

AM



55 / giugno 2023

RIVISTA DELLA SOCIETÀ ITALIANA DI ANTROPOLOGIA MEDICA
FONDATA DA TULLIO SEPPILLI



In copertina

Secondo una stima elaborata da SIMA (Società italiana medicina ambientale) sarebbero almeno 46 miliardi le mascherine utilizzate in Italia da inizio pandemia a maggio 2022 e 129 miliardi a livello globale quelle consumate ogni mese (3 milioni al minuto). Le mascherine che finiscono ogni giorno tra i rifiuti sono 3,4 miliardi (dato globale stimato dall'Organizzazione mondiale della sanità), a cui si aggiungono 140 milioni di kit di test che generano potenzialmente 2600 tonnellate di rifiuti non infettivi (principalmente plastica) e 731.000 litri di rifiuti chimici. Secondo lo studio *The Release Process of Microfibers: From Surgical Face Masks into the Marine Environment*, pubblicato nel 2021 su "Environmental Advances" (Salvi, F. *et al.*, Vol. 4: 100042, <https://doi.org/10.1016/j.envadv.2021.100042>) buona parte delle mascherine usate finisce negli oceani. Ognuna di essa rilascia fino a 173mila microfibre di plastica al giorno.

(Foto: © Andrea Carlino, 2020).



Il logo della Società italiana di antropologia medica, qui riprodotto, costituisce la elaborazione grafica di un ideogramma cinese molto antico che ha via via assunto il significato di “longevità”, risultato di una vita consapevolmente condotta lungo una ininterrotta via di armonia e di equilibrio.



Rivista della Società italiana di antropologia medica
Journal of the Italian Society for Medical Anthropology

Fondata da / Founded by
Tullio Seppilli

Biannual open access peer-reviewed online Journal

55

giugno 2023
June 2023



Fondazione Alessandro e Tullio Seppilli (già Fondazione Angelo Celli per una cultura della salute) – Perugia

Direttore

Giovanni Pizza, Università di Perugia

Comitato di redazione

Roberto Beneduce, Università di Torino / Donatella Cozzi, vicepresidente della SIAM, Università di Udine / Fabio Dei, Università di Pisa / Lavinia D'Errico, Università di Napoli "Suor Orsola Benincasa" / Erica Eugeni, studiosa indipendente, Roma / Corinna Sabrina Guerzoni, Alma Mater Studiorum Università di Bologna / Fabrizio Loce-Mandes, Università di Perugia / Alessandro Lupo, Sapienza Università di Roma, presidente della SIAM / Massimiliano Minelli, Università di Perugia / Angela Molinari, Università di Milano Bicocca / Chiara Moretti, Università di Bologna / Giulia Nistri, Università di Perugia / Cristina Papa, presidente della Fondazione Alessandro e Tullio Seppilli (già Fondazione Angelo Celli per una cultura della salute), Perugia / Elisa Pasquarelli, studiosa indipendente, Perugia / Francesca Pistone, studiosa indipendente, Roma / Ivo Quaranta, Alma Mater Studiorum Università di Bologna / Andrea F. Ravenda, Università di Torino / Elisa Rondini, Università di Perugia / Pino Schirripa, vicepresidente della SIAM, Sapienza Università di Roma / Nicoletta Sciarrino, Università di Torino / Alberto Simonetti, studioso indipendente, Perugia / Simona Taliani, Università di Torino / Eugenio Zito, Università di Napoli "Federico II"

