anni (47%).

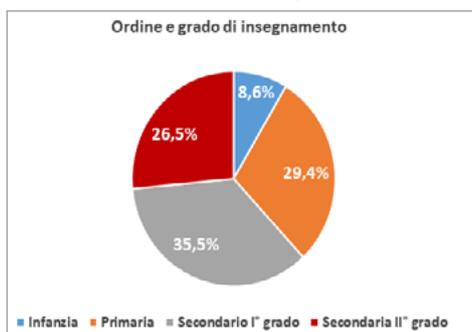


Novem insegnanti su dieci, rispetto al proprio inquadramento contrattuale, riferiscono di essere di ruolo, di cui 89% tra le femmine e 72% tra i maschi. L'essere di ruolo aumenta all'aumenta-



re dell'età.

Rispetto all'ordine e grado della Scuola in cui si insegna, le scuole più rappresentate sono le secondarie di primo grado (35,5%), seguono le scuole primarie (29,4%), le secondarie di secondo grado (26,5%) e le meno rappresentate sono le scuole dell'infanzia (8,6%), come evidenziato nel sottostante grafico.



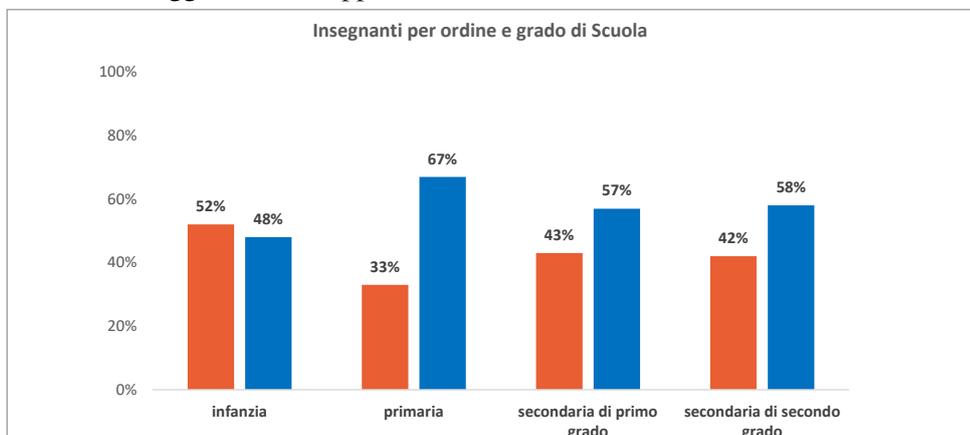
Gli insegnanti che hanno partecipato all'indagine si distribuiscono diversamente sul territorio regionale. In particolare, è maggiormente rappresentato

il territorio della AUSL Umbria 2 (59% dei partecipanti), ma va detto che sono stati di più gli insegnanti formati dalla AUSL Umbria 2 invitati a partecipare, come indicato nella descrizione dei partecipanti (n. 285 della AUSL Umbria 2 e n. 186 della AUSL Umbria 1).

Analizzando i dati sugli ordini e gradi delle scuole a cui gli insegnanti afferiscono, si evidenzia la seguente distribuzione tra le due Aziende.

Nella AUSL Umbria 1 hanno partecipato in percentuale maggiore insegnanti della Scuola dell'infanzia (52%), seguita dalle secondarie di primo (43%) e secondo grado (42%) ed infine le scuole primarie (33%).

Nella AUSL Umbria 2 hanno partecipato maggiormente gli insegnanti della Scuola primaria (67%), seguita anche in questo caso dalle due secondarie di secondo (58%) e primo grado (57%) ed infine la Scuola dell'infanzia (48%).



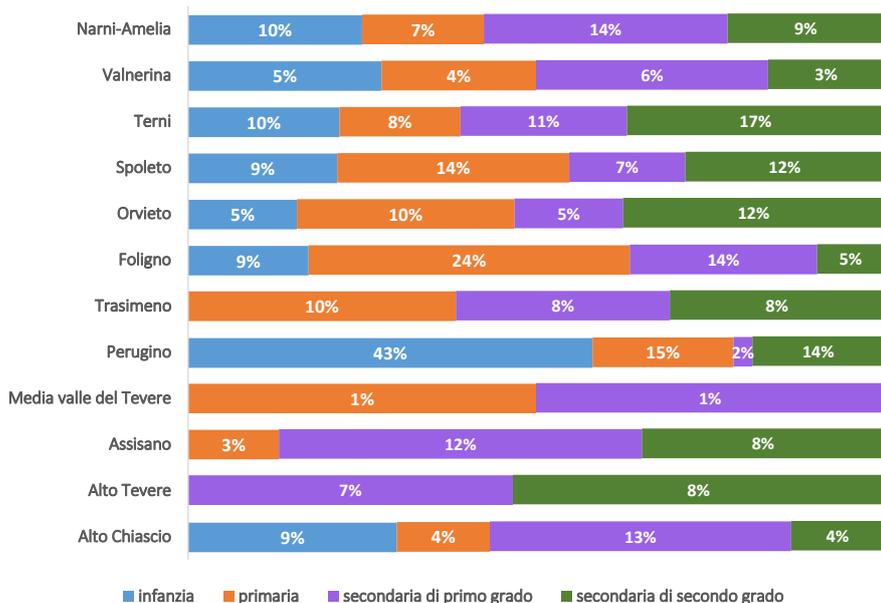
Andando a focalizzare ulteriormente l'attenzione sul dettaglio dei Distretti Sanitari, è possibile evidenziare l'andamento della partecipazione degli insegnanti anche tra i diversi territori. Nel grafico sottostante sono rappresen-

te stato quello della continuità nella frequenza scolastica tramite la seguente domanda: "Considerando il totale dei suoi alunni, quanti di essi hanno mantenuto la continuità nella frequenza scolastica durante l'emergenza Coronavirus

tramite la Didattica a Distanza?". Le risposte alle alternative proposte sono riportate di seguito (nella tabella a piè pagina):

Nella maggior parte dei casi, la continuità della frequenza scolastica è stata mantenuta da tutti (44,5%) e da almeno tre quarti degli alunni (40,4%). Solo in pochi casi si è mantenuto il contatto con circa la metà (2,9%) e circa un terzo (1,2%). Per comprendere meglio questo dato, ci si è focalizzati sugli insegnanti che riferiscono di aver mantenuto la continuità della frequenza scolastica con tutti o tre quarti degli alunni per indagare come si distribuiscono gli ordini e gradi scolastici in questo caso (continuità scolastica 75% o più).

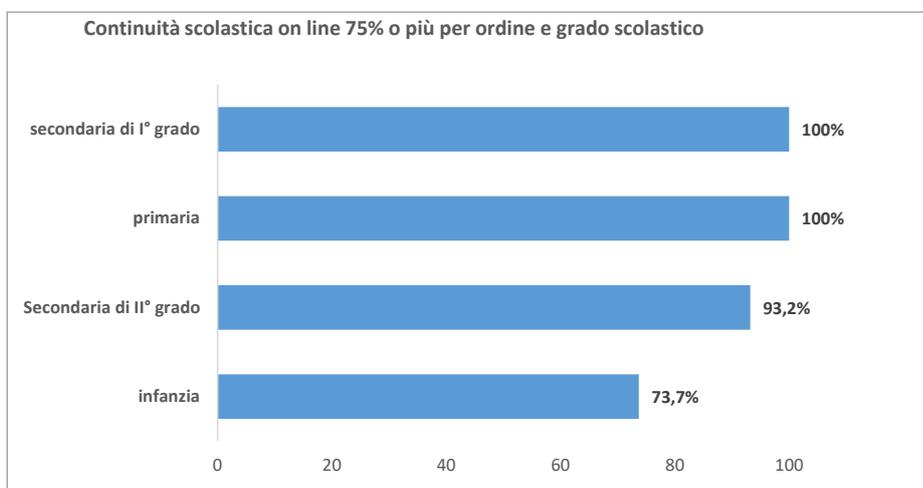
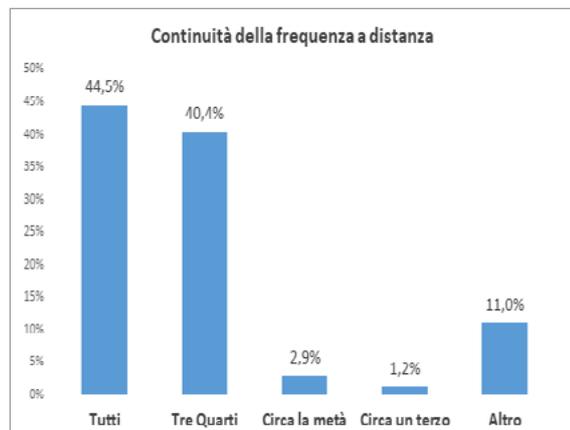
Ordine e grado di Scuola - Docenti per Distretto sanitario



tati con colori differenti i rispondenti per le quattro categorie (ordini e grado di Scuola); sulle barre si possono leggere le percentuali di rispondenti di ciascuna categoria per ogni Distretto sul totale (totale per ogni colore = 100%). Nel Distretto Media Valle del Tevere agli insegnanti è stato inviato un questionario con un formato ad hoc come richiesto dai referenti del Distretto. Vista l'esiguità del campione, i risultati non hanno una validità statistica ma sono, comunque, sovrapponibili, per i quesiti comuni, a quelli degli altri territori e utili all'analisi complessiva e locale dei bisogni.

b) Seconda area d'indagine: considerazioni rispetto all'emergenza sanitaria attuale

Un primo tema indagato in questa area



La continuità nella frequenza scolastica per tutti o almeno tre quarti degli alunni viene riportata prevalentemente dagli insegnanti della Scuola primaria e secondaria di primo grado (entrambi al 100%), mentre la percentuale diminuisce di poco per quelli delle secondarie di secondo grado (93,2%) mentre la diminuzione è più evidente soprattutto per quelli delle scuole dell'infanzia (73,7%). Per le scuole d'infanzia si possono ipotizzare delle criticità specifiche che spieghino questo dato: infatti, data l'età dei bambini, la DAD non può che rappresentare uno stimolo iniziale volto ad attivare esperienze ludiche di tipo motorio, sensoriale, percettivo, comunicativo, espressivo, per la realizzazione delle quali è fondamentale la mediazione adulta-genitoriale.

A completamento della domanda precedente, è stato chiesto agli insegnanti di indicare quali siano stati, secondo la loro esperienza, i fattori che hanno condizionato la partecipazione di alcuni alunni alla DAD, scegliendo tra una serie di alternative come da grafico che segue.

La maggior parte delle risposte si è centrata su questioni tecniche, come la presenza di problemi di connessione ad internet (70%) e problemi con la dotazione informatica (32%). Molti insegnanti, quindi, sono riusciti a mantenere la routine scolastica nonostante le oggettive difficoltà tecnologiche, anche se tali fattori risultano, anche nella presente indagine, come il primo motivo di dispersione scolastica durante l'emergenza. Il gap digitale non si può attribuire logicamente solo alla Scuola ma, durante l'emergenza, si è mostrato quale elemento di criticità per molta parte della società, incluse le famiglie che hanno dovuto far fronte alla DAD con gli strumenti e le capacità in loro possesso (Rocchi, 2020). Tra queste due alternative, si pone l'alternativa delle difficoltà di supporto familiare (50%). Il successo dell'esperienza scolastica durante l'emergenza appare, quindi, fortemente connesso alla sinergia tra insegnanti, alunni e famiglie.

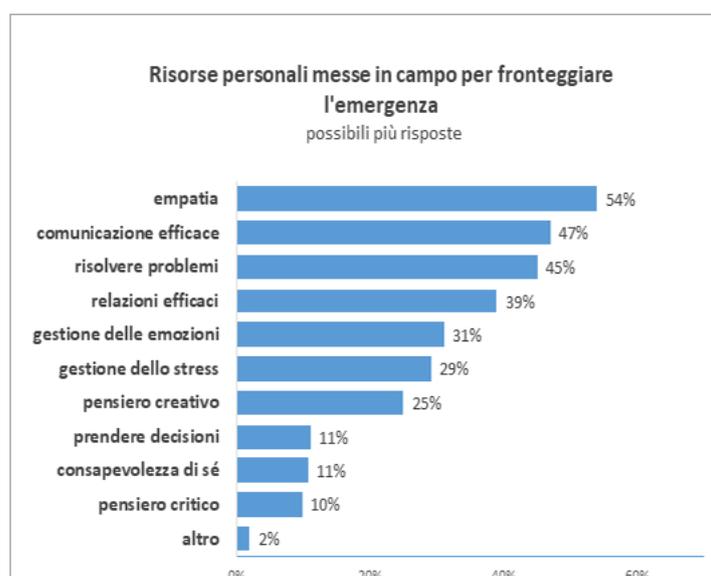
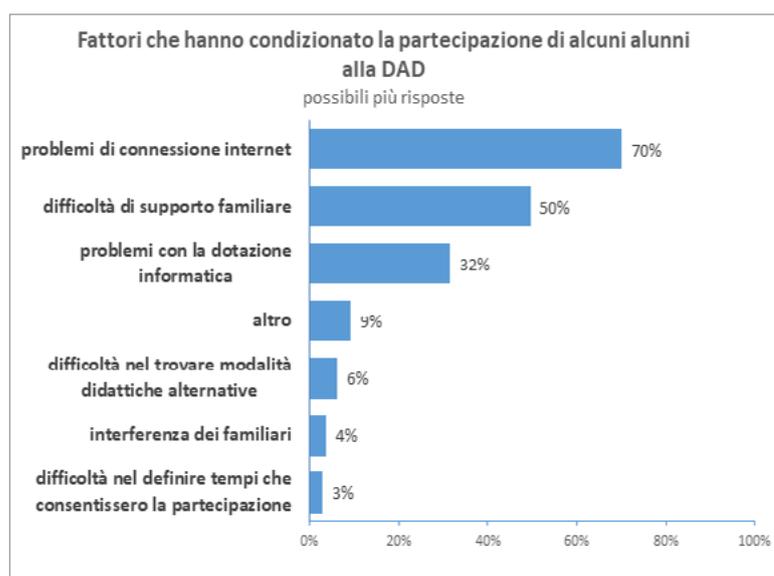
Seguono nella distribuzione delle alternative, aspetti più operativi legati all'or-

ganizzazione del lavoro da parte degli insegnanti, ovvero difficoltà nel trovare modalità didattiche alternative (6%) e difficoltà nel definire tempi che consentissero la partecipazione (3%). Sembra, quindi, che gli insegnanti abbiano messo in campo una buona capacità nel reagire, attivarsi e adattarsi al mutare delle condizioni di contesto.

