

La pandemia CoViD-19. L'ascolto del personale sanitario in psichiatria di liaison: l'esperienza svizzera

Giorgio Enrico Maccaferri

Introduzione

Quando un virus come quello correlato a Covid-19 infetta una persona, poi un insieme di individui, poi una popolazione, una società, una nazione e diventa, alla fine, pandemia, gli sforzi mondiali in termini sanitari sono giganteschi: la sfida più grande è rivolta al contenimento del propagarsi dell'infezione, alla curva discendente dei decessi e alla prevenzione secondaria per limitare gli impatti e le sequele somatiche sulle popolazioni a rischio (malati cronici, pazienti con multimorbilità e persone anziane). Il modello sanitario ideale deve riadattarsi e rinforzarsi, le capacità tecniche, strumentali, diagnostiche, terapeutiche devono moltiplicarsi quasi a ritmo di duplicazione virale. Gli sforzi nel campo del personale sanitario in tutti i suoi settori sono densi in questi tempi Covid e probabilmente non abbiamo mai conosciuto, in tempi moderni, un tale bisogno di reinventarsi in tempi così rapidi. Tuttavia, anche se la nostra

psiche resiste e contiene la fatica, il cambiamento, l'angoscia della morte, le risorse interne non sono infinite. Siamo stati messi tutti a dura prova e anche ora, nel momento in cui ci accingiamo a riaprirci alla vita sociale, qualcosa non torna.

Non è finita.

L'emergenza sanitaria non è finita. Una volta scongiurata l'infezione e la paura del contagio, una volta superata la paura della morte, una volta raggiunta l'immunità proteica e psichica, il virus che è entrato nelle nostre *case mentali* e fa oramai parte delle nostre discussioni e preoccupazioni quotidiane, quel virus, che ci ha fatto piombare in un clima d'incertezza, ci sta mantenendo ancora in tale situazione. E con l'incertezza dovremo sicuramente convivere ancora parecchio. Le reazioni psicologiche di stress acuto e post-traumatico, fatica estrema, aggressività o dei comportamenti a rischio per la nostra salute (soprattutto abuso di sostanze psicoattive) potrebbero diventare i nuovi spettri psichici del nostro avvenire (Brooks et al., 2020; Carvalho et al., 2020; CSTS, 2020).

Il personale medico e infermieristico in tempi Covid-19 si è imbattuto in due serie di problematiche: da una parte si trova a vivere le stesse difficoltà del resto della popolazione, dall'altra, è portatore di grandi responsabilità sanitarie e deontologiche per assicurare una corretta presa in carico dei pazienti. Gli staff clinici sono quindi doppiamente penalizzati. Così, mentre sul campo gli operatori sanitari continuano a reinventarsi il modo di lavorare attraverso cambiamenti logistici e territoriali importanti, con rapide costruzioni di nuovi modelli sanitari, al contempo, mettono in *standby* le proprie paure ed emozioni per offrire alla popolazione un alto livello di medicina tecnologica salvavita.

Le difese del *Self* psichico ci permettono di resistere ancora un po' ma fino a quando? C'è sempre un *punto di non ritorno*, un limite al di là del quale uno sforzo umano e tecnico per fornire aiuto non è più efficace in assenza di un rallentamento del sistema esterno, di un aumento contemporaneo delle esigenze individuali e di un indebolimento delle resistenze psichiche. Il personale sanitario è a dura prova e, anche ora in fase di deconfinamento, osserviamo un insieme di segnali d'allerta e certe sirene di stress psicosomatico che possono disturbare la salute psichica.

È per questi motivi che sorge la necessità di informare il personale clinico e sostenerlo adeguatamente al fine di poter preservare un benessere fisico e mentale, per se stessi e per l'ambiente in cui si opera. Umana-

mente e istituzionalmente parlando, quando viene a mancare il benessere personale, è molto difficile, se non impossibile, continuare ad occuparsi degli altri.

Durante questi tempi, la Psichiatria di liaison, branca ufficiale della psichiatria classica, può svolgere, qualora il paese e l'organigramma istituzionale lo prevedano (Svizzera, Inghilterra, USA ad esempio), un'attività utile e terapeutica per le *équipes* sanitarie che si relazionano ogni giorno con aspetti distruttivi e caotici dell'invasione del germe correlato a Covid-19 tra la popolazione e all'interno delle strutture sanitarie. Medici psichiatri, psicoterapeuti e infine esperti della coabitazione psicosomatica, gli psichiatri di liaison sono figure sanitarie fondamentali perché integrate nei servizi di medicina generale ma sufficientemente indipendenti ed esterne per garantire interventi psicologici e talvolta terapeutici non gerarchici tra i colleghi in prima linea. Un collega che lavora in Rianimazione, all'inizio dell'epidemia Covid-19 mi ha detto (parafrasandolo un po'): "Abbiamo bisogno dei vostri interventi perché sarà lunga e non dobbiamo scoraggiarci né perdere il senso di ciò che facciamo con i nostri malati". Qualche tempo dopo, questo stesso collega mi ha riparlato degli effetti benefici delle supervisioni tra cui, quello fondamentale di poter ritornare un po' più sereni ogni giorno a casa, dopo il lavoro in corsia.