Comitato scientifico

Naomar Almeida Filho, Universidade Federal da Bahia, Brasile / Jean Benoist, Université de Aix-Marseille, Francia / Gilles Bibeau, Université de Montréal, Canada / Andrea Carlino, Université de Genève, Svizzera / Giordana Charuty, Université de Paris X, Nanterre, Francia / Luis A. Chiozza, Centro de consulta médica Weizsäcker, Buenos Aires, Argentina / Josep M. Comelles Universitat "Rovira i Virgili", Tarragona, Spagna / Ellen Corin, McGill University, Montréal, Canada / Mary-Jo Del Vecchio Good, Harvard Medical School, Boston, Stati Uniti d'America / Sylvie Fainzang, Institut national de la santé et de la recherche médicale, Paris, Francia / Didier Fassin, École des hautes études en sciences sociales, Paris, Francia – Institute for advanced study, Princeton, Stati Uniti d'America / Byron Good, Harvard Medical School, Boston, Stati Uniti d'America / Mabel Grimberg, Universidad de Buenos Aires, Argentina / Roberte Hamayon, Université de Paris X, Nanterre, Francia / Thomas Hauschild, Eberhard Karls Universität, Tübingen, Germania / Elisabeth Hsu, University of Oxford, Regno Unito / Laurence J. Kirmayer, McGill University, Montréal, Canada / Arthur Kleinman, Harvard Medical School, Boston, Stati Uniti d'America / Annette Leibling, Université de Montréal, Canada / Margaret Lock, McGill University, Montréal, Canada / Françoise Loux, Centre national de la recherche scientifique (CNRS), Paris, Francia / Ángel Martínez Hernández, Universitat "Rovira i Virgili", Tarragona, Spagna / Raymond Massé, Université Laval, Canada / Eduardo L. Menéndez, Centro de investigaciones y estudios superiores en antropología social, Ciudad de México, Messico / Edgar Morin, École des hautes études en sciences sociales, Paris, Francia / David Napier, London University College, London, Regno Unito / Tobie Nathan, Université de Paris VIII, Vincennes-Saint-Denis, Francia / Rosario Otegui Pascual, Universidad Complutense de Madrid, Spagna / Mariella Pandolfi, Université de Montréal, Canada / Ekkehard Schröder, Arbeitsgemeinschaft Ethnomedizin, Potsdam, Germania / Ciro Tarantino, Università della Calabria, Italia / Allan Young, McGill University, Montréal, Canada

Comitato tecnico

Massimo Cimichella, Università di Perugia / Alessio Moriconi, Università di Perugia / Stefano Pasqua, Università di Perugia / Raffaele Marciano, Aguplano Libri, Perugia / Attilio Scullari, Digital manager, Perugia

Editor in chief

Giovanni Pizza, Università di Perugia, Italy

Editorial Board

Roberto Beneduce, Università di Torino, Italy / Donatella Cozzi, vicepresidente of the SIAM, Università di Udine, Italy / Fabio Dei, Università di Pisa, Italy / Lavinia D'Errico, Università di Napoli "Suor Orsola Benincasa", Italy / Erica Eugeni, independent scholar, Italy / Corinna Sabrina Guerzoni, Alma Mater Studiorum Università di Bologna, Italy / Fabrizio Loce-Mandes, Università di Perugia, Italy / Alessandro Lupo, Sapienza Università di Roma, president of the SIAM, Italy / Massimiliano Minelli, Università di Perugia, Italy / Angela Molinari, Università di Milano Bicocca, Italy / Chiara Moretti, Alma Mater Studiorum Università di Bologna, Italy / Giulia Nistri, Università di Perugia, Italy / Cristina Papa, president of the Fondazione Alessandro e Tullio Seppilli (già Fondazione Angelo Celli per una cultura della salute), Perugia, Italy / Elisa Pasquarelli, independent scholar, Perugia, Italy / Francesca Pistone, independent scholar, Roma, Italy / Ivo Quaranta, Alma Mater Studiorum Università di Bologna, Italy / Andrea F. Ravenda, Università di Torino, Italy / Elisa Rondini, Università di Perugia, Italy / Pino Schirripa, vicepresidente of the SIAM, Sapienza Università di Roma, Italy / Nicoletta Sciarrino, Università di Torino, Italy / Alberto Simonetti, independent scholar, Perugia, Italy / Simona Taliani, Università di Torino, Italy / Eugenio Zito, Università di Napoli "Federico II", Italy

Advisory Board

Naomar Almeida Filho, Universidade Federal da Bahia, Brasil / Jean Benoist, Université de Aix-Marseille, France / Gilles Bibeau, Université de Montréal, Canada / Andrea Carlino, Université de Genève, Switzerland / Giordana Charuty, Université de Paris X, Nanterre, France / Luis A. Chiozza, Centro de consulta médica Weizsäcker, Buenos Aires, Argentine / Josep M. Comelles Universitat "Rovira i Virgili", Tarragona, Spain / Ellen Corin, McGill University, Montréal, Canada / Mary-Jo Del Vecchio Good, Harvard Medical School, Boston, USA / Sylvie Fainzang, Institut national de la santé et de la recherche médicale, Paris, France / Didier Fassin, École des hautes études en sciences sociales, Paris, France – Institute for advanced study, Princeton, USA / Byron Good, Harvard Medical School, Boston, USA / Mabel Grimberg, Universidad de Buenos Aires, Argentine / Roberte Hamayon, Université de Paris X, Nanterre, France / Thomas Hauschild, Eberhard Karls Universität, Tübingen, Germany / Elisabeth Hsu, University of Oxford, UK / Laurence J. Kirmayer, McGill University, Montréal, Canada / Arthur Kleinman, Harvard Medical School, Boston, USA / Annette Leibing, Université de Montréal, Canada / Margaret Lock, McGill University, Montréal, Canada / Françoise Loux, Centre national de la recherche scientifique (CNRS) Paris, France / Ángel Martínez Hernández, Universitat "Rovira i Virgili", Tarragona, Spain / Raymond Masseé, Université Laval, Canada / Eduardo L. Menéndez, Centro de investigaciones y estudios superiores en antropología social, Ciudad de México, México / Edgar Morin, École des hautes études en sciences sociales, Paris, France / David Napier, London University College, London, UK / Tobie Nathan, Université de Paris VIII, Vincennes-Saint-Denis, France / Rosario Otegui Pascual, Universidad Complutense de Madrid, Spain / Mariella Pandolfi, Université de Montréal, Canada / Ekkehard Schröder, Arbeitsgemeinschaft Ethnomedizin, Potsdam, Germany / Ciro Tarantino, Università della Calabria, Italy / Allan Young, McGill University, Montréal, Canada