Tra le alternative precedenti trova spazio quella che riporta l'attenzione a possibili interferenze dei familiari (4%). Per il commento di tale dato, si rimanda a quanto affermato poco sopra rispetto al ruolo delle famiglie.

Le due domande successive sono relative alle competenze messe in atto, secondo la percezione degli insegnanti, da se stessi e dagli alunni per fronteggiare l'emergenza.

Considerando la distinzione delle Competenze Sociali (Life Skills) in Emotive (autoconsapevolezza, gestione delle emozioni, gestione dello stress, autostima), Relazionali (empatia, comunicazione efficace, relazioni efficaci, autonomia) e Cognitive (risolvere i pro-



blemi, prendere decisioni, senso critico, creatività) (OMS, 1993), tra le più indicate come competenze messe in atto dagli insegnanti emergono le Competenze Relazionali empatia (54%), comunicazione efficace (47%), relazioni efficaci (39%) e tra le Competenze Cognitive il risolvere problemi (45%). Seguono le competenze Emotive e le restanti competenze Cognitive proposte.

Le prime alternative maggiormente rappresentate mostrano una polarizzazione prevalente delle risposte nell'area delle Competenze Relazionali. Si potrebbe ipotizzare, per questo dato, che l'importanza del rapporto tra studente e docente, in parte compensato dall'utilizzo della DAD, abbia mantenuto il suo ruolo centrale. Anche in questa dimensione a distanza, l'aspetto relazionale sembra sia stato posto come base della relazione educativa da parte degli insegnanti.

Per quanto riguarda le competenze che, secondo gli insegnanti, hanno mostrato gli alunni nell'affrontare l'emergenza,

le emozioni (53%), segue il risolvere problemi (39%), afferente all'area cognitiva, e le relazioni efficaci (35%) dell'area relazionale. Queste prime tre competenze sembrano mostrare una certa integrazione tra le diverse Competenze Sociali rilevate dagli insegnanti nei ragazzi, aspetto questo che si coniuga con la definizione stessa di promozione dello sviluppo delle Competenze Sociali intesa come sviluppo di abilità che integrino gli affetti con il pensiero e l'azione nell'affrontare le sfide della vita (Bertini et al., 2006).

Seguono pensiero creativo, consapevolezza di sé, gestione dello stress e le altre. Da un primo impatto, gli alunni sembrano aver mostrato un atteggiamento piuttosto resiliente nel fronteggiare l'emergenza.

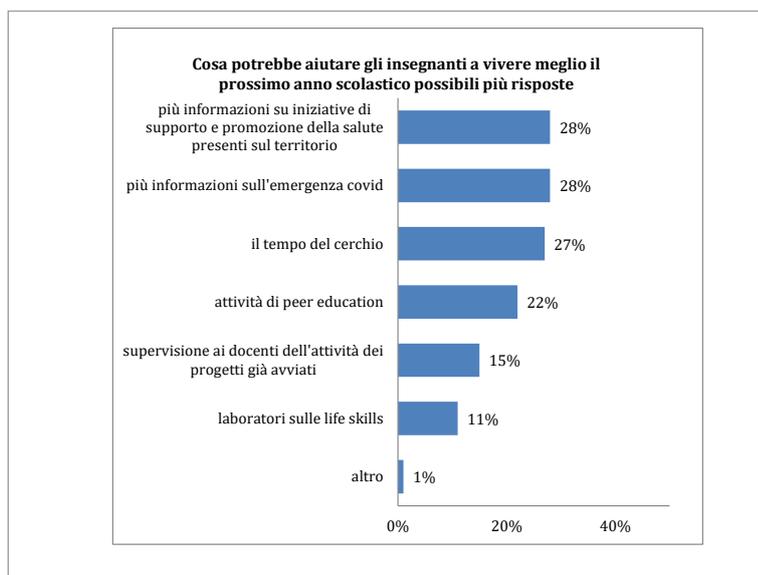
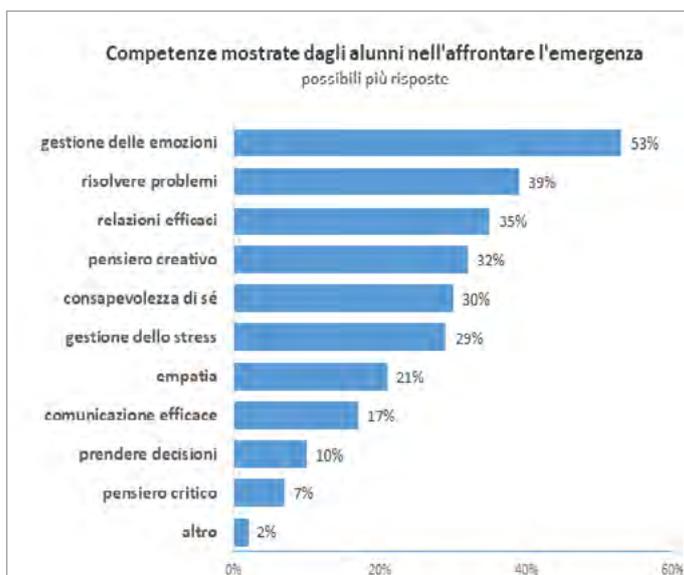
c) Terza area d'indagine: considerazioni rispetto alla progettazione degli interventi di Promozione della Salute per il prossimo anno scolastico

Quest'ultima area si pone come momen-

prossimo anno scolastico.

La prima domanda si centra sul supporto agli insegnanti, proponendo una serie di alternative come riportato nel grafico seguente.

Molto presente l'area di informazione con le alternative "Più informazioni su iniziative di supporto e Promozione della Salute presenti sul territorio" (28%) e "Più informazioni sull'emergenza Covid" (28%), entrambe con lo stesso valore. Considerando le competenze che gli insegnanti hanno riferito di aver messo in campo durante l'emergenza, più spostate sul versante relazionale, appare coerente la richiesta di momenti di maggiore attenzione alle dimensioni cognitive di conoscenza ed informazione che potrebbero rappresentare la base per l'applicazione delle proprie capacità di prendere decisioni, creatività e pensiero critico, tra le meno rappresentate nella risposta alla domanda sulle risorse personali messe in campo, e che potrebbero aiutare gli insegnanti a gestire meglio



la maggior parte dei partecipanti riferisce competenze relative innanzitutto all'area emotiva con la gestione del-

to di riflessione conclusivo per proporre degli spunti concreti ed operativi per le attività di Promozione della Salute nel

eventuali ulteriori fasi di emergenza. La necessità di più informazioni su iniziative di supporto e Promozione della

Salute va nella direzione di connettere il mondo della Scuola con l'esterno, di cercare altre agenzie che collaborino al mandato educativo, ancor più nel momento in cui l'organizzazione è sottoposta a improvvisi e impensati cambiamenti a causa dell'emergenza sanitaria. Il fare rete in contrapposizione alla necessità di distanziamento fisico emerge anche nell'analisi qualitativa della domanda aperta.

Quasi alla pari con le precedenti alternative, si trova l'uso di uno strumento base dell'educazione socio affettiva, ovvero il tempo del cerchio (27%), e segue l'attività di peer education (22%) che riportano ad una dimensione diversa da quella proposta dalla DAD. Si tratta di attività centrate sull'incontro tra insegnanti ed alunni (tema che emerge fortemente anche nell'analisi qualitativa a cui si rimanda), fondate sulla comunicazione, sull'espressione di sé, sull'inclusione e l'ascolto reciproco, sul soddisfare sia il proprio bisogno di appartenenza che di individualità, facilitando la cooperazione fra tutti i membri del gruppo-classe e del gruppo-scuola e favorendo la presa di coscienza del ruolo che ciascun elemento del gruppo può assumere, delle conseguenze delle singole azioni e, conseguentemente, sviluppando maggiore consapevolezza della responsabilità nei confronti delle proprie scelte. Ritorna la centralità della relazione insegnante-alunno all'interno della quale si esplica la funzione educativa della Scuola.

A tali considerazioni si aggiungono ulteriori elementi grazie alla domanda successiva che intende indagare quali abilità e competenze sarebbe necessario potenziare negli alunni per affrontare meglio il prossimo futuro:

Le alternative maggiormente indicate,



Io non ho paura, Gabriele Salvatores, 2003

ovvero gestione delle emozioni (47%), consapevolezza di sé (45%), risolvere i problemi (34%) e relazioni efficaci (31%), sono sovrapponibili, ad eccezione della consapevolezza di sé, a quelle indicate dagli insegnanti come messe in campo dagli alunni durante l'emergenza. Tale aspetto mostra una certa contraddittorietà, poiché, se la gestione delle emozioni si manifesta come prima scelta tra le competenze mostrate dagli alunni, risulta poco chiaro il fatto che venga indicata come prima competenza da potenziare. In ogni caso, la gestione emotiva è un elemento che si connette al tema dell'emergenza ed al fatto che in tale contesto possa essere utile continuare a lavorare sulla gestione dell'emotività, dell'ansia, della paura, e sulle capacità di problem solving e di relazione. Anche le altre competenze iniziali e quelle che seguono attestandosi tra le posizioni centrali nella distribuzione di frequenza, come il pensiero critico e la gestione dello stress, evocano la dimensione dell'emergenza.

Un pensiero a parte si potrebbe ipotizzare per la consapevolezza di sé, al secondo posto tra le competenze da potenziare. Si tratta di un aspetto che è stato mediamente riportato relativamente alle competenze messe in campo dagli alunni, e invece nelle retrovie, e precisamente penultima, per quanto riguarda quelle

messe in atto dagli insegnanti. L'autoconsapevolezza rappresenta il riconoscimento di sé, del proprio carattere, delle proprie forze e debolezze, dei propri desideri e delle proprie insofferenze. Sviluppare l'autoconsapevolezza può aiutare a riconoscere quando si è stressati o quando ci si sente sotto pressione. Si tratta di un prerequisito di base per la comunicazione efficace, per instaurare relazioni interpersonali, per sviluppare empatia nei confronti degli altri, per gestire l'emotività.

Alla luce di tali considerazioni, potrebbe essere utile pensare che l'autoconsapevolezza rappresenti un elemento chiave sia per gli insegnanti che per gli alunni e che possa rappresentare un'importante area di sviluppo per i mesi futuri anche alla luce del fatto che richiede, per sua natura, la capacità di fermarsi per attivare un'osservazione critica di sé. Durante i periodi di maggior sovraccarico emotivo tali capacità sono compromesse e si dà più spazio all'azione, al gestire, al risolvere i problemi. È possibile che questo meccanismo abbia condizionato le risposte degli insegnanti e che, nei mesi che verranno, si potranno attivare più spazi per la riflessione.

Nella domanda successiva, si va ad indagare quali temi di Salute siano percepiti come prioritari dagli insegnanti coinvolti nelle attività di Promozione

della Salute, secondo una serie di alternative proposte, riportate nel grafico successivo.

Al primo posto tra le alternative proposte, viene indicato l'uso di internet, tema prioritario per 6 insegnanti su 10 (61%). Sicuramente la DAD e l'esposizione massiccia al web vissute da bambini e ragazzi, ma anche dagli insegnanti stessi, hanno reso questo un tema caldo, che necessita approfondimento. Accanto all'annoso problema dell'uso massiccio della tecnologia da parte dei bambini/ragazzi altre riflessioni sono emerse anche durante le ultime supervisioni rispetto alla rete: le potenzialità finora inesplorate (DAD per approfondimenti pomeridiani, maggiore o differente utilizzo con bambini e ragazzi con bisogni educativi speciali). Inoltre, la Scuola nel suo insieme, ma anche ogni insegnante individualmente, ha dovuto fare i conti con le proprie capacità di gestire la tecnologia, non solo in termini di dotazione, strumentazione, rete, ma anche di confidenza nell'utilizzo, atteggiamento, stereotipi, lavoro che ha comportato un grande sforzo organizzativo e anche personale.

I due temi seguenti, gestione delle emozioni (52%) e senso di comunità (48%), appaiono anch'essi come connessi all'emergenza vissuta con una riscoperta importante del senso di comunità, elemento centrale della funzione educativa della Scuola.

Sulle posizioni successive nella distribuzione si collocano i temi connessi alla sana alimentazione, attività fisica ed espressione e consapevolezza corporea. Chiudono i temi relativi alle dipendenze, considerati, forse, come meno prioritari nel momento di emergenza. In questa fase, ragionando in termini di figura/sfondo, sono andati

sullo sfondo i comportamenti a rischio (fumo, alcol, sostanze) e sono emerse in maniera preponderante le skills che sottendono, insieme ai determinanti sociali e comunitari della salute, gli stessi comportamenti. Spostare l'attenzione dai comportamenti a rischio ai prerequisiti che li governano ha rappresentato una necessità più evidente nella fase di emergenza, riportando in primo piano i determinanti sociali della salute.

Ulteriori considerazioni e suggerimenti sui temi da trattare sono emersi dall'analisi qualitativa della domanda aperta del questionario e verranno presentati nella sezione dedicata.

L'ultima domanda chiusa si è centrata sulla riflessione rispetto alle risorse da coinvolgere maggiormente per supportare al meglio la prosecuzione delle attività di Promozione della Salute, come riportato nel grafico seguente.