In questo capitolo sarà dato un interesse particolare alla figura clinica dello psichiatra di liaison nel suo ruolo d'ascolto e di supervisione rivolti, durante l'epidemia del Covid-19, al personale sanitario ospedaliero in una realtà sanitaria svizzera locale. Dopo un rapido excursus sulle definizioni e funzioni di un servizio di Psichiatria di liaison, sarà presentato il ruolo di supervisore clinico nella realtà della supervisione in ambito infettivo Covid, per presentare alla fine la *Cellula psicologica COVID*, un dispositivo di ascolto psicologico rivolto principalmente al personale sanitario impegnato in frontiera a diversi livelli e funzioni.

La professione dello Psichiatra di Liaison: dalla diagnosi all'interdisciplinarietà psicosomatica

La psichiatria di consultazione e collegamento (liaison), definita anche psichiatria di liaison *tout court* o ancora medicina psicosomatica, è una branca della psichiatria moderna e della psicoterapia classica. In Svizzera

ha una doppia identità nazionale e federale: fa parte dei programmi istituzionali e formativi della Scuola di Specializzazione in Psichiatria-Psicoterapia e rappresenta una formazione di perfezionamento superspecialistico dopo il titolo di Specialista. Dal punto di vista clinico, la Psichiatria di *Consultazione* s'interessa ai pazienti ricoverati nei servizi medico-chirurgici degli ospedali generali che presentano, oltre ad una malattia somatica, una sofferenza psichica o psichiatrica. La Psichiatria di *Liaison* designa la collaborazione costante, regolare e integrata dello psichiatra nel contesto somatico, in termini di approccio multidisciplinare: partecipazioni al giro visita, insegnamento, sostegno e supervisioni allo staff medico-infermiere (ISFM, 2009).

Sviluppatisi a partire degli anni '70-'80 negli Stati Uniti, il modello si è in seguito diffuso in gran parte dell'Europa, Italia compresa. Ogni paese ha sviluppato i propri modelli psichiatrici in funzione delle necessità sanitarie e dell'organizzazione psichiatrica territoriale. In Svizzera, ad esempio, dove l'organizzazione sanitaria pubblica e universitaria ha previsto la ristrutturazione e messa a norma dei vecchi asili e manicomi, con la costruzione di nuovi ospedali psichiatrici moderni, il *modello liaison* è diventato necessario per prendere in carico i pazienti psichiatrici non ammessi in ospedale psichiatrico ma ricoverati negli ospedali di medicina generale.

Nel suo lavoro psichiatrico e psicoterapeutico quotidiano, lo psichiatra di *liaison* esegue un'indagine psicologica e psichiatrica approfondita al letto del malato e dopo aver restituito e sintetizzato la comprensione del caso clinico al medico che ha in cura il paziente, quest'ultimo verrà orientato verso l'ambulatorio, l'ospedale psichiatrico (in una realtà non italiana), o i centri sul territorio. Lo psichiatra di *liaison* può incontrare qualunque diagnosi clinica in ambito ospedaliero, tra cui ricorderemo le principali: il Delirium, i Disturbi depressivi e d'ansia (e adattamento), i Disturbi somatoformi e dissociativi, le Psicosi e i Disturbi correlati a sostanze. Inoltre, poiché specialista della medicina psicosomatica, il mestiere di psichiatra di *liaison* si presta volentieri a diversi tipi di collaborazione clinica istituzionale con le altre branche medico-chirurgiche. Per citare solo alcuni esempi di queste realtà somato-psichiche specifiche: la medicina interna, la dermatologia, la neuro-psichiatria (es. il Neuro-HIV, l'encefalite autoimmune, l'isteria o certi disturbi somatoformi), il paziente grande ustionato, l'obesità, l'oncologia, l'antalgia, l'ostetricia-ginecologia e la medicina della riproduzione (Spanevello et al., 2020; Henninger

et al., 2017; Vallotton et al., 2017; Du Pasquier et al., 2014; Kroenke, 2007; Hubschmid et al., 2015; Daum et al., 2015; Maccaferri et al., 2016; 2012; Maccaferri & Calamand, 2016; Guex, 1988; Maccaferri 2018; 2017; 2016; 2013a; 2013b; 2013c; 2011; 2009).