Technical Board

Massimo Cimichella, Università di Perugia / Alessio Moriconi, Università di Perugia / Stefano Pasqua, Università di Perugia / Raffaele Marciano, Aguplano Libri, Perugia / Attilio Scullari, Digital manager, Perugia

AM. Rivista della Società italiana di antropologia medica fondata da Tullio Seppilli è una testata semestrale della Fondazione Alessandro e Tullio Seppilli (già Fondazione Angelo Celli per una cultura della salute), Perugia.

AM

Rivista della Società italiana di antropologia medica
fondata da Tullio Seppilli

Journal of the Italian Society for Medical Anthropology
Founded by Tullio Seppilli



Indice Contents

n. 55, giugno 2023

n. 55, June 2023

Editoriale

- 11 Giovanni Pizza
Editoriale di AM 55
AM 55 Editorial

Sezione monografica

- 13 Chiara Moretti, Chiara Quagliariello
*Esperienze e pratiche di salute ai tempi della
pandemia. Tensioni, contraddizioni e possibili scenari
per un futuro delle politiche sanitarie*
*Health Experiences and Practices During
the Pandemic. Tensions, Contradictions and Possible
Scenarios for the Future of Health Policies*
- 31 Giulia Zanini, Alessandra Brigo, Anastasia Martino
*L'impatto della pandemia di Covid-19 sull'interruzione
di gravidanza. L'aborto farmacologico in tre diverse
realità nazionali*
*The Impact of the Covid-19 Pandemic on Pregnancy
Termination. Medical Abortion in Three Different
National Contexts*
- 63 Eugenio Zito
*Ammalarsi di diabete in Marocco: credenze religiose,
pluralismo medico e crisi pandemica*
*Falling Ill with Diabetes in Morocco: Religious Beliefs,
Medical Pluralism and Pandemic Crisis*
- 93 Valentina Alice Mutti
*Minori stranieri non accompagnati in tempo di crisi.
Benessere psicosociale, risorse e servizi durante e oltre
la pandemia*
*Unaccompanied and Separated Children in Time
of Crisis. Psychosocial Well-Being, Resources, and
Services During and Beyond the Pandemic*
- 117 Alice Checchia
*Oltre l'emergenza: Covid-19 e psicopandemia
in una prospettiva antropologica*
*Beyond the Emergency: Covid-19 and Psycho-
Pandemic from an Anthropological Perspective*

- 147 Corinna Santullo
Alla corte del dubbio: la pandemia di Covid-19 tra vecchia guardia e nuove reclute no-vax
At the Court of Doubt: The Covid-19 Pandemic between Old Guard and New Anti-Vaccines Recruits
- 187 Elena Zapponi, Marco Simonelli
Politiche vaccinali cubane e scommesse sulla sovranità. Risposte al virus, politicizzazione della salute globale e mutamenti accelerati
Vaccination Policies in Cuba and Bets on Sovereignty: Responses to the Virus, Politicisation of Global Health and Accelerated Mutations
- 215 Pino Schirripa
I tanti fili della sindemia
The Many Threads of Syndemics

Saggi

- 227 Giovanna Arigliani
Madri e figli nell'Italia Centrale oggi. Una relazione "di cura" tra estensione e contrazione familiare
Mothers and Children in Central Italy Today: A "Care" Relationship between Family Extension and Contraction
- 271 Rita Finco, Raúl Zecca Castel
Fo.R.Me di un'etnografia della cura. I particolari del margine
Fo.R.Me [Shapes] of an Ethnography Of Care. Margin Details