Al primo posto viene indicato come fondamentale il coinvolgimento delle fami-

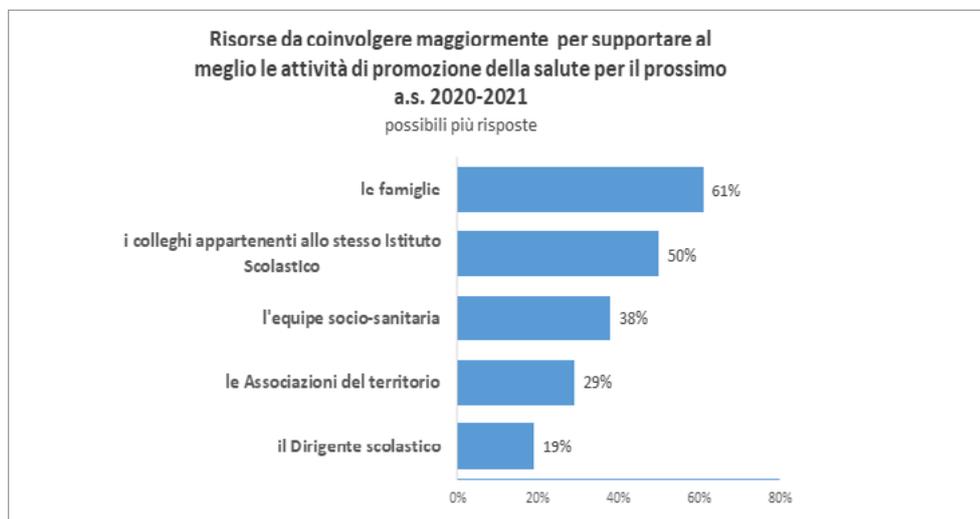
sto che, insieme al coinvolgimento delle famiglie, sopra indicato, e dell'équipe socio-sanitaria (38%), emerge e viene ulteriormente spiegato anche dall'analisi qualitativa della domanda aperta a cui si rimanda. Segnalata, seppur in misura minore, l'importanza di coinvolgere le Associazioni del territorio e la Dirigenza scolastica.

In ultimo, è stata proposta la seguente domanda aperta: "In vista di una programmazione partecipata degli interventi da attuare nel prossimo anno scolastico 2020-2021, come pensa possano essere riorganizzate le attività di Promozione della Salute?"

Di seguito le aree tematiche emerse a seguito dell'analisi qualitativa effettuata :

1- Suggerimenti operativi

Questa è l'area tematica maggiormente rappresentata, che contiene le idee, le indicazioni, i dubbi che riguardano l'operatività dei progetti per il prossi-



glie (61%), elemento da cui non si può più prescindere nel pensare alle iniziative di Promozione della Salute. Viene, poi, riportata l'importanza di coinvolgere i colleghi appartenenti allo stesso Istituto Scolastico (50%), elemento que-

mo anno. Moltissimi dati testuali, come prevedibile, si riferiscono a come incontrarsi, con una prevalenza di indicazioni per proseguire in presenza, "Attraverso attività in presenza che rendano possibile il distanziamento, attività anche

pratiche all'esterno, collettive e pubbliche", e anche molte richieste di farlo a distanza, "Viste le tante incertezze sulla ripresa, si potrebbe iniziare a progettare anche qualche attività a distanza, per non lasciare eventualmente soli i ragazzi". Questa dicotomia riflette tutta l'incertezza sull'organizzazione del prossimo futuro a Scuola, ma anche, forse, l'ambivalenza rispetto al desiderio di riprendere le attività in presenza e contemporaneamente dover fronteggiare i rischi di contagio connessi al Covid-19, tema già presente negli incontri di supervisione. Si potrebbe ipotizzare, anche considerando chi propone modalità blended di svolgimento delle attività ("Sia a distanza, tutti i partecipanti, attraverso meeting virtuali sia a piccoli gruppi (a rotazione) in presenza"), che le modalità a distanza non siano di per sé sufficienti, ma svolgano un ruolo utile in questo momento, non sostituendo le modalità tradizionali di lavoro ma integrandole. Altre indicazioni hanno a che fare con la gestione dei tempi, che abbiamo chiamato Timing dei progetti. Sono contenuti i testi che riportano l'esigenza di rimodulare i tempi, "riuscire a creare piccoli pezzetti di attività da 15 minuti da incastonare più facilmente e regolarmente nel ridotto orario scolastico", o propongono le attività pomeridiane, "Proporrei dei laboratori pomeridiani anche in modalità on line, con attività interattive che consentano comunque una partecipazione diretta degli alunni e un coinvolgimento a 360°", o ancora fanno riferimento alla necessità di programmare, di cadenzare le attività, "L'intervento dovrebbe essere programmato all'inizio dell'anno, calendarizzato quindi a Settembre, meglio ancora se prima dell'arrivo a scuola dei bambini".

2- Suggerimenti metodologici

Molte risposte riguardano la metodologia dei tre progetti. Accanto a numerose conferme, "Questi interventi sono molto funzionali perché sono in presenza e sperimentali, quindi credo la soluzione migliore sia utilizzare le stesse modalità", vengono individuate diverse traiettorie da percorrere: una maggiore integrazione nelle attività didattiche, "Credo che tali attività debbano essere correlate e integrate alla progettazione curricolare", e un maggior coinvolgimento delle famiglie, "Con nuovi incontri pensati anche per le famiglie e per tutti i colleghi".

Anche la comunità emerge in maniera significativa, con un richiamo alla necessità della progettazione partecipata, "attraverso una partecipazione attiva di vari componenti, quali: studenti, colleghi appartenenti allo stesso Istituto Scolastico, famiglie, equipe socio-sanitarie e associazioni del territorio", e della partecipazione anche nella fase di realizzazione, "Organizzazione incontri scuola - enti del territorio". La promozione del senso di comunità era emersa anche dai dati quantitativi, a cui si rimanda, come tema per lo sviluppo delle attività nel prossimo anno scolastico.

Vi sono poi diversi riferimenti ad aspetti metodologici che sono già previsti dai progetti, "Alla luce dell'esperienza fatta, ritengo che sarebbe auspicabile avere la possibilità di interventi di supervisione ai laboratori avviati in classe". Li abbiamo chiamati misunderstanding; sarà interessante tra operatori ragionare sui motivi di questi fraintendimenti.

3-La Scuola

In quest'area sono stati raggruppati i dati testuali che rimandano a dimensioni di ruolo della Scuola, intesa sia come Istituzione, con proprie regole, che come

luogo comunitario. Nell'area Istituzione vengono segnalati, come snodi cruciali, la rivisitazione della didattica, "l'argomento principale potrebbe essere: ricercare e sperimentare modalità interattive di insegnamento-apprendimento tramite device, sperimentarle per poter effettuare una valutazione sulla loro applicabilità e replicabilità", e l'organizzazione interna, "Visti i cambiamenti e le incertezze del prossimo anno (spazi, dad, tempi etc) è indispensabile sensibilizzare i dirigenti affinché consentano la formazione ai docenti e si rendano conto dell'importanza della promozione della salute (degli alunni e dei docenti)".

La dimensione comunitaria viene rappresentata sia come rivolta al proprio interno, fare comunità tra gli attori della Scuola, "Occorre integrare e potenziare le esperienze fatte dai ragazzi nel precedente anno, creando momenti di incontro tra pari, con l'inserimento all'interno delle classi di momenti di discussione condivisi con gli stessi insegnanti della classe", e attraverso una didattica laboratoriale, "Promuovendo attività laboratoriali", sia rivolta all'esterno, attraverso la promozione del senso di comunità "è importante creare delle reti di supporto agli studenti, la scuola deve aprirsi, deve dialogare con le agenzie del territorio. Gli studenti, se inseriti all'interno di progetti condivisi, possono fare la loro parte e divenire protagonisti attivi di processi di sviluppo e di creazione di comunità". L'importanza dell'incontro e dello stare in relazione era emersa anche nell'analisi dei dati quantitativi.

4-Rapporto Scuola/Sanità

I testi che rimandano al rapporto Scuola/Sanità forniscono spunti di riflessione molto interessanti: emerge in una serie di frasi una richiesta di consulenza,

abbozzata, da precisare, ma sostanzialmente una richiesta di aiuto che implica il ragionare insieme per affrontare le incertezze e le difficoltà che ci si aspetta di trovare al rientro in classe, “offrendo un supporto psicologico agli insegnanti, che indirettamente si rifletterebbe su alunni e famiglie”.

È molto presente anche la richiesta di formazione, che, seppure prevista nei progetti, non spiega da sola la richiesta massiccia che emerge nei testi, “Con la prosecuzione di una formazione se possibile in presenza o da remoto se in nuova fase di emergenza (speriamo di no!!)”. Anche in questo caso, probabilmente, la formazione può essere letta come una richiesta di ragionare insieme non solo sulla Promozione della Salute, ma, in maniera più ampia, su questo frangente scolastico e sociale.

Accanto a queste richieste sono presenti altre due categorie, che, invece, rappresentano una richiesta di aiuto meno coinvolgente per sé, apparentemente di delega da un lato, “organizzando degli appuntamenti in videoconferenza tra la classe e l’equipe socio-sanitaria”, e di introduzione dell’esperto in classe dall’altro, “interventi di esperti, che illustrino in maniera efficace e diretta i benefici di un corretto stile di vita”. Sottolineiamo che la presenza di esperti in classe è una possibilità che non esiste nei tre progetti, che si basano invece sul potenziamento delle capacità educative degli adulti significativi dei bambini/ragazzi.

5-Competenze da potenziare

Alcune risposte vertono sulle competenze che sarebbe utile potenziare nelle attività del prossimo anno e sono state suddivise in life skills, che hanno a che vedere con le nostre capacità interne, e

temi più legati ai contenuti. Nella prima categoria, quella delle life skills, vengono segnalate il pensiero creativo, la gestione dello stress, la gestione delle emozioni. Tra i temi sentiti come prioritari vi è l’uso di internet, l’emergenza sanitaria, la resilienza. Tali aspetti vanno ad integrare e confermare alcune considerazioni emerse nell’analisi dei dati quantitativi.

6-Reazioni all’emergenza

In questa macro-area vi sono le categorie che contengono i dati testuali che rimandano a reazioni all’emergenza. Moltissime risposte portano il tema dell’incertezza, “In questo momento di incertezza totale sulla riorganizzazione della scuola, non saprei cosa dire...”. Alcune riflessioni evocano apprendimenti dovuti alla fase di emergenza, “L’emergenza Covid ha rotto così tanti schemi, che sarà necessario reimpostare il lavoro partendo da un nuovo tipo di relazione e ripensare ad un concetto di salute in termini nuovi, di connessione con la tecnologia, con l’ambiente, con gli altri. BISOGNA ripartire da un corretto rapporto con l’ambiente, inteso non come ciò che ci circonda, ma come il SISTEMA di cui facciamo parte integrante”. Vi è poi un gruppo di risposte che hanno a che vedere con i vincoli percepiti come definitivi, al momento non superabili, che abbiamo chiamato Disinvestimento: “Per come sono concepite (penso per esempio al progetto Unplugged), queste attività prevedono una corporeità e una vicinanza fisica che al momento non sono applicabili”. Un accenno è fatto anche alla paura, che è un’emozione che ha circolato “Temo che sarà una ripartenza affannata dal dover recuperare tante ore di didattica persa, la mia paura è che non ci sia molto tempo da dedicare alla promozione alla

salute in orario scolastico”.

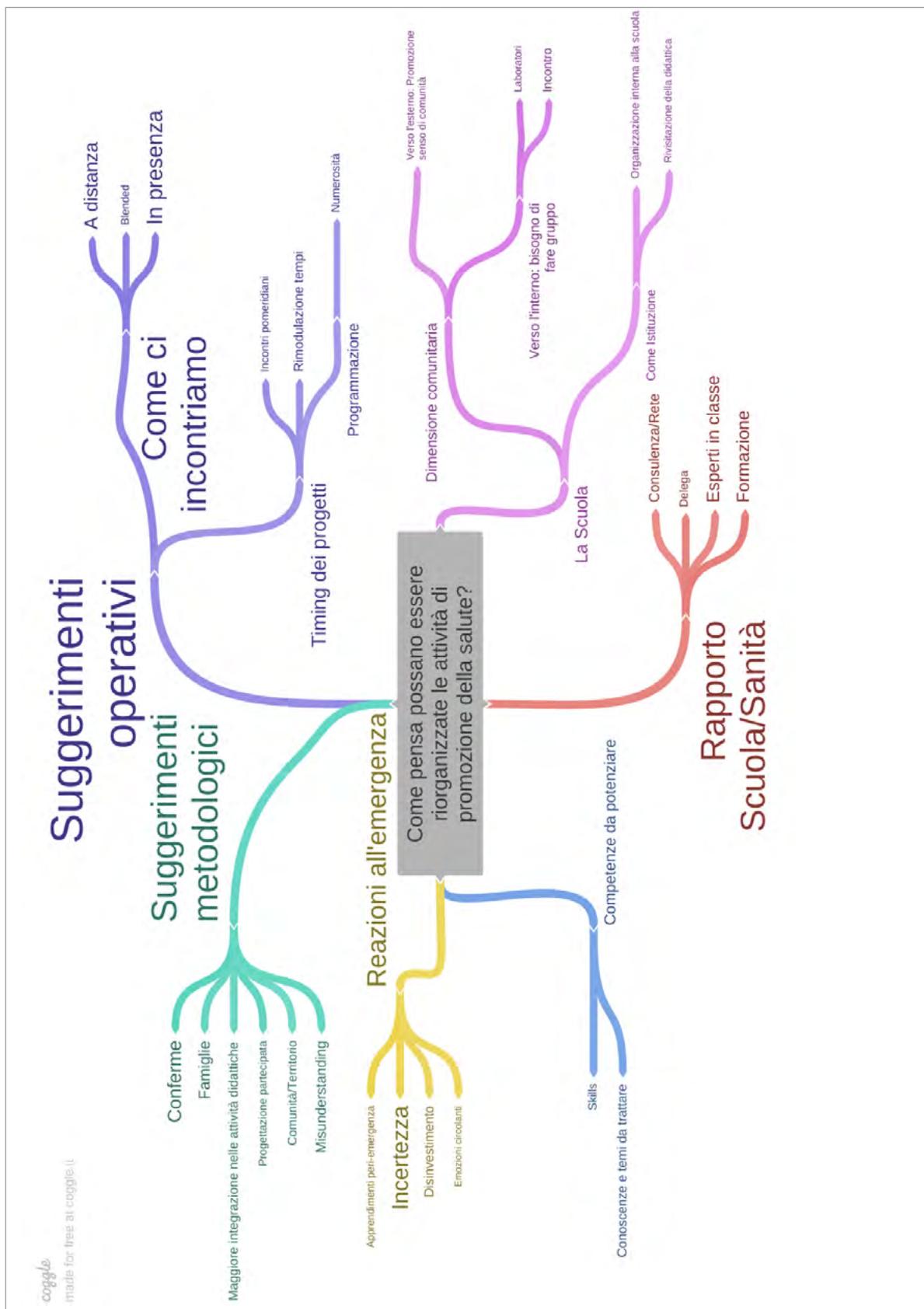
Alla pagina seguente viene riportata la mappa mentale relativa ai contenuti qualitativi sopra descritti.