In aggiunta a tali aspetti dedicati alla consultazione, l'attività di *liaison* consiste nell'offrire supervisioni regolari e organizzate all'interno dei Servizi medico-chirurgici e nella partecipazione attiva all'insegnamento della psichiatria in ambito somatico-ospedaliero e universitario. Gli interventi di sostegno e di supervisione degli staff medico-infermieristici in ambito somatico hanno lo scopo principale di poter discutere di pazienti, situazioni o stati emotivi personali in presenza di uno o due professionisti neutri appartenenti ad un'altra specialità medica, garanti della comunicazione e dell'aspetto psicologico del supervisionato (Berney et al., 2019; Gravouil, 2009). Tale tipo di sostegno tecnico è utile per lavorare sui propri meccanismi di difesa in ambito clinico (intellettualizzazione, formazione reattiva, evitamento, sublimazione e regressione, disinvestimento nel proprio ruolo di "soignant"). Le supervisioni permettono un'analisi diversa delle difficoltà incontrate e il gruppo ha una funzione sinergica per suggerire e trovare soluzioni insieme, apprendere a relativizzare e a neutralizzare certi conflitti relazionali (colleghi e pazienti).

La professione dello Psichiatra di Liaison in ambiente Covid-19: l'ascolto del personale sanitario

Come per tutte le branche medico-chirurgiche, durante l'epidemia Covid-19 anche il ruolo dello psichiatra di liaison si è dovuto adattare. Certe attività cliniche orientate verso i pazienti e il personale curante si sono riadattate ai tempi rapidamente evolutivi e ai bisogni prioritari espressi dalle autorità politiche e sanitarie. Gli aspetti psicologici e di diagnosi e cura psichiatrici dell'intervento in psichiatria di liaison rivolti ai pazienti Covid-19 non saranno trattati in questo scritto perché esulerebbero dai fini e obiettivi annunciati nell'introduzione. Sono invece gli aspetti dell'attività di *liaison* che saranno trattati.

La prima considerazione da farsi riguarda l'interpretazione dei dati scientifici osservati in tempi Covid-19. È importante restare cauti poiché la letteratura scientifica in ambito psicologico-psichiatrico cresce di

giorno in giorno e tanta acqua sotto i ponti è già passata dalle prime osservazioni in Cina (Chen et al., 2020); dobbiamo però ancora parlare in termini di osservazioni o tutt'al più di tendenze riscontrate. In psichiatria di liaison, per quanto riguarda in particolare l'aspetto della cura e del sostegno rivolti allo staff medico-infermiere durante l'epidemia Covid-19, possono essere fatte le stesse considerazioni. In effetti, anche se può apparire facilmente intuitivo, il reale impatto psicologico di questa nuova epidemia sul personale sanitario e clinico non è facile da misurare su grande scala. Anche se tutti i sistemi ospedalieri sono stati coinvolti, non tutti hanno risposto con le stesse modalità organizzative e non tutte le strutture sono state confrontate alle stesse perdite umane. Tale dato non deve fuorviare e far sottovalutare l'importanza dell'evento Covid-19 sull'induzione di uno stato di choc psichico: è importante rilevare che la morte dei pazienti non è il solo evento traumatico per uno staff ospedaliero. Non tutti gli operatori sanitari hanno visto morire i pazienti direttamente ma probabilmente tutti i medici e i paramedici sono stati contagiati dalle rappresentazioni del male e dalla paura della morte, paure rinforzate dalle discussioni tra colleghi, dalle letture delle riviste scientifiche online o, semplicemente, dalle informazioni, talvolta frastagliate e inesatte, veicolate dai media.

Nei diversi sistemi sanitari, ogni persona ha svolto un ruolo cruciale e fondamentale durante l'attacco virale e ogni individuo è stato probabilmente e sufficientemente confrontato ad aspetti distruttivi fatti di grandi paure, di resistenze ai cambiamenti e, soprattutto, di incertezze sul futuro. Ancora oggi, a tante domande non abbiamo risposte certe e univoche. E proprio alla luce di tutti questi stati emotivi, delle rappresentazioni psichiche dell'invasione virale, dell'incertezza di vita e della paura della morte, ogni singola persona ha fatto ciò che riteneva giusto e appropriato. Gli operatori sanitari si sono investiti in modo tecnico e scientifico nelle cure, si sono protetti con abiti e barriere fisiche e mentali, si sono isolati negli *sgabuzzini dell'anima* fatti di pace, di silenzio e di resilienza e si sono allontanati da un ambiente di lavoro percepito come stressante, oramai invaso e saccheggiato da nemici inospitali e da un'incomprensione generale sul senso delle cure e delle decisioni etiche di ogni giorno. Ecco, mi piace pensare che un lavoro di ascolto, di sostegno psicologico e di supervisione dovrebbe, idealmente, poter rispondere a tutti questi aspetti.