Ricerche

- 307 Federico Divino
Tra Purezza e Ascesi. Conclusioni sul problema della visione medica nel Buddhismo
Between Purity and Asceticism. Concluding Remarks over the Issue of Medical Vision in Early Buddhism

Note, interventi, rassegne

- 337 Roberto Beneduce
I rimorsi della Terra. Leggere Ernesto de Martino tra pandemie, incendi e guerre: un esercizio di immaginazione antropologica
The Land's Remorses. Reading Ernesto de Martino in the Time of Pandemics, Fires, and Wars: An Exercise of Anthropological Imagination
- 363 Roberta Bonetti
L'antropologia tra politiche e pratiche del welfare state
The Anthropology of Policies and Practices within the Welfare State in Italy

Recensioni

Roberto Beneduce, *Le esperienze di giovani immigrati dall'Africa occidentale: fra violenza e desiderio / The Experiences of Young Immigrants from West Africa: Between Violence and Desire* [Rita Finco, *Maîtres et disciples. Analyse transculturelle du parcours migratoire de l'école coranique à l'Europe*], p. 379 • Chiara Quagliariello, *Per un'antropologia medica... fuori dall'accademia / For a Medical Anthropology... Outside The Academy* [Miriam Castaldo, Maria Concetta Segneri, *Antropologhe in cors(i)a. La professione dell'antropologo medico nella sanità pubblica italiana*], p. 383 • Patrizia Quattrocchi, *Governance riproduttiva e corpi significanti. Prospettive di ricerca antropologica tra incorporazione e nuove identità / Reproductive Governance and Signifying Bodies. Anthropological Perspectives between Embodiment and New Identities* [Corinna Sabrina Guerzoni, Claudia Mattalucci (a cura di), *Reproductive Governance and Bodily Materiality: Flesh, Technologies and Knowledge*], p. 390.

Editoriale di AM 55

Giovanni Pizza

Università di Perugia

[giovanni.pizza@unipg.it]

In questo numero di AM concediamo la nostra riflessione al Covid-19 ospitando una sezione monografica dedicata alla pandemia: *Esperienze e pratiche di salute ai tempi della pandemia. Tensioni, contraddizioni e possibili scenari per un futuro delle politiche sanitarie*, curata da Chiara Moretti e Chiara Quagliariello, che vede in questo numero anche la postfazione del nostro vicepresidente Pino Schirripa, il quale, a partire dai saggi del monografico opportunamente presentati nella introduzione di Moretti e Quagliariello, riflette sia sulla prima fase della cosiddetta “zoonosi” sia sui limiti di gestione contraddittoria del capitalismo contemporaneo, temi che hanno caratterizzato, in senso critico, le letture antropologiche del drammatico evento.

In *Storie virali* prima e *Storie corali* dopo, anche con Moretti e Schirripa provammo a svolgere la riflessione dando voce ai timori di chi già pensava a un “dopo” difficile. Gli effetti del coronavirus si fanno sentire anche in una fase in cui, grazie al vaccino, sembra che la pandemia si sia allentata. I commercianti continuano a chiudere negozi e molti in città continuano ad ammalarsi. Ci vorrà forse ancora del tempo e probabilmente non si ritornerà mai a come il Mondo era prima di questa pandemia. Anche perché la crisi è diventata molteplice: si pensi solo alla guerra putiniana in Ucraina.

Del resto, questo numero di AM esce dopo che a fine gennaio di questo anno, ha avuto luogo a Napoli il quarto convegno della Società italiana di antropologia medica (SIAM) che ha riflettuto sulla fine del mondo ancorché ottimisticamente come fine di *un* mondo, come ebbe a dire a un convegno a Perugia nel 1964 Ernesto de Martino (qui discusso in una bella tavola rotonda all’Istituto di studi filosofici. Il convegno ha svolto la sua riflessione proprio sulla drammatica evoluzione di questi tempi.

Nella sezione non monografica di questo numero ci sono poi il saggio di Giovanna Arigliani che riflette sulla nozione di parentela aperta a una

valenza di cura e il saggio di Rita Finco e Raùl Zecca Castel, che va letto accanto a quello da loro scritto per il numero precedente. Vi è poi la ricerca di Federico Divino che pure va considerata insieme al suo intervento già apparso su AM.