Conclusioni

L’indagine è stata realizzata con l’obiettivo sia di comprendere il nuovo contesto da cui partire per una riprogettazione condivisa in seguito all’emergenza Covid-19, sia di cogliere spunti e suggerimenti per avviare le attività del prossimo anno scolastico.

Gli insegnanti che hanno partecipato all’indagine erano prevalentemente donne, di ruolo e provenienti dalle scuole di tutti gli ordini e gradi, in maggior parte dal territorio della AUSL Umbria 2.

Rispetto alla comprensione del contesto emergenziale, è emerso che la maggior parte degli insegnanti è riuscito a mantenere la continuità nella frequenza scolastica per tutti o almeno tre quarti degli alunni, restituendo l’immagine di una Scuola e di una Famiglia che hanno dovuto affrontare, con le risorse e gli strumenti a disposizione, il gap digitale insito nella società italiana attuale. Le problematiche connesse alle tecnologie si configurano come un importante fattore di dispersione scolastica durante l’emergenza Covid-19 (Rocchi, 2020). Questo aspetto non va assolutamente sottovalutato anche pensando alla riprogrammazione delle attività di Promozione della Salute, per la realizzazione delle quali gli insegnanti stessi mostrano una forte oscillazione nella dicotomia in presenza/a distanza, spiegabile, forse, anche dalle difficoltà nel pensare alla nuova organizzazione della Scuola nel prossimo futuro. Il tema dell’uso di internet, non solo nei suoi rischi ma anche e soprattutto nelle sue potenzialità, scoperte dagli insegnanti durante



coggle
made for free at coggle.it

l'emergenza, viene riportato come un elemento importante da sviluppare.

Indagando le competenze messe in atto durante l'emergenza, per gli insegnanti si evidenziano con forza quelle relazionali e negli alunni viene riconosciuta la capacità di gestione delle emozioni, riproposta come una competenza centrale su cui lavorare anche nel futuro, assieme alla consapevolezza di sé.

Oltre al ruolo dello sviluppo delle Life Skills per riprogrammare le attività, è emersa la centralità dell'includere gli altri attori di contesto, promuovendo partecipazione alle iniziative di Promozione della Salute. Gli attori fondamentali indicati sono, innanzitutto, le famiglie ed i colleghi dei propri Istituti Scolastici, come anche la comunità più allargata ed il territorio di riferimento. La necessità di promuovere senso di comunità e di includerla nella progettazione e realizzazione delle attività di Promozione della Salute è stata riportata come un elemento imprescindibile. L'attenzione per i determinanti sociali si conferma come strategia regina per promuovere salute.

Al fine di consentire la realizzazione di iniziative di Promozione della Salute nel prossimo anno scolastico, gli insegnanti hanno riferito non solo importanti premesse metodologiche centrate sull'attenzione alle dimensioni comunitarie, come sopra riportato, ma anche una serie di suggerimenti operativi. Innanzitutto, emergono la necessità di programmazione delle attività, di rimodulare i tempi secondo le nuove necessità, di integrare maggiormente le attività nella didattica e di trovare forme che consentano l'adattamento al nuovo contesto degli strumenti noti e usati per gli interventi di Promozione della Salute, come circle time e peer education.

Un ulteriore bisogno che viene espresso

è quello di informazione, declinato su due livelli: da un lato, più informazioni sulle iniziative di supporto e Promozione della Salute presenti sul territorio, dall'altro più informazioni sull'emergenza Covid-19. Queste richieste sembrano coerenti con la necessità di fare rete e prepararsi ad eventuali ulteriori fasi di emergenza.

Per realizzare gli obiettivi previsti dai vari progetti, si fa riferimento in maniera trasversale alla necessità di mantenere la relazione Scuola-Sanità ed al ruolo di consulenza che la Sanità stessa può assumere, in quanto istituzione che possa garantire formazione, confronto e facilitazione dei processi di Promozione della Salute.

Nonostante i molti spunti per la riprogrammazione, l'indagine presenta alcuni limiti. Innanzitutto, l'uso di uno strumento costruito ad hoc, non sottoposto a fase di pretesting, potrebbe aver condizionato le risposte dei partecipanti ad alcune domande, proponendo degli schemi concettuali propri degli intervistatori.

Inoltre, la fotografia dei bambini e dei ragazzi è scattata dal punto di vista dei loro insegnanti: una rappresentazione quindi, con tutta la ricchezza e la contaminazione che ne deriva. Un punto di vista educativo, adulto, non neutro: sarebbe interessante arricchire con un contributo diretto degli studenti

Bibliografia

- Bertini M., Braibanti P., Gagliardi M.P. (2006). Il modello "Skills for life" 11-14 anni. La promozione dello sviluppo personale e sociale nella scuola. Franco Angeli, Milano.
- Fornez - Centro di formazione e studi, Presidenza del Consiglio dei Ministri, Dipartimento della funzione pubblica (2002). Project Cycle Management. Manuale per la formazione. XPress srl, Roma.
- Green L.W., Kreuter M.W. (1991). Health Promotion Planning: An Educational and Environmental Approach. Mountain View, Mayfield.

- Francescato D., Putton A., Cudini S. (1986). Stare bene insieme a Scuola, Carocci, Roma.
- IUHPE (2011). Trad it, a cura di, Baggio B., Barbera E. Bonfanti M., Coppola L., Donna M. A., Fiore C., Lingua S., Modenini M., Muscolo C., Ripamonti E., Tortone C., Vezzoni M., Verso una Scuola che promuove la Salute: linee guida per la Promozione della Salute nelle scuole, seconda versione del documento "Protocolli e linee guida per le scuole che promuovono Salute", testo disponibile al sito: <http://www.dors.it>
- Krueger R.A., Casey M.A. (2009). Focus Groups: A Practical Guide for Applied Research. 4th edn. Sage Publications, London.
- OMS (1993). Life skills education in schools. WHO/MNH/PSF/93. A Rev 1, Genève.
- OMS (2003). Skills for health: skills-based health education including life skills: an important component of a child-friendly/health-promoting school. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42818/924159103X.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Pellai A., Rinaldin V., Tamborini B. (2002). Educazione tra pari. Manuale teorico-pratico di empowered peer education. Erikson, Trento
- Regione Umbria (2014). Piano Regionale di Prevenzione 2014-2018. http://www.regione.umbria.it/displaydoc/-/document_library_display/5GZTrB-DKfga8/view/3195498;jsessionid=DEB2521675A11B997C8A7660846FFD8F
- Rocchi F. (2020). Lasciare la scuola anzitempo: le possibili conseguenze del Covid sulla dispersione scolastica. Il Mulino. 4:655-661
- www.oed.piemonte.it/unpluggeditalia/

Questo lavoro è stato possibile solo grazie agli operatori delle reti di promozione della salute della Usl Umbria 1 e Usl Umbria 2, degli Uffici della Direzione Regionale Salute e Welfare e della Scuola Umbra di Amministrazione Pubblica

*Giada Fioretti, Sonia Bacci,
Elisa Marceddu e Marco Cristofori
U.O. Sorveglianza e Promozione
della Salute, USL Umbria 2*

Un medico di Medicina Generale e la Scuola

Fabrizio Germini

Il cacciatore di aquiloni, Marc Forster, 2007

Perché questo articolo?

L'esigenza primaria nel decidere di scriverlo è stata quella di sviluppare una riflessione che nasce dalla osservazione di un cambiamento importante, imposto da motivi sanitari, non pedagogici, ma che si riflette su una attività essenziale per lo sviluppo delle persone e della società, quale è quella scolastica.

Soprattutto la scuola di infanzia e primaria ma anche quella che si rivolge ad adolescenti e ragazzi in avanzata fase di maturazione personale e collettiva.

Probabilmente il vorticoso succedersi di decisioni e strategie ha reso prematura questa riflessione, ma comunque ritengo che sia essenziale sviluppare in qualche modo la discussione collettiva, la messa in comune di sensibilità, competenze e intuizioni diverse.

Sarà anche fondamentale ascoltare profondamente i protagonisti, bambini e ragazzi.

Ci piacerebbe riprendere fra qualche tempo la discussione, sempre aperta al contributo di chi potrà.

I Dirigenti scolastici hanno la responsabilità che la società gli affida di garantire, in questo contesto pandemico, la sicurezza massima possibile.

Ci sono molte indicazioni, ma alla fine

devono realizzare ciò che è possibile, date per immutabili le strutture, il numero di alunni, il numero di insegnanti, le risorse economiche a disposizione per gli arredi e i dispositivi di protezione personale (mascherine gel igienizzanti...).

Immaginiamo le difficoltà per le ataviche carenze strutturali della scuola in Italia e sarebbe questo il momento giusto per dare un segnale di considerazione e di scelte che affranchino il nostro sistema scolastico dai problemi di sempre per renderlo vivibile e adeguato alla sua funzione formativa a tutto tondo.

La apertura delle scuole è stato e sarà un momento importantissimo per farci capire se siamo in grado di governare la attuale pandemia, oppure se dobbiamo ancora fermarci.

In questi giorni i genitori sono scesi in piazza, a Roma le associazioni che costituiscono la rete "Apriti Scuola", hanno chiesto ai governanti di prendere sul serio le esigenze dei ragazzi, sottolineando la voglia di scuola, anche con le difficoltà attuali, ma anche la assoluta necessità di costruire strutture adeguate, che consentano aule meno affollate, insegnanti in numero sufficiente a coprire tutte le esigenze, il riconoscimento per loro di una sicurezza e dignità lavorati-

va attualmente soffocata da anni di precariato.

Ovviamente è trasversale la domanda di sicurezza sanitaria.

E' chiaro che non dovranno essere a scuola i malati e si dovrà ridurre al massimo il rischio di trasmissione da portatori sani.

Per questo è necessaria una stretta collaborazione fra il mondo della scuola e quello della sanità pubblica.

Il SSN attraverso i MMG, i PLS, i servizi di prevenzione dovrà offrire la possibilità di identificazione rapidissima dei malati.

Il Ministro Speranza ha annunciato qualche giorno fa di voler garantire un doppio tampone in 24 ore per i ragazzi ritenuti sospetti, per isolare immediatamente i focolai ed evitare blocchi a catena immotivati.

Contemporaneamente i Pediatri denunciano tempi attualmente troppo lunghi, anche 5 giorni, per le stesse procedure.

Il sistema di rilevazione diagnostica sta cambiando quasi in tempo reale e si arriverà alla possibilità di test semplici, saliva, e rapidi, mezz'ora, per fare diagnosi, speriamo.

Con l'avvento delle usuali infezioni virali respiratorie che si presentano in autunno inverno sarà un gran lavoro.

Mi vorrei soffermare a considerare la applicazione del consigli preventivi, presentati come regole da rispettare durante la presenza a scuola.

Quali difficoltà aggiuntive in termini di comunicazione e capacità di apprendimento dovranno affrontare insegnanti e ragazzi?

Penso soprattutto ai più chiusi, con qualche difficoltà espressiva, soprattutto nelle scuole dell'infanzia e primarie, dove la relazione emotiva, il linguaggio non verbale la mimica sono tanto importanti. Come relazionarsi con il volto coperto, seppure parzialmente, i malintesi le frasi sottovoce....

Penso anche a tutti i ragazzi con difficoltà certificate, quale ruolo per gli insegnanti di sostegno, in numero sempre insufficiente, quale reale possibilità di rimanere in classe per ragazzi incapaci di rispettare le regole.

Comincia a farsi strada la domanda cruciale: quale il limite fra costo e beneficio di tutto questo, Cosa si può sacrificare e cosa no, quali risposte adeguate alternative si possono immaginare?

Nel caso di sospensione della attività scolastica di qualche classe o di tutta una scuola la esperienza della didattica a distanza si è dimostrata importante, ma con alcuni punti oscuri che dovrebbero essere considerati e risolti.

Non tutto il territorio è raggiungibile dalla rete web, non tutte le famiglie hanno la capacità e possibilità di supportare i figli in questa attività, sia per limiti tecnici personali, per disponibilità di devices adeguati, ma anche per motivi di lavoro. Citiamo al riguardo la analisi fatta da Save the Children sulla situazione scolastica in Italia, basata su dati ISTAT. Non sempre, soprattutto per lavori che richiedono la presenza fisica, è possibile lavorare da remoto, non tutte le aziende

sono così forti e comprensive da sostenere i propri dipendenti anche se non si possono recare al lavoro per seri motivi. Tornando alle regole di comportamento a scuola, che succede appena si esce, si fa strada insieme, finalmente senza mascherine, nei mezzi comunque affollati, nei luoghi scelti per socializzare e divertirsi liberamente?

Sarà tutto vano se i ragazzi non sceglieranno comportamenti in linea con le raccomandazioni.

Regolare il traffico all'interno dei corridoi, nei bagni, negli spazi comuni non sarà facile, certo la scuola avrà fatto il suo dovere, ma questi giovani cittadini come si sentono, percepiscono la responsabilità che hanno oppure si sentono oppressi e limitati da regole che non sentono proprie, che non condividono? Molti pensano che non rischiano che, se mai, rischiano gli anziani. Questo è un problema reale, le generazioni hanno timori e interessi diversi.