Obiettivi di un intervento di supervisione psicologica in ambito Covid-19

L'obiettivo di un servizio psicologico-psichiatrico orientato verso il personale ospedaliero durante un'epidemia deve avere delle funzioni chiave. Certi recenti studi in ambito Covid-19 ci forniscono qualche pista in tal senso (Kang et al., 2020; Chen et al., 2020; Ho C. et al., 2020; Duan & Zhu, 2020). In aggiunta a tali dati, e sulla base di ciò che abbiamo potuto osservare nella nostra realtà locale sanitaria, si potrebbe dire che un intervento di supervisione deve poter produrre certi obiettivi principali:

1. *Identificare i bisogni dei collaboratori e offrir loro uno spazio organizzato e dedicato all'ascolto.* È questa una delle fasi più delicate. Chi fa emergere la domanda di ascolto e di aiuto? In tempi di stress e di corsa contro il tempo nelle corsie ospedaliere, rallentare l'attività degli infermieri e dei medici non è cosa semplice. Sono quasi tutti d'accordo nel dire che le supervisioni sono davvero utili ma pochi riescono ad agire in prevenzione perché, in fondo, il primo ruolo profondamente percepito dal tecnico della salute somatica è quello di assistere i malati e di non abbandonarli: "Se vado via io, chi viene al mio posto per assistere i pazienti?"; "Ho un'emergenza, non me la sento di abbandonare il Servizio e di lasciar soli i miei pazienti"; "Non riesco a venire in supervisione, chi glielo dice al mio capo?"; "Qui il mio posto è fondamentale!". Ogni persona ha dei validi motivi per non lasciare il proprio posto di lavoro anche solo per un'ora alla settimana e sarebbe probabilmente controproduitivo voler insistere, o ancor peggio, obbligare l'esercizio della supervisione. Sarebbe come provocare una controtendenza, prescrivendo, alla fine, un obbligo terapeutico. Le domande di aiuto sono presenti e autentiche tra il personale sanitario e il bisogno di comunicare si fa sentire ma probabilmente tale bisogno deve essere legittimato e organizzato per potersi trasformare in atto concreto di supervisione. Uno dei modelli che noi psichiatri di liaison abbiamo scelto nella nostra realtà sanitaria regionale è stato quello di orientare i nostri interventi discutendo dapprima direttamente con le Direzioni mediche e infermieristiche

dei Reparti coinvolti dall'epidemia. Questo ci è sembrato importante al fine di sensibilizzare "le alte sfere" alla necessità e all'importanza di portare sostegno e cura all'anima dei propri collaboratori (li abbiamo convinti con argomenti conosciuti da anni e confermati dalla letteratura scientifica, tutti raggruppati sotto un solo slogan: *Prendersi cura di Sé per poter prendersi cura degli altri*). Queste Direzioni sono apparse molto implicate, ci hanno reso visibili introducendoci e presentandoci ufficialmente nei Reparti, legittimando il nostro ruolo tecnico e psicologico e incoraggiando ogni singola persona a beneficiare di un tempo d'ascolto organizzato durante gli orari del lavoro. Il sostegno dai "piani alti" ha permesso un movimento sinergico e più disteso, il personale si è sentito sostenuto dalla propria gerarchia e ha potuto scegliere liberamente e facilmente se raggiungere o meno gli spazi adibiti alla supervisione.

2. *Adattarsi ai bisogni delle équipes ricostituite.* Il Covid-19 ha indotto in tutti i Servizi ospedalieri un'importante riorganizzazione in termini logistici e di personale. L'organigramma dei Reparti si è quasi dissolto per indurre nuove ramificazioni temporanee. Qui nel Cantone svizzero di Vaud, la maggior parte delle strutture ambulatoriali è stata temporaneamente chiusa con lo scopo di poter potenzializzare le strutture dedicate all'emergenza (servizi di terapie intensive, pronto soccorso, medicina interna, ospedale psichiatrico, farmacie trasverse, servizi di fisioterapia respiratoria, ecc.). Tutti gli interventi chirurgici elettivi sono stati annullati. Le sale operatorie sono diventate spazi per le procedure d'intubazione, i pronti soccorso regionali hanno creato rapidamente circuiti Covid+ e Covid-. I reparti di medicina interna si sono trasformati in servizi di medicina infettiva. Come in Cina, in Italia, in Francia e altrove nel mondo, anche qui in Svizzera le visite delle famiglie sono state interrotte e sospese, come se gli ospedali moderni, da un giorno a un altro, non esistessero più. Inoltre, il personale medico-infermieristico si è trovato a lavorare con altri colleghi trasferiti da altri reparti o istituzioni per far convergere un aiuto tecnico, umano e scientifico in pochi reparti scelti

per combattere l'epidemia. È stato uno straordinario momento di sinergia istituzionale. In questo esempio di riorganizzazione sanitaria locale (che è comunque simile a molte riorganizzazioni sanitarie realizzate durante il Covid-19), la psichiatria di liaison deve poter considerare il cambiamento istituzionale e geopolitico se vuole espletare correttamente la sua funzione di ascolto dei singoli individui facenti parte di tale sistema mutato. Interessarsi e analizzare tale nuova realtà ibrida diventa prioritario se si vuole orientare correttamente un intervento di supervisione psicologica, in questo nuovo sistema, diretto ad un pubblico eterogeneo che si trova a fare cose nuove, in tempi incerti e senza neppure conoscere il proprio "vicino di banco".