Proponiamo poi due interessanti note: una da parte di Roberto Beneduce, dedicata a Ernesto de Martino e alla felice rivitalizzazione del suo pensiero e della sua opera, e una da parte di Roberta Bonetti, dedicata alla antropologia del welfare, che parte dai libri di Luca Rimoldi e Giacomo Pozzi: *Pensare un'antropologia del welfare. Etnografie dello stato sociale in Italia* (Meltemi, Milano 2022) e da quello di Valentina Porcellana: *Antropologia del welfare. La cultura dei diritti sociali in Italia* (Licosia Edizioni, Ogliastro Cilento 2021).

Vi è poi la sezione recensioni che ulteriormente mostra la ricchezza di studi e analisi in questo settore.

Crediamo così di dare ancora ancora una ampia testimonianza della vitalità dell'antropologia medica italiana, densa di prospettive per il futuro.

Oltre l'emergenza: Covid-19 e psicopandemia in una prospettiva antropologica

Alice Checchia

Università degli studi di Bologna
[alice.checchia@studio.unibo.it]

Abstract

Beyond the Emergency: Covid-19 and Psycho-Pandemic from an Anthropological Perspective

In this work I undertake an analysis of the psychological and social impact due to Covid-19 pandemic from the point of view of psychotherapists and psychologists. The experience developed in the field led us to reflect on how much Covid-19 is a “social disease”. My aim is to analyze, along with psychotherapists and psychologists, the reconfiguration of the current model of management and care for patients and critically analyze the role played by the healthcare professionals in the sphere of mental health during pandemic.

Key words: pandemic, mental health, global health, public health

Introduzione

Il presente articolo è frutto di una ricerca svolta nel corso del 2021 per il conseguimento della tesi magistrale in Antropologia Culturale ed Etnologia presso l'Università di Bologna. Il percorso di ricerca si è articolato cercando di rispondere alle seguenti domande: “Come hanno vissuto la pandemia gli psicologi e gli psicoterapeuti? Qual è stata la loro esperienza? Cosa è successo in questo campo sociale e sanitario?”.

La pandemia da Covid-19 ha messo in evidenza alcune delle fratture più profonde presenti nella nostra società. La presente ricerca vuole inserirsi all'interno del dibattito sulle conseguenze (psico)sociali della pandemia a partire da un preciso punto di vista: quello degli psicologi e degli psicoterapeuti. Lo scopo dell'articolo è quello di indagare l'impatto della pandemia sulla popolazione dal punto di vista di questa figura professionale. Fin dal primo esordio sulla scena mondiale di SARS-Cov-2, l'opinione pubblica e la

stampa sono intervenute parlando di potenziamento dei servizi di supporto alla salute mentale e di benessere psicologico. Queste uscite pubbliche, all'epoca hanno avuto il merito di mostrare quanto poco si sappia delle condizioni in cui versano i servizi sociosanitari destinati alla salute mentale nel Sistema sanitario nazionale (SSN) e di averle rese ormai di senso comune. I due anni di emergenza sociosanitaria hanno mostrato grandi difficoltà nella tutela della salute mentale in Italia, in un modo più profondo e non solo legato alla crisi pandemica. Attraverso l'incontro etnografico con gli psicologi e gli psicoterapeuti intervistati è emersa in modo molto chiaro la necessità di un ripensamento del SSN e il bisogno di attuare nuove politiche di salute che valorizzino la salute mentale e che ci permettano di considerarla in termini di salute pubblica.

Lo spirito con cui questa breve ricerca è stata realizzata è coerente con una visione che vede l'antropologia medica e culturale come una disciplina attiva che può fungere da cassa di risonanza per battaglie come quella per la salute come bene comune. Il progetto originale, in verità, prevedeva di riflettere sulla relazione terapeutica tra psicologo e paziente durante il primo *lockdown*, in particolare sui "se" e i "come" tale relazione si fosse modificata al momento della dichiarazione dello stato di emergenza e con il passaggio alla cosiddetta "telemedicina". Tuttavia, durante le prime interviste, è maturato l'intento di modificare l'oggetto della ricerca, nel momento in cui ho realizzato che ciò che stava davvero a cuore ai s/oggetti intervistati non era tanto legato all'alleanza terapeutica con i propri pazienti, bensì allo stato dell'arte delle politiche sanitarie pubbliche in materia di salute mentale e benessere psicologico. Inoltre, ciò che è risultato essere veramente in ballo riguardava tutto ciò che si muove intorno alla figura stessa dello psicologo e/o psicoterapeuta. Ne è emerso un racconto intenso e dettagliato di quanto poco riconoscimento¹ ancora goda la figura dello psicologo in Italia, nonostante il suo essere una professione sanitaria al pari delle altre².