Da una parte la necessità di fare la propria vita affettiva, di formazione, lavorativa, divertirsi, seguire amicizia e amore, sapendo e sperando che alla più supereranno qualche giorno-settimana di febbre e fastidi.

Penso ai primi approcci amorosi quando la mimica precede le parole, un sorriso accennato apre il cuore a speranze che ora dovranno affidarsi a sguardi espressivi, valorizzati dalla mascherina, indubbiamente, ma rinunceranno a tutto questo rituale di avvicinamento i nostri ragazzi, e sarà giusto chiederglielo?

Sarà possibile e utile promuovere una riflessione autonoma dei ragazzi su come rendere compatibili le loro esigenze e i loro comportamenti con il rischio di infezione?

Ciò che si consiglia per prevenire le ma-

lattie sessualmente trasmesse ha indotto dei cambiamenti comportamentali, ancora migliorabili, indubbiamente, ma comunque rilevanti.

Meno efficaci sono le campagne per ridurre l'uso di tabacco, nicotina in forme diverse, alcool, sostanze, prevenzione di ludopatie, alimentazione corretta.

Forse perché calate da una parte di società a loro estranea, vista come genitoriale.

Sono loro e solo loro, i giovani, i protagonisti del loro futuro, potranno capire e cambiare gli stili di vita nocivi per gli individui e la collettività, se sceglieranno di farlo, consapevolmente.

Gli adulti possono aiutarli ad analizzare e riflettere sugli sbagli fatti da loro e sui prezzi che tutti paghiamo in termini di salute, per come stiamo vivendo.

Anche la pandemia risente in origine e per diffusione di molte contraddizioni dello sviluppo che abbiamo impostato, di una globalizzazione esasperata, di consumi irragionevoli.

Speriamo che la attenzione solo ai dispositivi di sicurezza non attenui e distolga la attenzione sui temi più rilevanti al riguardo.

Concentrare tutto su mascherina sì-no è forviante.

La reazione dei giovani è di contestazione della autorità, molti gruppi di giovani pensano di essere piccoli, chiusi e, forse a ragione, si auto esentano dagli obblighi di protezione in quel contesto, anche se poi ognuno ha altri gruppi familiari, sportivi, parrocchiali, scoutistici e quant'altro.

Dall'altra parte la generazione dei nonni, anche se dovremmo considerare ormai anche i bisnonni, preoccupati giustamente del rischio di ammalarsi gravemente fino mettere in pericolo la vita.

Questa divisione di prospettive vive il massimo della sua contraddizione quando da una parte si dice di tenere lontani i nonni e dall'altro sono i nonni gli unici aiuti che può avere una famiglia quando un bambino o ragazzo si ammala e i genitori devono lavorare.

Delle due una o diamo alle famiglie adeguate protezioni sociali o saranno i nonni a rischiare la vita.

Non ci sono dispositivi che tengono quando devi occuparti di un bambino malato, tanto meno se piccolo.

Si sono invocate le babysitter, ma quale ruolo potrebbero avere se chiamate solo in caso di necessità, un conto è se devono stare con bambini sani in occasione di lock-down anche solo locali, un altro conto è se immaginiamo che vadano a casa di bambini malati, in questo caso sarebbero veri untori e avremmo impostato una campagna di diffusione capillare del virus, attraverso di loro.

Ogni mattina nelle famiglie si dovrà fare un check dello stato di salute dei ragazzi, compresa la misurazione della temperatura. Sarà fattibile? Con quale dispositivo? Prima o dopo mangiato? Ancora sotto le coperte? In letteratura si trovano molte considerazioni al riguardo e potremmo aspettarci che la temperatura misurata in un modo sia diversa dall'altro.

A seconda delle possibilità la famiglia sceglierà di essere ligia o addirittura previdente, tenere a casa il ragazzo per osservare la sua salute almeno nelle prime 24 ore e mandarlo a scuola il giorno successivo

Altri, in situazioni borderline potrebbero essere indotti a forzare e provare comunque ad andare sperando in un miglioramento. Speriamo che non accada

come è avvenuto in passato, ci racconta qualche insegnante, che si mandi il bambino dopo aver dato un antipiretico...

Certo dipenderà molto dal contesto dalla possibilità di avere un aiuto a disposizione o un lavoro che tolleri qualche assenza.

Pochi giorni fa una signora mi ha raccontato che nel suo palazzo una madre in difficoltà le ha lasciato il bambino con la febbre perché non aveva altre soluzioni, grande disponibilità, ma anche qui cosa succede dopo? E' inevitabile fare la segnalazione al servizio di prevenzione e allargare il numero dei contatti sospetti.

Quando i ragazzi manifesteranno sintomi a scuola, la stessa avrà un ambiente per isolare i sospetti, con un adulto di vigilanza con dispositivi di protezione, fino all'arrivo dei genitori.

Se i genitori sono lontani, non hanno mezzi propri, passerà un po' di tempo nel quale questi ragazzi staranno insieme in una stanza, ben areata? Non tutti saranno malati di Covid 19, ma tutti probabilmente avranno qualche virus da scambiarsi, certo sono con le mascherine, efficaci verso un portatore sano un

po' meno verso chi tossisce.

Ci saranno studenti che per paura di una interrogazione non gradita cominceranno a tossire ?

Meglio un virus o una insufficienza? Il modo di ragionare di un adolescente è spesso originale e la aneddotica al riguardo è ricchissima di fantasiose simulazioni, ma qui l'aggravante è che si rischia di stare in stanza con uno che ha sintomi da Covid...

Tutte le persone coinvolte in questa fase: i ragazzi sospetti, le loro famiglie, i compagni di classe gli insegnanti il personale non docente, i ragazzi che hanno incontrato i sospetti per strada sul pullman o al bagno, tutti chiameranno il MMG o il PLS per sapere cosa fare.

Qui comincia l'azione investigativa, il c.d. triage telefonico del sospetto e degli altri. La dinamica sarà semplice: tamponare prima possibile e fino alla risposta tutti col fiato sospeso.

In queste settimane si sono succeduti comunicati di associazioni mediche, Ordini professionali, Ministero e Regioni che hanno contribuito a definire la situazione.

Innanzitutto i percorsi per la identifi-



Il cacciatore di aquiloni, Marc Forster, 2007

cazione e valutazione dei casi sospetti, tutto inizia dal patto di corresponsabilità con le famiglie che si assumono la parte di monitoraggio domiciliare e la pronta comunicazione con MMG e PLS, quando necessario.

Alla fine viene anche restituita dignità alle famiglie stesse, proporzionale alla responsabilità: possono autocertificare le situazioni lievi per riammettere i figli a scuola.

Quando i medici curanti non ritenessero utile eseguire un tampone per situazioni manifestamente non a rischio. A questo proposito la SIMG, la società scientifica della Medicina Generale ha stilato un corposo documento nel quale si dedica anche uno spazio alla diagnosi differenziale clinica fra sindromi respiratorie e gastrointestinali acute, cercano, se possibile, elementi caratterizzanti le forme sospette per COVID. Alla fine sono tipiche solo le alterazione di gusto e olfatto.

Questo documento è rivolto alle famiglie per aiutarle a comprendere e gestire le situazioni sospette o di malattia dei ragazzi.

Un elemento sottolineato e mai abbastanza sono le norme igieniche, oltre l'uso delle mascherine si ribadisce la importanza del lavarsi le mani, ormai superata l'ossessione dei guanti a perdere, conviene ribadire la utilità di piccole abitudini protettive.

Qualunque cosa tocchiamo preoccupiamoci di lavare le mani prima di toccare il viso, non importa se le superfici o gli imballaggi sono in qualche modo contaminati se ci abituiamo a igienizzare le mani. La buona educazione dice da sempre di non mettere le mani in bocca e nel naso e mai consiglio è stato più importante che in questo momento. Meglio lo è stato in passato quando era

l'unica difesa per la trasmissione di infezioni, torna ad esserlo con la crisi delle resistenze antibiotiche e la diffusione di infezioni virali non curabili come il COVID.

Anche per i ragazzi è importante sottolineare questa semplice abitudine, si potrebbe giocare, toccarsi senza paura se avessimo tali accortezze in automatico. Forse si potrebbe spendere tempo e fantasia nell'organizzare qualche gioco di rinforzo al riguardo.

Un pensiero preoccupato riguarda i bambini sotto i tre anni, la organizzazione scolastica in sicurezza prevede Maestre con dispositivi di protezione, piccoli gruppi fissi, separazione, triage all'ingresso, rituali insoliti per il distacco dai genitori. Veniamo da anni nei quali è cresciuta la cultura attenta ai primi 1000 giorni di vita, a questa età la relazione è tutto, come sarà alterata dalle mascherine, e dalle visiere durante il pasto?

Sarà importante anche spiegare bene ai bambini cosa sta succedendo, ogni famiglia lo avrà fatto a modo suo, forse talvolta sarà utile rasserenarli e aiutarli a darsi spiegazioni corrette, citiamo un esempio editoriale al riguardo.

Attendiamo valutazioni prospettiche e approfondite dai pedagogisti di queste fasce di età, ma le famiglie che, anche solo per motivi di organizzazione familiare, preferiscono affidarsi a una baby sitter piuttosto che alla scuola, sono in aumento.

Meglio organizzarsi così che trovarsi a cercare aiuto se il bambino si ammala, anche lievemente.

Il valore dello stare insieme, di ricevere attenzioni da personale formato apposta, del mangiare insieme, tutto messo in discussione o sospeso...

Probabilmente nessuno sa valutare da ora l'impatto che questo nuovo modo di stare a scuola, di stare insieme, di sviluppare relazioni avrà sulla crescita dei bambini e dei ragazzi. Servirà avere un atteggiamento di osservazione e ascolto per capirlo e per correggere il tiro.

Nonostante le attenzioni e le raccomandazioni qualcuno si ammalerà, sottile che spesso, anche nella fase più brutta della epidemia, abbiamo visto persone malate superare molto bene la infezione, qui ci occupiamo di bambini e giovani, con bassissimo rischio personale, non sono adulti o anziani con i loro malanni. Per questo dobbiamo sottolineare che le cure più importanti, supervisionate costantemente dal medico curante, sono il riposo, la idratazione, la alimentazione leggera e nutriente. Gli antipiretici usati con moderazione, prevalentemente il paracetamolo, ricordando che la febbre ha anche una funzione di difesa per l'organismo oltre che indicare l'andamento della patologia. Solo eccezionalmente si dovrà ricorrere alle cure in ospedale. Per il momento non ci sono farmaci da usare diffusamente.

*Fabrizio Germini
medico di medicina generale
Perugia, Redazione de
La Salute Umama*

L'esperienza della didattica a distanza La testimonianza e le considerazioni di un'insegnante della Scuola Primaria

Claudia Librandi

Into the Wild, Sean Penn, 2007

A marzo l'emergenza sanitaria causata dal Covid-19 ha provocato la chiusura improvvisa delle scuole e il passaggio, altrettanto repentino, alla Dad (Didattica a distanza). Purtroppo né le scuole né il corpo docente e tanto meno gli studenti e le famiglie erano preparati a questa esperienza.

Come docente ho vissuto in prima persona questa situazione e ne posso parlare con cognizione di causa limitatamente al ciclo di studio di cui mi occupo, cioè la Scuola Primaria.

I dirigenti scolastici si sono attivati immediatamente raccomandandosi che gli insegnanti continuassero la didattica fornendo però anche supporto ad alunni e famiglie, dando loro l'assicurazione che la scuola sarebbe stata un punto fermo e di continuità con la vita quotidiana di prima. Era un momento in cui emergevano paure ed incertezze sul futuro, eravamo privati della libertà di uscire, di frequentare i nostri cari e gli amici, la centralità della nostra vita era focalizzata sulla nostra casa, sui familiari conviventi e sui nuovi mezzi di comunicazione che ci consentivano di rimanere in contatto ed uniti. L'indicazione dei dirigenti scolastici è stata perciò quella non di coprire i nostri alunni di compiti ma di dare loro speranza, fiducia, di

mantenere un atteggiamento positivo e sereno, al di là delle preoccupazioni e delle ansie che noi stessi provavamo. Così la correzione dei compiti conteneva sempre anche un incoraggiamento personalizzato per ogni alunno e qualche parola affettuosa che li rincuorasse e desse stimoli positivi. In un momento così delicato anche i meno dotati della vocazione all'insegnamento si sono sentiti coinvolti nella propria "missione". Per avere una piattaforma digitale su cui fare lezione ci sono volute circa tre settimane durante le quali per continuare la didattica abbiamo usato il registro elettronico. Fino a quel momento il registro elettronico era semplicemente il mezzo che usavamo per annotare la lezione svolta giorno per giorno, le assenze degli alunni, i voti e, una volta all'anno, registrare i libri di testo adottati. Molti dei genitori non avevano mai ritirato la password per accedervi e controllare voti o giudizi e non sapevano neanche entrarci. Abbiamo ricevuto una breve nota informativa dal nostro staff digitale su come usarlo per allegare compiti, per riceverli, per inserire link e schede e ... siamo partiti!

Purtroppo, come emerge da un'indagine TALIS (Teaching and Learning International Service) riferita all'anno 2018,

l'Italia è il paese Ocse con la classe docente più anziana: oltre il 58% degli insegnanti ha un'età superiore ai 50 anni. Se si scende nel dettaglio nella primaria e secondaria di primo grado il 39,2% ha tra i 50 e i 59 anni e l'11,1% più di 60! Ciò significa che la maggioranza di questi insegnanti non solo non sono dei nativi digitali ma ha grosse difficoltà con l'uso di qualsiasi dispositivo! Per questi motivi affrontare la didattica a distanza è stato un vero e proprio choc.