3. *Sostenere le competenze personali dei collaboratori.* La supervisione induce, nel personale clinico, un'attitudine condivisa e riflessiva (Gravouil, 2009) perché rende più esplicito un contenuto conscio o preconcio e permette, infine, di identificare, accettare o, talvolta, rifiutare certi compromessi. Ad esempio, durante una supervisione, un collega ha avuto il coraggio di esprimere adeguatamente la propria difficoltà nel lavorare in un'unità ospedaliera a contatto con degenti anziani Covid+ non rianimabili (e quindi "condannati a morire") per criteri clinici o scelte personali in caso di complicazioni. Un'altra persona è riuscita ad uscire da un clima interno di depressione e angoscia, potendo convertire tale pulsione distruttrice in spinta creativa per difendere, davanti all'amministrazione, la propria condizione di "collaboratrice tutto fare" sottoposta a continui cambiamenti logistici e senza essere sufficientemente interpellata per annunciare i cambiamenti; i suoi reclami costruttivi sono stati in un certo senso ascoltati e qualche aggiustamento nel reparto è stato possibile, ciò che ha indotto in lei un sentimento di soddisfazione, di gratificazione e di energia nuova. La supervisione può essere catartica per certi collaboratori ma non è questo l'obiettivo principale ricercato. Offrire al personale un *setting* e uno spazio fatti di un ascolto attivo e rispettoso, libero ma contenente, neutro ma empatico, riduce il sentimento di solitudine professionale e umana e valorizza il sentimento di efficacia personale e di autostima.

La Cellula psicologica COVID istituzionale

La Cellula psicologica Covid (operativa nella zona Nord del Cantone svizzero Vaud) è un dispositivo di sostegno e supervisione istituzionale – ospedaliero, nato dall'esigenza di offrire un ascolto diretto al personale sanitario impegnato nella battaglia quotidiana del Covid-19.

Sotto la direzione operativa del sottoscritto Giorgio Maccaferri, il coordinamento della Cellula psicologica Covid è assicurato dalla Direzione Generale e dal Servizio del Personale della struttura sanitaria *Établissements Hospitaliers du Nord Vaudois* (EHNV) con cui la Psichiatria di liaison collabora formalmente da diversi anni.

Contesto sanitario e organizzazione territoriale

La Psichiatria di liaison del Settore Psichiatrico Nord del Dipartimento di psichiatria dello CHUV (*Centre Hospitalier Universitaire Vaudois*) è un'unità psichiatrica definita sul piano dipartimentale, universitario e cantonale. Risponde ai bisogni clinici e istituzionali in termini di attività di consultazione-liaison, di insegnamento e di ricerca. Mediante collaborazioni formalizzate, tale unità prende in carico i pazienti ricoverati in cinque ospedali generali periferici, nell'area geografica Nord del Cantone Vaud (la copertura territoriale Nord equivale a circa il 40% del Cantone). L'Unità di Psichiatria di Liaison (UPL) comprende uno staff pluridisciplinare (medici, psicologi, infermieri, assistenti sociali) organizzato su diversi poli di competenze: consultazioni psichiatriche nei Servizi medico-chirurgici, nei Pronto Soccorsi e nei Servizi di Terapia Intensiva, consultazioni specializzate in Obesità e Chirurgia bariatrica, in Maternità e in Cure Palliative. L'offerta clinica ai Servizi è completata da una pratica ambulatoriale di medicina psicosomatica destinata ai pazienti ricoverati e successivamente presi in carico sul territorio. L'UPL effettua circa 2.000 interventi annui e registra diverse decine di supervisioni integrate nei vari Dipartimenti e Reparti. L'UPL è un centro medico di formazione riconosciuto a livello federale per la formazione degli specializzandi in Psichiatria-psicoterapia e per la Scuola di perfezionamento super-specialistica in psichiatria di consultazione-liaison.

Gli *Établissements Hospitaliers du Nord Vaudois* (EHNV) che rappresentano il più grande bacino clinico per la nostra Unità, raggruppano ol-

tre 1700 collaboratori distribuiti su diverse strutture ospedaliere, Centri di competenze specializzate, Centri ambulatoriali di medicina generale e due Servizi di Pronto soccorso e Terapia intensiva. In totale questa struttura ramificata copre una grande parte del territorio sanitario Nord con più di 30 prestazioni medico-chirurgiche diverse.