L'esperienza del *lockdown* ha lasciato tracce profonde non solo nei nostri comportamenti, ma anche nelle nostre emozioni, colpendo soprattutto coloro che si trovavano già in condizioni di fragilità e marginalità sociale. Potremmo dire, infatti, che la pandemia ha accelerato un processo di svelamento di condizioni di fragilità preesistenti. È impossibile dire con certezza se abbiamo imparato davvero qualcosa dalle lezioni che eventi come pandemie e cambiamenti climatici ci hanno lanciato in questi anni e, in generale, «riflettere su un evento osservandolo dall'interno non è mai semplice» (CUOMO, BARBERA, CERETTA 2021). Ho voluto organizzare

il presente elaborato finale non come un semplice esercizio di scrittura individuale, ma come una riflessione collettiva, co-costruita insieme alle psicologhe e agli psicologi incontrati sul campo. Questo mi ha permesso di approfondire e interrogarmi maggiormente sulle conseguenze psico-sociali della pandemia, ampliando lo sguardo e cercando di mettere in ordine le riflessioni e i ragionamenti che la situazione pandemica ha messo in moto.

Più in generale, si è manifestato un trauma strutturale, che ha messo radicalmente in discussione la convinzione delle società occidentali di avere il pieno controllo della natura, di essere in grado di controllare i fenomeni e risolvere i problemi sociali. La portata di questo *shock* è comprensibile soprattutto se analizzata a partire dal fatto che – in un mondo globalizzato e profondamente interconnesso – ci siamo ritrovati a misurare la sua esistenza a partire dai metri quadrati delle nostre abitazioni. Tantissime persone hanno perso il proprio lavoro; studenti e studentesse si sono ritrovati da un momento all'altro confinati in casa, perdendo così i legami con il mondo esterno. I lavoratori e le lavoratrici in *smart-working* sono precipitati in nuovi meccanismi di sfruttamento difficili da regolamentare; il divario di accesso alla connessione internet e alla conoscenza degli attuali mezzi tecnologici ha fatto sì che gli anziani e le persone già sole si ritrovassero ulteriormente isolati. Le donne e le soggettività LGBTQIA+ vittime di violenza si sono ritrovate confinate in casa con i propri abusatori. Questi sono solo alcuni esempi delle situazioni generate dal *lockdown*³. Come si vedrà nel corso dell'articolo, si è reso necessario l'utilizzo di nuovi termini che potessero inquadrare al meglio le ricadute dirette della pandemia sulla salute mentale. Per fare questo mi servirò del termine "psicopandemia" su cui tornerò nuovamente più avanti.

Il presente articolo, dunque, si propone di riflettere se in Italia è possibile costruire una cultura della salute (e della salute mentale in particolare) con una conseguente valorizzazione delle professioni "psy". Tali professioni soffrono ancora oggi di un forte pregiudizio, in termini di senso comune, che colpisce in maniera trasversale sia l'utente⁴ che il professionista, una questione che non sempre facilita il dibattito in merito. Tuttavia, un dato positivo – niente affatto scontato – emerso in sede di intervista riguarda le misure di gestione della pandemia che hanno reso maggiormente "pensabile" rivolgersi a uno psicologo, portando il tema sempre più al centro del dibattito pubblico. Per spiegare meglio questo punto, ho voluto riportare nell'articolo direttamente le testimonianze di alcuni degli intervistati e dare centralità alle loro voci.

Ho suddiviso l'articolo come segue: una prima parte introduttiva in cui mostrerò la centralità di un approccio sindemico anche per quanto riguarda la salute mentale, per evidenziare quanto il Covid-19 si sia configurato come una "malattia sociale" e non soltanto come l'espressione di sintomi virali; una seconda parte legata all'esperienza sul campo e all'incontro etnografico in cui definirò il concetto di "psicopandemia" in relazione alle psicopatologie insorte durante il periodo di isolamento. Infine, una parte conclusiva in cui sarà evidenziata l'importanza della promozione della salute mentale come bene comune in virtù del paradigma delle cure primarie o *Primary Health Care*.

La pandemia da Covid-19 ha evidenziato non solo le fragilità e le contraddizioni del nostro sistema di *welfare* – assieme alla profondità del conflitto esistente tra i livelli amministrativi e territoriali – ma ha anche fatto emergere il bisogno crescente, nei confronti delle istituzioni, di politiche efficaci e concrete per rispondere alle necessità dei territori e immaginare delle nuove forme di *design* istituzionale che non sia necessariamente collegato a un modello ospedaliero e ambulatoriale.