Le chat dei docenti sono diventate il veicolo con cui i più tecnologici aiutavano i meno capaci; le prime tre settimane io stessa ho passato più di sei ore al giorno di media al telefono con la mia collega per imparare ad usare prima il registro elettronico e poi la piattaforma GSuite-Classroom. Seguivamo entrambe in contemporanea, tramite i pc, i vari tutorial su Youtube per sperimentare le diverse funzioni e per installare le estensioni che via via ci dicevano di utilizzare. Appena avevamo acquisito la padronanza di una particolare modalità, dovevamo spiegarla ed insegnarla ai genitori. Almeno altre otto ore al giorno eravamo impegnate a scaricare i compiti, correggerli, rinviarli, prepararne di nuovi e organizzare le videolezioni. Abbiamo dovuto modificare gli obiet-

tivi didattici, rimodulare i programmi e inventarci un modo di insegnare che era completamente diverso da quello che avevamo adottato fino ad allora. Per essere efficace, infatti, la didattica somministrata tramite video deve basarsi soprattutto sulla vivacità dell'esposizione e sulla predominanza delle immagini. Le videolezioni sono state motivo di ansia per tutti: per gli insegnanti che dovevano usare questa tecnica nuova e sconosciuta non solo alla presenza dei bambini ma anche dei genitori; per gli alunni che rivedevano le maestre dopo tanto tempo ma avevano l'ansia da prestazione per via dei genitori presenti; per i genitori che si accorgevano pubblicamente di eventuali inadeguatezze scolastiche dei figli. Gli alunni, inoltre, hanno reagito all'avvento di questa didattica in modo a volte inaspettato: alcuni che erano attenti e attivi in classe, sono risultati *imbambolati* e apatici; altri che in classe erano disattenti, disordinati e facevano compiti approssimativi, sono diventati diligenti e precisi. Sicuramente la presenza dei genitori è stata determinante ma ha anche creato un serio problema di valutazione, tanto che in alcuni casi la domanda ricorrente tra noi insegnanti era: "Ma l'avrà fatto lui (o lei)?"

C'è stato poi un problema che è stato oggetto di tante gag comiche sui social e nelle chat di genitori e maestre: la qualità dei collegamenti. Ognuno si collegava con i dispositivi che aveva e quindi chi con il pc, chi con il tablet, chi con il telefonino, connettendosi con linee di qualità e potenza estremamente diversificate. Questo aveva come conseguenza le frequenti interruzioni di connessione di chi aveva collegamenti più deboli, la sparizione o comparsa improvvisa degli alunni nella schermata oppure i micro-

foni che non funzionavano quando un bambino era interrogato, con grandi perdite di tempo nel tentativo di risistemare tutto ...

Molte famiglie inoltre avevano più figli che dovevano collegarsi e magari uno o addirittura entrambi i genitori che lavoravano in smart working. Sorgevano così problemi di accavallamenti, di pc non sufficienti per tutti e ovviamente di connessioni non adeguate. In alcune case ogni giorno era necessario scegliere chi doveva essere penalizzato.

E a proposito di dispositivi il punto di debolezza più grave della Dad è stata la discriminazione sociale. È indubbio ed è universalmente stato riconosciuto che con questa metodologia sono emerse tante disparità: chi aveva genitori di alta scolarizzazione o più possibilità economiche era fornito di dispositivi e connessioni migliori mentre altri non possedevano neanche un pc. Le scuole hanno cercato di sopperire a quest'ultimo problema con la fornitura in comodato d'uso dei propri pc e successivamente di quelli forniti dallo Stato, ma è inutile avere il computer senza una connessione valida o senza saperlo minimamente usare! Così gli alunni più deboli, quelli con difficoltà o disabilità hanno rischiato l'isolamento. Se non li abbiamo persi (dal punto di vista scolastico ovviamente) è merito di tante maestre di sostegno che hanno tenuto i contatti con loro e hanno continuato a seguirli, a stimolarli e ad aiutarli con costanza e volontà.

Con l'inizio dell'anno scolastico 2020/2021 siamo tornati a scuola. Purtroppo le difficoltà della ripresa sono enormi: mascherine, gel, sanificazioni, entrate ed uscite ad orari diversificati, autocertificazioni no-Covid per le assenze brevi e i soliti problemi di per-

sonale. Dalle prime battute mi sembra anche perso quel bel clima di solidarietà e di intesa che si era magicamente instaurato nei mesi scorsi tra insegnanti e famiglie.

La Dad non è un ricordo lontano che metteremo dietro le spalle perché la sussistenza del virus ci vieta di farlo. Con il lockdown è stata tracciata una via innovativa di fare didattica che ha obbligato tutti i docenti ad una formazione digitale repentina che non dovranno perdere ma potenziare e integrare a quella tradizionale in presenza. Nei prossimi mesi perciò gli insegnanti affronteranno una grande sfida: essere capaci di proporre un'offerta formativa diversa, più al passo coi tempi e più vicina alla vita reale. Dovranno anche tenersi pronti a riprendere la Dad, questa volta con maggiore consapevolezza ed esperienza.

*Claudia Librandi
insegnante della scuola primaria
Grosseto*

Scuola e covid: quesiti e proposte

Una conversazione e confronto tra Fabrizio Germini e Alfonso Cagnano

Pensieri pericolosi, John N. Smith, 1995

Quali misure di prevenzione si potranno mettere in atto correttamente e che peso avranno sullo svolgimento della vita nelle scuole e nella comunità? (spazi, distanziamento, aereazione locali, mascherine, attività fisica, ricreazioni, ingressi uscita scaglionati...).

Questo è un punto molto dolente e l'opinione che ti esprimo è più da tecnico ingegnere che da docente. Il rischio zero tecnicamente non esiste per cui quando il Governo, e la Ministra dell'Istruzione in particolare, hanno garantito la riapertura della scuola in assoluta sicurezza abbiamo subito capito che era una – necessaria? - menzogna politica. Poi si sono susseguite durante l'estate le varie indicazioni per il distanziamento e quant'altro. Se al Ministero avessero chiesto il parere non dico di un alto esperto, ma di un qualunque geometra, avrebbero scoperto che le prime misure di distanziamento previste nelle aule scolastiche erano improponibili e assolutamente incompatibili con le dimensioni degli ambienti e con il numero di alunni previsti per normativa sulle classi. Lo hanno scoperto tardi e allora hanno scelto

la via più facile: diminuire le distanze. Siamo quindi arrivati alle “rime bucciali” con possibilità di deroga eccezionale e all'allargamento delle aule (facile con un CAD, meno facile con le murature). Il risultato facilmente prevedibile è stato duplice: da un lato distanze minime portate a livelli di pericolosità (soprattutto in ambienti chiusi e poco o niente ventilati - tra poco arriva il freddo - con molte persone che parlano e talora non sempre a voce bassa) e dall'altro laboratori e aule magne o biblioteche utilizzate come aule per lezione tradizionale (con evidenti ripercussioni negative per i processi formativi).

Il non obbligo di mascherina ad un metro di distanza in condizioni statiche (altra sciocchezza, visto che a scuola non si gioca alle belle statue) suscita immensi dubbi. Mi pare che alcuni studi di ricerca sostengano che sarebbe molto più prudente adottare distanze superiori. Alcune Regioni stanno pensando di obbligare l'uso della mascherina all'aperto e, già oggi, dovunque in locali meno affollati delle aule scolastiche e meglio ventilati (Supermercati, Unieuro, ..) c'è

l'obbligo di mascherina.

Le ricreazioni, le uscite verso i servizi igienici, ingressi e uscite scaglionati – leggermente altrimenti non sono possibili – creano problemi di gestione e in alcune realtà non sono probabilmente praticabili.

La sensazione diffusa è quella di operare in situazione non adeguatamente sicura e, in ogni caso, con ricadute negative sulla didattica sia a causa delle aule speciali e laboratori “sottratti” che per la necessità di distanziamento (mi avvicino allo studente per vedere sul suo quaderno e spiegargli alcune cose? Posso toccare i suoi strumenti per spiegare come si usano? I lavori di gruppo? L'utilizzo non possibile di strumentazioni che tutti devono necessariamente toccare?).

In queste condizioni, per gli alunni delle superiori, la differenza in termini di efficacia tra la DaD del periodo precedente e l'attuale didattica in presenza non sembra sostanzialmente differente. Con l'aggiunta di preoccupazione e nervosismo. Credo inoltre che sarebbe stato opportuno prevedere per i docenti (la maggior

parte dei quali non proprio giovane) la dotazione di più protettive mascherine FFP2 invece delle chirurgiche, vista la possibilità di avere di fronte 20/25 studenti senza mascherina.

Stendo poi un pietoso velo sugli autobus pieni al 80% con ammassata totale in caso di percorsi fino a 15 minuti e sull'isdiozia, durata poche ore, del "gruppo abituale".

La didattica a distanza sarà una risorsa, anche parziale?, in caso di gruppi di studenti isolati a casa?

La DaD può sicuramente essere una risorsa importante, anche se non integralmente sostitutiva, ma si sarebbero dovute risolvere prima alcune criticità (reti trasmissione dati, dotazioni hardware delle famiglie, formazione) e pensare, magari fin da subito, come peraltro sembra fare ora l'Università, ad una formazione a gruppi che si alternano in presenza e a distanza o ad altre soluzioni ragionate e non insistere ossessivamente con il "riapriamo in totale sicurezza" a prescindere. Ora la vedo un po' più complessa. Già ora nella mia scuola con classi e docenti in quarantena si attiverà la Dad per gli studenti isolati a casa ma i docenti in quarantena o in isolamento fiduciario sono tecnicamente in malattia e quindi non credo che siano obbligati a lavorare.

Avranno le ritenute sullo stipendio applicate in ogni caso di malattia? Può per normativa un lavoratore che è in malattia lavorare, anche volendo?

La DaD in molte scuole ha funzionato, anche bene, durante il periodo di lockdown ma le condizioni erano diverse. Non credo che una DaD emergenziale, a macchia di leopardo e non pensata e strutturata funzioni egualmente bene.

Gli studenti e le loro famiglie si sono dimostrati in grado di poterne fruire a sufficienza?

Con alcuni studenti e famiglie non ci sono stati problemi e anzi, ci sono stati rivolti apprezzamenti molto positivi per come abbiamo gestito la fase di DaD e, in alcuni casi si è anche verificato il fatto positivo e curioso che studenti che nel contesto classe erano poco attivi sono stati più partecipi in fase DaD. Con altri studenti invece i problemi sono stati piuttosto seri e le difficoltà le possiamo riassumere nelle seguenti macro-situazioni: difficoltà di connessione, strumentazione hardware non adeguata, scarsa dotazione finanziaria della famiglia, eccesso di figli in DaD e genitori in Smart Working nella stessa famiglia, studenti svogliati e approfittatori. Non ha aiutato certamente in quest'ultimo caso il "tutti promossi" della Ministra comunicato molto prima della fine delle lezioni.

Alcuni istituti, tra cui il nostro, si sono attivati, anche grazie a finanziamenti del MIUR per incrementare la dotazione di PC portatili da poter concedere in comodato gratuito a studenti bisognosi.

Il colloquio e la informazione adeguata per le famiglie si può realizzare?

Anche questo punto è piuttosto critico perché non tutte le famiglie sono presenti e attive nei contatti con la scuola. Spesso sono soprattutto le famiglie degli studenti con più difficoltà ad essere assenti. E' comunque indispensabile una adeguata informazione che faccia comprendere alle famiglie che qualunque precauzione adottata dalla scuola è poco utile se poi lo studente fuori scuola e la famiglia non adotta adeguate e coerenti cautele. Il rischio piuttosto concreto è che la scuola possa diventare, grazie al numero alto di frequentanti (e

meno giovani), un luogo ideale per la trasmissione del contagio. Alcune famiglie hanno spesso comportamenti incoerenti e di opposizione, piuttosto che di collaborazione.

E' ad esempio successo che alcune famiglie si sono formalmente lamentate che alcuni docenti hanno imposto agli studenti di tenere le mascherine in classe anche da seduti e poi altre famiglie (spero non le stesse) quando si è verificato un caso di positività si sono subito allarmate e preoccupate per i propri figli.

In quale modo ?

Questo non lo so. Mi preoccupa però il fatto che arrivano messaggi spesso contrastanti anche da fonti tutto sommato affidabili. Mascherine si mascherine no, il virus è più debole, basta un metro, no due, col caldo il virus rallenta

La informazione dovrebbe chiarire la differenza fra rischio personale, rischio di contagio in famiglia, rischio di contagio sociale

Absolutamente sì. Sono convinto che non sempre c'è reale consapevolezza del rischio e i comportamenti spesso non sono corretti. Troppo spesso si vedono giovani che non appena sono in contesti extrascolastici non usano mascherine nonostante contatti ravvicinati. E' necessario far comprendere che chi non attiva le necessarie precauzioni mette a rischio non solo se stesso ma anche gli altri. Cosa che anche alcuni adulti non hanno chiara.

Anche se il tampone sarà alla fine l'esame decisivo le famiglie devono anche sapere che è necessario organizzarsi per aspettare i tempi di guarigione e quelli accertamento e successiva negativizzazione dei test

Assolutamente sì. E' necessario una decisa collaborazione e responsabilizzazione delle famiglie.

Quali aiuti possono avere le famiglie in difficoltà per motivi di lavoro o per mancanza di supporto familiare, amicale?

Questa la lascio alle nostre classi politiche che hanno sempre sbandierato l'importanza della famiglia ma hanno sempre fatto ben poco per conciliare le esigenze del lavoro con quelle parentali.

La scuola sarà più sicura se tutti sentiranno la responsabilità di rimanere a casa in caso di sintomi sospetti

La risposta non può che essere sì. Ma non sarà facile e soluzioni come il Patto di corresponsabilità delle scuole mi lasciano dubbioso. Ci sono genitori che nell'arco di un triennio non si sono mai fatti vedere; non so quanto un documento firmato una volta per tutte possa cautelare il personale che lavora nella scuola e gli studenti. Rimango dubbioso e preoccupato.

Quali possibili problematiche, quali necessità di supporto dai servizi socio-sanitari dopo l'esperienza del lockdown per coloro che hanno responsabilità? Che aiuto vorrebbero?

Alla luce del documento emesso dal ISS recentemente sulla organizzazione dei servizi sanitari sembrano chiari i ruoli di ciascuna figura professionale sanitaria, sarà fondamentale la omogeneità di comportamenti e la possibilità di comunicazione fra questi. Quali modalità saranno possibili al riguardo?