La Cellula Covid

La Cellula psicologica Covid è stata creata all'inizio dell'epidemia, in sede degli EHN. Dal momento della sua apertura, in poco più di un mese, più di 80 collaboratori sono stati visti in supervisione di gruppo o individuale. Il modello gruppo è stato quello più utilizzato. Le domande di ascolto e supervisione sono state emanate soprattutto dai Servizi di Terapia intensiva e Medicina interna, provenienti da tre diverse strutture ospedaliere territoriali. Le supervisioni hanno avuto una durata variabile tra un'ora e un'ora e mezzo, animate da un binomio medico-psicologico (il sottoscritto insieme a una psicologa clinica). Si sono svolte in locali ampi, luminosi e areati (per garantire le regole di sicurezza Covid-19) all'interno delle strutture ospedaliere e durante le ore di lavoro del personale sanitario. Hanno partecipato a tali supervisioni medici specializzandi (in numero limitato rispetto alle altre categorie professionali), studenti infermieri, infermieri, aiuti infermieri, personale delle pulizie e di accoglienza amministrativa. Ogni incontro ha avuto una gestione e uno svolgimento tipici della matrice delle supervisioni in ambito clinico (Goodyear, 2014; Gravouil, 2009; Balint, riedizione 2003): accoglienza dei partecipanti, presentazione degli obiettivi e delle regole della supervisione e spazio al libero scambio interdisciplinare e all'ascolto attivo di ogni persona presente. Sono state utilizzate le strategie comunicative e relazionali tipiche degli interventi di supervisione medica quali, per citarne solo alcune, le tecniche di chiarificazione, le riformulazioni, la normalizzazione dei vissuti traumatici, la legittimazione empatica, la chiarificazione dei meccanismi di adattamento e di difesa individuali, le sintesi intermedie e finali. Tutte le supervisioni si sono concluse con l'apporto di qualche elemento psicoeducativo (Brooks et al., 2020; Stiefel & Guex, 2008): i segnali d'allerta e i sintomi psico-fisici dovuti allo stress professionale intenso e ripetuto, alla confrontazione con la morte, all'incertezza e al confinamento della società. Sono state inoltre presentate le strategie per

preservare il proprio benessere psico-fisico (individuare i bisogni fondamentali e le risorse interne, promuovere la solidarietà tra colleghi, limitare l'accesso alla disinformazione, ecc.).

Contenuti delle supervisioni

Senza fare un repertorio qualitativo completo di tutti i contenuti delle supervisioni e per cercare di generalizzare una tendenza osservata, possiamo dire che quasi tutti i partecipanti della Cellula psicologica Covid hanno verbalizzato due categorie di vissuti tipici legati, da una parte, alla realtà del confinamento (in quanto cittadini), dall'altra, al proprio ruolo professionale e al tipo d'impegno sanitario. Nella fattispecie sono emersi i seguenti aspetti (ovviamente, i contenuti di questi incontri rispettano l'anonimato):

- *La realtà legata al confinamento* si è manifestata con sentimenti negativi di restrizione della propria libertà, ambivalenza rispetto all'efficacia delle decisioni politiche, sentimenti di solitudine una volta rientrati a casa, paura e stress per la salute delle proprie famiglie, dubbi sull'evolversi dell'epidemia e, talvolta, angoscia della morte. Tali contenuti si ritrovano in molti dei recenti studi orientati sulla popolazione generale, già citati in precedenza.
- *Il ruolo professionale* ha indotto diversi tipi di stress e comportamenti. Quasi tutti gli operatori sanitari hanno espresso il timore per il rischio permanente di contaminazione, con la paura precisa di poter essere infettati e di poter veicolare a loro volta l'infezione ad altre persone e soprattutto alle proprie famiglie. Diverse persone hanno parlato della propria rabbia perché "discriminati" e "stigmatizzati" e percepiti dalle proprie conoscenze o dai vicini di casa come "pericolosi" in quanto potenzialmente portatori del virus correlato a Covid-19 contratto in ambito sanitario. Certi operatori hanno avanzato un sentimento di caos e di mancanza di coordinazione per gestire l'apporto di materiale sanitario (guanti, mascherine, gel idroalcolico). Inoltre tal equipaggiamento protettivo si è dimostrato non confortevole, limitando la mobilità e la comunicazione e di dubbiosa utilità quanto ad un'efficace e completa protezio-

ne. Alcuni collaboratori hanno dichiarato la loro frustrazione per non poter aiutare di più o non trovarsi nel Servizio opportuno. Ci sono poi due grandi temi ricorrenti: la questione del senso della professione medico-infermiere, davanti alle tante perdite e alla morte (Fin dove andare? Quando smettere? Che senso ha battersi?) e l'etica delle scelte (Chi rianimare? Chi intubare? Chi lasciare andare? È pertinente tenere tale paziente in tale Servizio?). Infine, quasi tutti i collaboratori hanno provato grandi difficoltà nel dover interagire con le famiglie dei pazienti all'esterno degli ospedali, intrappolati loro stessi in un conflitto interno tra il senso del dovere (l'applicazione delle regole) e un umano sentire collettivo (incomprensione e difficoltà a esprimere il rifiuto delle visite ai familiari).