Riflessioni sul metodo

La ricerca è stata svolta con il supporto di psicologi e psicoterapeuti⁵ – in formazione e specializzati – con l'obiettivo di sottolineare gli effetti e le conseguenze della pandemia da Covid-19 sulla salute mentale. I s/oggetti sono stati contattati attraverso conoscenze personali o riferimenti forniti da uno studio di psicoterapeute presso il quale ero in cura in qualità di paziente durante il periodo pandemico. Le interviste etnografiche sono state costruite in forma semi-strutturata, si sono svolte – per lo più da remoto su piattaforme online (*Jitsi*, *Google Meet*, *Zoom*, videochiamate *Whatsapp*) per ragioni legate al quadro epidemiologico e per la distanza geografica di alcuni intervistati – da marzo 2021 a novembre dello stesso anno e hanno visto coinvolti quattordici professionisti⁶. Ricorrere a un approccio narrativo, in questo contesto, mi ha permesso di sperimentare il coinvolgimento e di stimolare la partecipazione delle persone con cui ho collaborato, secondo il processo che Good definisce di "soggettivazione della realtà" (Good 1994: 153).

Ritengo necessario specificare, in questa sede, quanto il mio personale posizionamento⁷ di persona attualmente in un percorso di psicoterapia nonché di antropologa sia stato un motore propulsivo per iniziare questa

ricerca. Il campione selezionato per le interviste è costituito da persone con formazione psicologica anziché psichiatrica – fatta eccezione per un neuropsichiatra infantile che lavora nel settore pubblico – poiché ho voluto mettere in evidenza le implicazioni emotive e cognitive della “sofferenza mentale” in una prospettiva non medicalizzata⁸.

Prima di entrare nel merito della trattazione, è utile sottolineare che tale lavoro di ricerca non ha avuto nulla a che vedere con l'epidemiologia psichiatrica né vuole inserirsi all'interno di questo filone; né ha voluto essere una genealogia del trauma⁹, concetto di cui mi sono servita per spiegare la percezione fortemente stressante dell'evento pandemico. Quando si parla di eventi traumatici e delle conseguenze che generano è difficile non tenere conto delle implicazioni che questi hanno nella creazione del ruolo della vittima (FASSIN, RECHTMAN 2009; PITZALIS 2018; QUARTA 2020). In questa sede, tuttavia, utilizzo il concetto di trauma strutturale¹⁰ – declinato attraverso le riflessioni raccolte durante le interviste – per indicarne la portata non solo individuale, ma collettiva che ha investito tutte le sfere della vita. La mia riflessione, infatti, si è sviluppata nel solco del dibattito sulla salute globale, territoriale e delle cure primarie che l'antropologia medica ha avuto il merito di ricostruire e attraversare negli ultimi trent'anni (Das, Farmer, Lock, Minelli, Packard, Quaranta, Saraceno, Singer, Kohrt e Mendenhall tra gli autori principali a cui ho fatto riferimento per questo articolo). Infine, il presente testo è il risultato concreto delle esperienze raccolte sul campo che hanno reso evidente la natura densa di significati dei nostri vissuti nel momento in cui si connettono con la storia e con i grandi sconvolgimenti del mondo.

Il Covid-19 come “malattia sociale”

A partire dalle parole dell'etnologo francese Marcel Mauss, possiamo definire una pandemia un “fatto sociale totale” (GUIGNONI, FERRARI 2020: 146). Nel 2020 e 2021, la gestione della pandemia in Italia ha mostrato tutta la violenza strutturale che le disuguaglianze sociali creano soprattutto nei momenti di crisi. La *governance*, inoltre, ha fatto estrema fatica nel condurre delle politiche sanitarie volte a promuovere la salute in tutte le sue componenti, preferendo invece una gestione e un contenimento individualizzati (*lockdown*, distanziamento sociale, appelli alla responsabilità individuale). La complessità della situazione pandemica – un fenomeno che abbiamo visto assumere una caratterizzazione trasversale all'intera popolazione,