Sarà difficile gestire le situazioni cliniche sospette, anche lievi, e riammetterle a scuola senza la esecuzione di un tam-

pone. Che opinione avete? Sarà possibile speriamo usare test poco invasivi, celeri e sicuri (si stanno sperimentando test salivari) Ma in ogni caso dovremo dare un messaggio coerente anche di gestione paziente e prudente dei casi da parte delle famiglie

E' auspicabile la maggior velocità possibile nell'esecuzione dei test per i casi sospetti e una comunicazione formale (certificazione?) dei provvedimenti adottati o non adottati. Sapere ad esempio se lo studente che è stato mandato a casa perché ha manifestato sintomi ha chiamato il medico, cosa è stato deciso ed avere al rientro a scuola una documentazione che attesti ciò che è stato fatto.

I Medici a vario titolo dovrebbero anche condividere le informazioni e le strategie per gestire i soggetti ritenuti fragili
Direi che in questi casi le esigenze di sicurezza dovrebbero trovare il necessario equilibrio con quelle della privacy. Sarebbe utile avere più informazioni possibili per limitare i probabili contagi.

Tutti i Medici coinvolti dovrebbero avere accesso alle informazioni sulle persone di volta in volta considerate sospette o malate attraverso il portale della ASL
Come sopra, ma un accesso ad alcune informazioni sarebbe necessario anche ad altri operatori. Ad esempio a scuola vorrei sapere subito, in caso di sospetto caso positivo, in quale classe si è verificato. Non per alimentare la paura ma per adottare comportamenti ancora più prudenti al fine di aumentare i rischi di diffusione di eventuale infezione.

Sarà possibile affrontare a scuola le diverse aree di educazione sanitaria e chi

potrà farlo? Per esempio: attività sportive, gruppi di cammino, bullismo... Socialità, divertimento, come si potrebbero svolgere? Con quali metodologie e contenuti?

Dovremo ripensare ad una corretta e significativa educazione sul ruolo dell'igiene generale, dare informazioni e strumenti di prevenzione sulle malattie infettive

Si potrà stimolare anche una ricerca che allarghi lo sguardo sulle cause ambientali, sugli stili di vita, sull'ecosistema?
Molto importante, direi quasi essenziale. Deve essere il filo conduttore di tutti i processi formativi a scuola. Non è facile perché parte rilevante del mondo economico seguendo il profitto immediato o modelli ormai da superare, quali il PIL come riferimento unico al benessere di una nazione, spingono in tutt'altra direzione. In questo campo anche il settore dei media dovrebbe essere più incisivo e non seguire solo le notizie del momento.

*Fabrizio Germini
medico di medicina generale
Perugia,
Redazione de La Salute Umana*

*Alfonso Cagnano
docente
Perugia*

I tre peccati originali

Simonetta Zuccaccia

John Q, Nick Cassavetes, 2002

Quali misure di prevenzione si potranno mettere in atto correttamente e che peso avranno sullo svolgimento della vita nelle scuole e nella comunità?

Le misure da adottare, ad oggi sono: distanza di un metro da bocca a bocca, in tutte le situazioni, ed igiene delle mani.

La tematica della ripresa delle scuole in Italia è stata caratterizzata da almeno *tre peccati originali*:

- il primo è stato il mantra “ritorno in sicurezza”: ora, a meno di non essere dei negazionisti ed in assenza di una posizione condivisa dagli scienziati che se ne occupano, non pare afferabile che esistano situazioni “sicure”, in assenza di vaccini, tanto meno in presenza di una moltitudine di persone nello stesso locale, la classe, dove pur se l’asset di inizio mattina può essere nel rispetto della distanza, bisogna essere consapevoli del fatto che i banchi migrano, insieme ai loro occupanti, un po’ a destra, in avanti, indietro, a seconda dello scopo che i ragazzi vogliono raggiungere o anche semplicemente perché ci si appoggiano e quelli si muovono, non essendo avvitati al suolo come nelle navi. Metteremo migliaia di stickers sui pavimenti delle classi per indicare dove

devono stare le gambe dei banchi, ma sarà difficile garantirne la posizione. Parlare di sicurezza significa aver obbligato i Dirigenti scolastici insieme a qualche collaboratore che a rotazione non era in ferie, a cercare di applicare le misure che via via venivano ritenute indispensabili per stare “sicuri”. Al momento in cui scrivo, poiché la cosa è in divenire, siamo quasi tornati al punto di partenza, se non si può garantire il famoso metro buccale che è stato l’incubo di luglio, mettano le mascherine. Mascherine sulle quali il Comitato Tecnico Scientifico si pronuncerà però definitivamente a due settimane dall’inizio delle lezioni e che verranno consegnate dal commissario Arcuri. Molti Dirigenti, memori di quello che è successo all’inizio del lock down, per evitare di trovarsi privi, se ne sono procurate una piccola scorta, ma al momento non è dato sapere se un presidio che deve essere obbligatoriamente usato oggi in quasi tutte le situazioni pubbliche al chiuso, dovrà essere utilizzato nelle scuole. I movimenti contrari esistono, respirare l’anidride carbonica per cinque ore sembra essere improponibile (e ci si chiede come sopravvivano i chirur-

ghi, per esempio), per cui attendiamo fiduciosi la soluzione della vexata quaestio.

- Il secondo peccato è quello di pensare che la scuola si possa muovere in modo distonico rispetto alla realtà dei ragazzi: non è dato ancora sapere come si muoveranno i responsabili dei trasporti scolastici, se come qualcuno ha affermato, la durata della vicinanza è rilevante, per cui un viaggio di venti minuti può infettare e di tredici no, se nel pomeriggio frequentano le case degli amici, escono a passeggiare in centro, a giocare ai giardini, sono appoggiati dai nonni e non portano mascherine, non stanno attenti al metro buccale, non disinfettano le mani, non evitano come la peste la vicinanza degli altri, i riti imposti tra mura e banchi diventeranno folklore incomprensibile che non promuove la consapevolezza personale, indispensabile anche nei più piccini.
- Terzo peccato: la scuola è un ambiente sociale, anzi, l’ambiente sociale per eccellenza dei bambini, e pensare di stare insieme senza stare vicini rappresenta senza dubbio un grosso rischio. La distanza tra docenti ed alunni deve essere di due metri destra-sinistra-da-

vanti-dietro: ora, un bambino della scuola primaria ha bisogno di avvicinarsi alla sua maestra, e la maestra deve poter girare tra i banchi dei suoi alunni, non può fare scuola dalla cattedra. Anche nella secondaria di primo grado la vicinanza ed il contatto sono necessari, ci accorgeremo che gesti quotidiani normali fino all'apparizione del virus non avranno più la possibilità di esistere. Occorrerà avere una chiara cognizione del rischio sociale che potrà essere sopportato dai nostri ragazzi, comprendere come gestire le situazioni classe, definire il quadro di riferimento della scuola nella nuova situazione perché tutti, docenti ed alunni non sono preparati a gestire la nuova realtà. Percorsi psicologici ad hoc potrebbero quindi essere molto significativi ed importanti per impostare correttamente la situazione sociale determinata dal Covid.

Teniamo conto del fatto che la socialità in classe si esprime anche attraverso progettualità con esperti, che almeno nel prossimo anno scolastico non potranno intervenire salvo aver effettuato taponi entro un ragionevole lasso di tempo prima di entrare nelle scuole, attraverso uscite didattiche nel territorio, scambi con le altre classi e via elencando, in un complesso moto nel quale troviamo impegnati una molteplicità di soggetti. Occorrerà ridimensionare l'offerta formativa, adattandola alle situazioni ritenute "sicure" per rispondere alla necessità di definire dei cluster che permettano di limitare rapidamente l'eventuale accendersi di un focolaio.

La conclusione è una non conclusione: dobbiamo partire avendo a disposizione materiali, schemi, piani, documenti, che ci permettano di limitare i rischi prevedibili dello stare insieme, consapevoli

però che l'imprevisto sarà in agguato. Sarà necessaria una collaborazione strettissima con le famiglie, il Patto di corresponsabilità è stato integrato con i comportamenti virtuosi attesi (i bambini febbricitanti non possono essere mandati a scuola, ma nemmeno quelli con raffreddore o tosse), saremo in costante vedetta, insieme con i nostri RSPP, il medico competente, la task force di cui ogni scuola si dovrà dotare, per cercare di far vivere più serenamente (e sicuramente) possibile l'irrinunciabile rientro a scuola, con la consapevolezza che siamo, volenti o nolenti, nell'era del virus.

Deve essere l'occasione per rappresentare la realtà di un mondo che nega le responsabilità dell'uomo su quanto stiamo vivendo, ricordando anche come la natura si sia meravigliosamente ripresa durante il periodo in cui ci siamo chiusi in casa, poiché lei può vivere senza di noi, mentre noi non possiamo fare a meno di lei.

*Simonetta Zuccaccia
dirigente scolastico
Perugia*

Il pediatra che vorrei

Maria Germini

Shining, Stanley Kubrick, 1980

Siamo rientrati nei nidi siamo rientrati spaventati e sovraccarichi di nuove regole e procedure da imparare e da gestire ma soprattutto da condividere con le nostre famiglie e con i pediatri di libera scelta. Leggendo i protocolli, le linee guida, le relazioni del comitato tecnico scientifico, tante volte riecheggia il concetto di relazione tra nido e pediatri, di corresponsabilità tra nido famiglie e pediatri. E ad oggi la nostra relazione si sta riducendo solo ad un passaggio di responsabilità dal nido alla famiglia ed infine al pediatra che ha come unico strumento quello del tampone. Così ad un mese ormai dall'apertura del nido mi sono chiesta: ma cosa vorrei invece da questa relazione? Cosa potrebbe nascere?

In primis dal dialogo con le famiglie e i pediatri vorrei vedere fiorire un'idea di salute come bene comune da salvaguardare insieme nella nostra piccola comunità, pensando che la nostra salute dipende da quanto ci occupiamo anche

della salute della persona del bambino accanto a noi, da quanto ci impegniamo a rispettare regole che la salvaguardino e che migliorino la qualità della nostra vita.

Ma quanto altro ancora potrebbe fiorire da questo dialogo nel contesto del nido? Sempre più spesso i genitori si ritrovano soli ad affrontare le loro responsabilità e sono privi di riferimenti e aiuti, privi di una comunità che li supporti. Avere un riferimento chiaro individuabile in un pediatra della asl permetterebbe di affrontare insieme ai genitori tematiche importanti, che vanno al di là della gestione quotidiana di febbri e raffreddori, il tema della nutrizione ad esempio, o dello sviluppo motorio.

Temi che possono sembrare scontati o di poco importanza, ma che vedono invece negli ultimi anni molte famiglie e bambini in difficoltà.

Ecco quindi il pediatra che vorrei, un pediatra della asl che partecipi attiva-

mente alla vita del nido, che instauri una relazione di fiducia con le famiglie e gli educatori e che non si occupi solo della gestione del covid ma riprenda in mano un ruolo di guida e di supporto per le famiglie, ricordando i percorsi più naturali della crescita e riportando il fuoco sull'importanza di questi primi anni di sviluppo di ogni bambino sotto ogni punto di vista.

*Maria Germini
Educatrice Nido,
Roma*

Pensieri sui percorsi formativi ai tempi del COVID

Luisa Marroni, Enrico Mercati

Io speriamo che me la cavo, Lina Wertmüller, 1992

L'anno scolastico appena concluso si è caratterizzato per l'eccezionalità degli eventi legati alla diffusione della pandemia Covid-19 e l'avvio del nuovo anno si presenta non meno complesso sia per l'organizzazione dell'attività didattica, che per la sicurezza; con il diritto costituzionale all'istruzione, deve essere tutelato quello alla salute.

Dialogo, consapevolezza, mediazione, informazione corretta, sono quindi necessari per affrontare risultati ottimali.

All'iniziale senso di disorientamento di fronte alla capacità di diffusione del virus, l'istituzione scolastica si è rapidamente organizzata per garantire, in sicurezza, il diritto alla formazione di ogni studente attraverso la didattica a distanza.

Il processo di informatizzazione in atto da anni ha subito un'improvvisa accelerazione; le scuole pubbliche hanno risposto, in genere, con efficienza e rapidità.

Abnegazione e coinvolgimento di tutto il personale scolastico hanno fatto sì che nessun allievo rimanesse indietro; fornito degli strumenti informatici necessari,

ciascuno studente ha potuto seguire e partecipare alle lezioni a distanza.

Dopo qualche mese dall'inizio del lockdown e dall'esame di Stato (esame di Maturità) in presenza, si può tracciare un bilancio sostanzialmente positivo di un'esperienza unica nel suo genere; l'emergenza ha accelerato processi di modernizzazione nella scuola attraverso l'aggiornamento di metodi e strumenti, la riformulazione dei metodi di mediazione delle conoscenze, l'individuazione dei contenuti fondamentali per ogni indirizzo di studi.

Il processo di inclusione degli studenti svantaggiati o con bisogni educativi speciali, ha raggiunto obiettivi significativi; gli alunni, soprattutto se motivati e consapevoli, meno stressati dalla pressante didattica in presenza, hanno affrontato l'esame di Stato con senso di responsabilità, autonomia nel lavoro, capacità critica.

Anche in questo caso l'emergenza ha sottolineato la necessità di riformulare l'esame stesso con la semplificazione delle procedure e la valorizzazione dei curricula, nell'ottica della formazione di

cittadini consapevoli e preparati pronti a contribuire alla costruzione di una società democratica e inclusiva.

Le famiglie sono chiamate a rinnovare un patto educativo efficace e di collaborazione con i luoghi della formazione e dell'istruzione; la scuola inclusiva promuove, dunque, un rinnovato patto di corresponsabilità tra docenti, famiglie e studenti.

In conclusione, la centralità del percorso formativo per i giovani deve essere sentita come scelta strategica per il rilancio del paese e per la sua crescita sociale, culturale ed economica; l'obiettivo finale deve puntare quindi al consolidamento della società democratica, attraverso il rilancio delle istituzioni scolastiche, per cui l'esperienza della pandemia potrebbe trasformarsi nell'occasione per il generale rilancio del paese stesso.