Conclusione

L'emergenza sanitaria Covid-19 non è finita. Non sono finite le paure, le incertezze, i dubbi e la solitudine per la popolazione generale. Il personale sanitario impegnato ogni giorno in corsia a diversi livelli e strutture ha fatto ciò che poteva con le risorse a disposizione e con il caos che questa emergenza sanitaria ha prodotto e indotto a livello umano, istituzionale e sociale. Porta con sé e per sempre le perdite umane, il dolore delle famiglie, i ricordi delle procedure complesse e le rappresentazioni e proiezioni delle proprie angosce.

Nelle organizzazioni sanitarie che lo hanno permesso, la Psichiatria di Liaison ha svolto e continua a svolgere un ruolo clinico e istituzionale fondamentale, sia sul versante dell'incontro con i pazienti, sia per quanto riguarda l'accompagnamento psicologico del personale sanitario. In tal senso, le supervisioni cliniche possono apportare sollievo in quanto permettono un'analisi diversa ma complementare di una situazione particolare o di uno stato psicologico e una comprensione empatica del vissuto esperienziale ed emotivo della persona impegnata clinicamente e umanamente. Sostenere le competenze personali dei collaboratori valorizzando, per esempio, il sentimento di efficacia personale diventa un obiettivo fondamentale per un intervento psicologico adeguato.

Con la creazione e l'apertura della Cellule psychologique Covid in

un ambiente istituzionale e locale svizzero abbiamo voluto, anche noi, portare le nostre competenze tecniche, cliniche e umane al servizio del personale impegnato ogni giorno nella lotta al Covid-19. Questa Cellula psicologica può rappresentare, a nostro modesto avviso, un esempio di risposta psicosomatica umana e collettiva perché permette uno sfogo nei confronti del caos psichico che vive il personale sanitario e valorizza le risorse creative di ogni singolo individuo.

È ancora presto per trarre delle conclusioni su questa esperienza locale, su scala regionale. Stiamo raccogliendo i primi feed-back dei nostri interventi adottando una metodologia sistematica su base di analisi qualitativa dei vissuti. Tale analisi sarà probabilmente l'oggetto di pubblicazioni future. Ciò che è stato sorprendente è che i bisogni in termine di supervisione siano rapidamente apparsi un po' dappertutto. È anche emerso un effetto di diffusione dell'informazione a cascata in cui da elementi esterni introdotti nelle équipes dalle Direzioni istituzionali, la nostra Cellula psicologica Covid è diventata oggetto di manifestazioni spontanee da parte di altre persone. Dai primi feed-back raccolti, un movimento di sollievo, di comprensione, una migliore capacità di resistenza e una minore perdita di senso sembrano manifestarsi nei vissuti di molti collaboratori sottoposti all'intervento dell'ascolto e della supervisione. Inoltre molti colleghi si sono augurati che tali interventi supportivi all'ospedale generale possano continuare ad essere condotti più frequentemente anche in epoche non Covid-19.

Bibliografia

- Balint, M. (2003). *Le Médecin, son malade et la maladie*. Payot.
- Berney, A. & Dorogi, Y. (2019). Supervision des équipes de soins en psychiatrie de liaison: quelques points de repère. *Rev Med Suisse*, 15, 344-346.
- Brooks, S. K., Webster, R. K., Smith, L. E., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N., et al. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *The Lancet*. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30460-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30460-8)
- Carvalho, P., Moreira, M. M., de Oliveira, M. N. A., Landim, J. M. M., & Neto M. L. R. (2020). The psychiatric impact of the novel coronavirus outbreak. *Psychiatry research*, 286, 112902.
- Chen, Q., Liang, M., Li, Y., Guo, J., Fei, D., Wang, L., et al. (2020). Mental health care for medical staff in China during the COVID-19 outbreak. *Lancet Psychiatry*. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30078-X](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30078-X)
- CSTS Center for Study of Traumatic Stress (2020). *Sustaining the well-being of healthcare personnel during coronavirus and other infectious disease outbreaks*. www.CSTSONline.org.
- Daum, C., Gheorgita, F., Spatola, M., Stojanova, V., Medlin, F., Vingerhoets, F., Berney, A., Gholam-Rezaee, M., Maccaferri, G. E., et al. (2015). Interobserver agreement and validity of bedside "positive signs" for functional weakness, sensory and gait disorders in Conversion disorder: A pilot study. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*, 86 (4), 425-430.
- Duan, L., & Zhu, G. (2020). Psychological interventions for people affected by the COVID-19 epidemic. *The Lancet Psychiatry*, 7, 300-302.
- Du Pasquier, R., Simioni, S., Alves, D., Meuli, R., Maccaferri, G. E., Berney, A., et al. (2014). Establishment of a multi-disciplinary platform for HIV-infected patients with neurological complications. *Neurology*, 82 (10), Supp. P4.310. 66th Annual Meeting, Philadelphia.
- Goodyear, R., Lichtenberg J. W., Bang, K., & Gragg, J. B. (2014). Ten changes psychotherapists typically make as they mature into the role