*Luisa Marroni, Enrico Mercati
docenti
Perugia*

Pensando alla scuola ... Usare la crisi come opportunità

Erminia Battista



The Tree of Life, Terrence Malick, 2011

Si è parlato tanto di banchi, di plexigas, di gel, di mascherine, di mezzi pubblici, di percentuali di presenze sui mezzi di trasporto come bus, scuolabus... Poco, anzi, per niente, si parla di spostamenti a Piedi - bus.

Le misure di sicurezza per convivere con il virus impongono il divieto di assembramenti, la necessità di mantenere le distanze, l'opportunità di stare in ambienti areati, condizioni non compatibili con il trasporto pubblico locale, con mezzi costantemente sovraffollati.

Diversi studi hanno individuato un legame tra il particolato, l'inquinamento e la diffusione del coronavirus. Le molecole di inquinamento svolgerebbero la funzione di carrier (trasportatori) dei virus e dei batteri, amplificando la diffusione della epidemia. Questa tesi spiegherebbe peraltro la straordinaria diffusione dei contagi nella pianura padana, da anni una delle aree più inquinate di tutta Europa.

Il lockdown ha migliorato sensibilmente e reso respirabile l'aria dei centri urbani.

Perché non promuovere l'andare a piedi a scuola?

A piedi si può ... a mio avviso, in questa fase, a piedi si deve!

Per tanti buoni motivi e per evitare assembramenti di genitori davanti alle scuole e per ridurre l'inquinamento.

La promozione della Mobilità Pedonale negli spostamenti casa-scuola, casa-lavoro e nel tempo libero trova tante buone motivazioni.

Secondo l'OMS ogni settimana, bisognerebbe praticare, almeno 150 minuti di attività fisica di tipo aerobico, che richieda uno sforzo fisico di moderata intensità come camminare, andare in bicicletta. Camminare a passo sostenuto è un esempio di attività fisica di tipo aerobico e d'intensità moderata, semplice, accessibile, facile da inserire nell'agenda degli impegni quotidiani.

Da vari anni il Dipartimento di Prevenzione della USL Umbria 1 ha messo in campo il progetto di comunità La salute che Cammina con il Piedibus del Ben Essere e le sue Gemme, finalizzato a

promuovere Salute, Socialità, Sostenibilità e Sviluppo di abilità (life skills).

Il progetto, coordinato dall'U.O.C. di Igiene e Sanità Pubblica, è attuato attraverso la RETE integrata per la Promozione della Salute, costituita dai Servizi Aziendali e da vari stakeholder esterni: Istituzioni, Associazioni, e, soprattutto da Cittadini Volontari, appositamente formati, che rappresentano i MAPPS, ovvero i Moltiplicatori dell'Azione Preventiva e di Promozione della Salute.

Obiettivo generale del progetto La Salute che cammina con il Piedibus del Ben Essere e le sue Gemme, è promuovere sani stili di vita, sviluppare life skills, favorire coesione sociale, coinvolgendo persone di ogni età, etnia e condizione fisica, al fine di prevenire le MCNT.

Gli obiettivi specifici consistono nel promuovere spostamenti a piedi, migliorando la qualità della vita nel contesto urbano, favorendo, contestualmente, socializzazione, integrazione e inclusione sociale.

Il progetto inizialmente rivolto ai bambini della scuola primaria in alcuni Distretti, si è poi diffuso a tutte le fasce di età e

in tutto il territorio della USLUmbria1 e prevede l'attivazione di camminate laboratoriali, diversificate in più tipologie in rapporto al target a cui sono rivolte (Scolastico, Speciale, Serale, Senior).

Piedibus Scolastico: rivolto ad alunni delle scuole primarie, coinvolge genitori, nonni, volontari. Consiste in camminate quotidiane lungo il percorso casa-scuola, A/R, partendo da un capolinea limitrofo alla Scuola.

Lungo il percorso viene attuata educazione stradale sul campo, lettura del territorio, ecc.

A volte si attivano edizioni pomeridiane, in collaborazione con sale cinematografiche (CineBus) e biblioteche (BiblioBus), finalizzate a promuovere Cultura e BenEssere insieme.

Piedibus del Ben Essere Speciale: rivolto a tutta la popolazione, coinvolge Scuole, Associazioni, Società sportive, ecc. Viene attivato con cadenza mensile, in genere di sabato e in occasione di eventi "speciali" (es. Giornata Mondiale dell'Attività Fisica, Mobility Week, Giornata Nazionale del Camminare, ecc.). I percorsi, perlopiù urbani, vengono individuati dai Walking Leader, ovvero cittadini volontari appositamente formati che guidano il gruppo, spesso in collaborazione con il Comando dei Vigili Urbani, per garantire la sicurezza e selezionare opportune varianti idonee a persone con disabilità e mobilità ridotta. Nell'itinerario vengono inseriti parchi urbani, scale mobili, ascensori pubblici, per favorire spostamenti con mezzi alternativi all'auto. Vengono individuate fermate speciali, presso luoghi di interesse sociale (spazi verdi, biblioteche, musei, residenze protette, ecc.). Durante il cammino, guide volontarie forniscono

informazioni storico-artistiche sui luoghi attraversati. Nelle soste vengono proposte letture e/o brani musicali da passeggeri animatori e informazioni su tematiche di Salute (i consigli del Piedibus) a cura di operatori sanitari.

Piedibus del Ben Essere Serale: è rivolto a tutte le età, in particolare agli adulti in età lavorativa. Ricalca la metodologia dello Speciale, ha cadenza bi o tri settimanale. In genere si cammina di sera, dalle 21 alle 23, con il gilet ad alta visibilità.

Piedibus Senior: è rivolto agli over 65, ma aperto a tutta la popolazione. Ha cadenza bisettimanale, con orario pomeridiano o mattutino, in percorsi urbani o naturalistici.

In tutte le tipologie, si alternano tratti a passo sostenuto di almeno 10 minuti, intervallati da tratti a ritmo più lento e soste laboratoriali. Per raggiungere le varie fasce di popolazione, vengono utilizzati più canali di divulgazione (mailing list, gruppi WhatsApp e account social, Facebook: Costruiamo insieme Salute nella Comunità, Piedibus del Ben Essere, La salute che Cammina, Giardinaggio di Comunità, e Twitter: RetePromSalute1).

Parallelamente, sono sbocciate iniziative collaterali, denominate Gemme del Piedibus del Ben Essere, tra cui i laboratori di Guerrilla Gardening nei parchi urbani e/o nelle aree verdi, con la creazione di Angoli delle Farfalle, ovvero piccoli giardini con piante nutrici delle farfalle (buddleja, calendula, ecc.) che, attraverso il giardinaggio collettivo, favoriscono l'incontro tra le persone, con la natura, con gli animali, rendendo più

belli i territori attraversati, trasformando spazi anonimi in luoghi speciali.

Altre Gemme sono le Feste del Ben Essere, i pic-nic in piazza o al parco, con laboratori ludico-motori su varie tematiche (sport, merende salutari, riciclo creativo, danze popolari, ecc.), il laboratorio knitting Intrecciamo fili e ...), il BookCrossing, ecc...

Le varie attività si connotano come laboratori in movimento, occasioni di aggregazione della Comunità, in cui si mescolano e trasmettono saperi, sapori, valori che favoriscono relazioni e muovono emozioni

Risultati

Il Piedibus Scolastico ha attivato negli anni oltre 30 linee nel territorio. Prima della pandemia "trasportava" circa 1.000 bambini e 100 adulti accompagnatori.

Il Piedibus del Ben Essere Speciale, con oltre 50 edizioni annuali, fa registrare complessivamente oltre 11.000 presenze. Il Piedibus Serale ha fatto registrare una crescente espansione con l'attivazione di oltre 25 linee, sia nei centri storici sia nelle periferie dei Comuni, che "trasportano" mediamente dai 60 ai 100 passeggeri, con punte di 200 in eventi particolari. Prima della pandemia si stimavano in media 2.000 presenze a settimana. Le linee Senior erano in fase di espansione prima del lockdown. L'iniziativa risulta "ottima" per circa il 70% dei passeggeri e "buona" per il 25%.

La maggior parte dei passeggeri ritiene che l'aspetto più importante del Piedibus sia la socializzazione, seguito dagli aspetti legati alla salute psicofisica e dalla possibilità di scoprire luoghi meno noti della propria città unita agli aspetti culturali. L'osservazione evidenzia cambiamenti nelle modalità relazionali e negli stili di vita dei passeggeri.

I partecipanti producono spontaneamente narrazioni riferite e/o dedicate al Piedibus sotto forma di immagini, elaborati audiovisivi, racconti e poesie. Viene stimolata la capacità di osservazione, la creatività, il pensiero critico. Si sviluppano nuove competenze culturali, sociali, digitali (utilizzo dei Social, GPS, APP). Si creano occasioni di formazione informale (Leadership, Problem solving) favorendo, nel complesso, lo sviluppo di life skills. Con il cammino e il giardinaggio collettivo vengono stimolati l'apprendimento cooperativo (cooperative learning) e permanente (lifelong learning) attraverso la contaminazione tra conoscenze professionali ed esperienze di vita quotidiana. In linea con il Life course approach, si instaurano comportamenti vantaggiosi per la salute dei cittadini e per la qualità della vita in tutte le fasce d'età, favorendo stili di vita sani all'interno del contesto familiare e sociale. I "passeggeri" aumentano gli spostamenti a piedi nella loro quotidianità, riscoprendo il piacere di camminare per le vie della propria

città. I Walking Leader diventano Antenna sociale per la "mappatura" del territorio, sviluppando cittadinanza attiva. Nasce la spinta a migliorare il decoro urbano, e si potenzia la pedonabilità con la sistemazione dei marciapiedi, la ripulitura dei sottopassaggi, ecc. L'iniziativa ha favorito la creazione di "alleanze" con la Pubblica Amministrazione e le Associazioni di Volontariato, innescando un circolo virtuoso, in cui iniziative legate alla prevenzione trovano spazio crescente in ambito istituzionale.

Il lock down ha fermato ogni attività. Da giugno sono ripartite alcune linee serali e varie edizioni speciali.

Il Piedibus Scolastico è ripartito a settembre solo in alcune sedi e stenta a decollare.

Da vari anni si sono impegnate tante energie per sensibilizzare cittadini e istituzioni sulla necessità di attivare una linea in ogni plesso

Eppure il Piedibus scolastico è la tipologia che meno si è diffusa nel territorio. Ci sono tante resistenze da superare:

la pigrizia degli adulti, l'abitudine, la paura delle mamme nei confronti della pioggerella o del freddo, ecc.....

Le edizioni di quest'anno sono state dedicate alla promozione della mobilità pedonale scolastica.

Nonostante l'interesse di vari genitori, il Piedibus Scolastico stenta a partire anche per carenza di accompagnatori.

Come fare? Esiste una ricetta?

E' necessaria una strategia intersettoriale, con una pianificazione congiunta tra Istituzioni (Scuola, Comune, USL), Pediatri, MMG, Associazioni, cittadini, volontari ... E' necessario pianificare più azioni, a vari livelli, finalizzate a modificare la cultura dei cittadini e la struttura della città, agendo dall'alto, con normative specifiche, e dal basso, sensibilizzando il target specifico, bambini e genitori.

Il processo è avviato, ma il cambiamento dei comportamenti individuali prima, collettivi poi, richiede tempi lunghi e, soprattutto, una "concreta" sinergia tra i vari settori della comunità.

La pandemia potrebbe essere una buona occasione per motivare in maniera forte i Gruppi di Interesse coinvolti.

Chissà ...

*Erminia Battista
Coordinatore
Rete Aziendale per la Promozione della
Salute
USL Umbria 1*



The Tree of Life è un film, Terrence Malick, 2011



Lamberto Briziarelli, nato a Terni, laureato in Medicina e Specializzato in Igiene, ha trascorso l'intera vita accademica nell'Istituto diretto da Alessandro Seppilli. Professore ordinario di Igiene è stato Direttore della Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva, Presidente dei Corsi di laurea triennali per Infermieri, in Assistenza Sanitaria e in Tecniche della prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro. Membro del Board of Trustees e del Comitato Esecutivo dell'UIES/UIPES. Presidente del CIES/CIPES. Membro della Giunta della Conferenza Permanente delle Classi di Laurea delle professioni sanitarie. Membro del Comitato scientifico dell'I.S.P.E.S.L. Presidente di sezione del Consiglio regionale di Sanità in Umbria. Consulente scientifico dell'Osservatorio permanente sull'Ambiente e la Salute della Provincia di Terni. È stato nominato Socio onorario della Società Italiana di Igiene e della Società Polacca di Igiene. Membro di Eccellenza dell'European Network "Work Place Health Promotion". È stato consulente di tre regioni italiane per la redazione dei Piani sanitari. Ha diretto il Centro Sperimentale per l'Educazione sanitaria ed è tuttora Redattore capo della rivista Sistema Salute, già Educazione sanitaria e Promozione della salute.

la salute umana

LA SALUTE UMANA pubblicata a cura del
CENTRO SPERIMENTALE PER LA PROMOZIONE DELLA SALUTE E L'EDUCAZIONE SANITARIA
UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PERUGIA
tel. 075 585.7357 / <http://cespes.unipg.it>



EDIZIONE E DIFFUSIONE
Cultura e Salute Editore Perugia
Iscrizione al Registro degli Operatori di Comunicazione (ROC) n. 28166

Dedichiamo questo numero al tema Covid per dare voce a tutti i professionisti che operano - di fronte e contro la pandemia - per difendere la salute.

A testimonianza, in una drammatica realtà mai affrontata, dei loro pensieri, delle loro emozioni, della loro tenacia e del senso del dovere nel proseguire quotidianamente il proprio lavoro.

Professionisti della prevenzione, medici di medicina generale, assistenti sanitari, psicologi, educatori narrano il loro vissuto, le loro esperienze e ricerche a caldo, nella difficile fase di ripartenza dopo il lock-down.