- of supervisor. *J Clin Psychol*, 70 (11), 1042-50.
- Guex, P. (1988). *Psicologia e cancro. Un approccio globale al malato e alla sua famiglia*. Milano: FrancoAngeli.
- Gravouil, J. F. (2009). Dispositifs de supervision, métier de superviseur. *Gestalt*, 1, 23-40.
- Henninger, S., Calamand, D., Pache, O., & Maccaferri, G. E. (2017). Docteur, j'ai peur d'étouffer! BPCO et manifestations psychiatriques. *Rev Med Suisse*, 13, 1710-1713.
- Ho, C., Chee, C., & Ho, R. (2020). Mental Health Strategies to Combat the Psychological Impact of COVID-19 Beyond Paranoia and Panic. *Annals of the Academy of Medicine, Singapore*, 49, 1.
- Hubschmid, M., Aybek, S., Maccaferri, G. E., Chocron, O., Gholamrezaee, M. M., Rossetti, O., et al. (2015). Efficacy of brief interdisciplinary psychotherapeutic intervention for motor conversion disorder and non-epileptic attacks. *Gen Hosp Psychiatry*, 37, (5), 448-455.
- ISFM (Institut suisse pour la formation médicale postgraduée et continue) (2010). *Formation approfondie en psychiatrie de consultation et de liaison*. Annexe 3, 2010 (R. 2016).
- Kang, L., Li, Y., Hu, S., Chen, M., Yang, C., Xiang Yang, B., et al. (2020). The mental health of medical workers in Wuhan, China dealing with the 2019 novel coronavirus. *Lancet Psychiatry*, 7 (3), e14. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30047-X](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30047-X)
- Kroenke, K. (2007). Efficacy of treatment for somatoform disorders: a review of randomized controlled trials. *Psychosom Med*, 69,(9), 881-888.
- Maccaferri, G. E. (2009). *Sensibilisation à la synergie corps-psyché de la femme*. Journée de Gynécologie et Obstétrique psycho-somatique et psycho-sociale, Département de Gynécologie-Obstétrique-CHUV, Lausanne.
- Maccaferri, G. E. (2011). *Post-partum: le point de vue du psychiatre*. Journée de Gynécologie et Obstétrique psycho-somatique et psycho-sociale. Département de Gynécologie-Obstétrique-CHUV, Lausanne.
- Maccaferri, G. E. (2013a). *Psychiatrie de Liaison et HIV*. Symposium suisse en psychiatrie de consultation-liaison, Neuchâtel.

- Maccaferri, G. E. (2013b). *Les immolés de la crise*. Forum suivant l'émission TV, RTS/Temps présent, Genève.
- Maccaferri, G. E. (2013c). *Troubles fonctionnels non-organiques: Quand faut-il en référer au psychiatre?* Conférence, Hôpital ophtalmique Jules-Gonin, Lausanne.
- Maccaferri, G. E. (2016). *Psichiatria di liaison: tra psicosomatica e psicopatologia*. Congresso italiano Interazioni mente-corpo. Nuovi orizzonti in psicosomatica. Istituto Italiano di Micropsicoanalisi IIM, Capo d'Orlando, Sicilia, 25-26/11/2016.
- Maccaferri, G. E. (2017). *Idées reçues et fausses croyances autour de l'obésité et son traitement*. Conférence, Hôpital psychiatrique de Cery, Prilly.
- Maccaferri, G. E. (2018). *Psychose et grossesse*. Certificate of Advanced Studies (CAS) en Périnatalité et Petite enfance, Universités de Genève et Lausanne.
- Maccaferri, G. E. & Calamand D. (2016). Applicability of behavioral and cognitive therapies by consultation-liaison psychiatry. *Journal of Behavioural and Cognitive Therapy*, 26, 180-186.
- Maccaferri, G. E., Cavassini, M., & Berney, A. (2012). Mood disorders in HIV patients: a challenge for liaison psychiatry consultation. *Rev Med Suisse*, 8, 362-367.
- Maccaferri, G. E., Rossetti, A., Dalmau, J., & Berney, A. (2016). Anti-N-Methyl-D-aspartate receptor encephalitis: a new challenging entity for consultation-liaison psychiatrist. *Brain Disord Ther*, 5, 2.
- Spanevello, C., Banava, E., Gachoud, D., Berney, A., Tzartzas, K., & Maccaferri, G. E. (2020). Polydipsie psychogène: une entité psychosomatique (encore) méconnue. *Rev Med Suisse*, 16 (681), 318-21.
- Stiefel, E., & Guex, P. (2008) Le stress du soignant ou comment se soigner soi-même. *Rev Med Suisse*, 4, 424-427.
- Vallotton, K., Métral, M., Chocron, O., Meuli, R., Alves, D., Du Pasquier, R., et al. (2017). Evaluation of an outpatient multidisciplinary Neuro-HIV clinic by the patients and referring doctors. *Rev Med Suisse*, 13 (558), 782-786.