seppur distribuito in maniera diseguale nel globo – è stata messa in luce dal cosiddetto “approccio sindemico” (SINGER 2017; HORTON 2020). Come ha riportato anche Claudio Mencacci – direttore emerito del Dipartimento di neuroscienze e salute mentale (AsST Fatebenefratelli-Sacco, di Milano) – ai giornalisti del *Sole 24 Ore*, è più indicato parlare di “sindemia”¹¹ poiché siamo di fronte, da un punto di vista psichico, a un «mix, tra pericolo clinico e sociale fatto di malattia, paura del contagio, della cosiddetta *Covid fatigue*, di lutti, di crisi socioeconomica. E dell'emersione di una profonda solitudine»¹². Nello specifico, il concetto di sindemia è stato introdotto negli anni Novanta dall'antropologo Merrill Singer: con questo termine si intende l'insieme dei problemi ambientali, di salute, sociali ed economici generati dall'interconnessione di due o più malattie, trasmissibili e non trasmissibili, con pesanti ricadute sulla popolazione, in particolare nelle fasce più marginalizzate. L'obiettivo di questo approccio è evidenziare come la visione che intende le malattie sia in termini prettamente biologici sia come entità distinte e isolate, rischia di essere fallimentare. La tendenza è quella di oscurare il modo in cui le cosiddette determinanti sociali in salute interagiscono tra loro, con un conseguente impatto sulla salute delle singole persone e di intere popolazioni. Il direttore del *Lancet* Robert Horton, nel suo editoriale uscito nel 2020, scrive chiaramente che:

La vulnerabilità dei cittadini più anziani, delle comunità nere, asiatiche e delle minoranze etniche, dei lavoratori di servizi essenziali mal pagati e senza protezioni sociali, mostra una verità finora appena riconosciuta: non importa quanto efficace sia la protezione fornita da un vaccino o da un farmaco. Una soluzione puramente biomedica al Covid-19 fallirà (HORTON 2020: 874).

È all'interno di questo approccio che ha preso le mosse questo elaborato: è necessario considerare la salute mentale come parte integrante della salute in generale. Tale consapevolezza spesso è mancata nelle fasi più dure della pandemia, nonostante gli appelli sui giornali, gli sportelli mutualistici organizzati dalle varie reti di solidarietà che si sono attivate dal basso in molte città italiane, e nonostante le evidenti ricadute che l'isolamento e la solitudine stavano avendo sulla popolazione.

Ragionare in tale prospettiva mi ha fornito coordinate utili a comprendere meglio la portata del fenomeno pandemico e le potenziali conseguenze sul medio e lungo periodo, soprattutto per quanto riguarda il benessere psicosociale. In questo senso, infatti, bisogna considerare quanto l'impatto del Covid-19 si sia configurato in termini di “malattia sociale” (TROUT, KLEINMAN 2020). Tale prospettiva permette di comprendere che ogni discorso

su salute e malattia è mediato e negoziato a livello sociale e questo non è mai slegato da dinamiche più ampie e complesse. La medicina sociale è, in questa prospettiva, un invito all'azione, a fare qualcosa qui e ora: prendersi cura di coloro che ne hanno più bisogno (*ibidem*). Questo approccio, dunque, insieme al paradigma della salute globale, mi ha permesso di evidenziare come le conseguenze psicosociali generate da Covid-19 non siano dei casi isolati, ma un dato significativo e quasi strutturale.

Voci ed esperienze dal campo

A proposito di salute mentale e pandemia, le parole di Massimiliano Minelli fungono quasi da monito:

la salute mentale è fatta di atti creativi e costruttivi, nei quali la qualità del lavoro è realizzata in atto. Ecco perché continuamente le azioni di operatori e di utenti, in senso più ampio di gruppi e collettivi solidali, pongono problemi alle strategie organizzative e al controllo delle politiche sociosanitarie. In salute mentale il "lavoro vivo", che prende forma nelle concrete azioni di prendersi cura della sofferenza, di organizzare servizi per offrire risposte adeguate a bisogni differenziati e a fronteggiare le ineguaglianze, è espressione della potenza dell'attenzione psicosociale, intesa come una articolazione di forze e di soggettività (MINELLI 2020: 155).

Rispetto all'insorgenza di sintomatologie legate a disturbi d'ansia o da stress, proprio durante la ricerca è maturata – insieme agli intervistati – la convinzione che sia necessario un cambio di passo per quanto riguarda *la presa in carico*, elemento che è emerso come preponderante durante l'incontro etnografico quando si è discusso in particolare di "psicologo di base" o "psicologo delle cure primarie":

andrebbe fatta un'azione di rivendicazione continua con il ministero rispetto all'istituzione di psicologo di base, psicologo delle cure primarie, chiamatelo come volete, fate in modo che nei presidi territoriali ci siano questi benedetti psicologi. Perché l'effetto esiste e si chiama di "mera abitudine", a furia di vederle le cose ti ci abitui e comici a entrare nella *forma mentis*. Quindi, assolutamente, continuare a battere tantissimo sul fatto di inserire queste figure nei presidi pubblici. (Intervista con Giulia del 13/9/2021)

Le condizioni di lavoro e di vita aggravate dalla crisi stanno diffondendo sempre di più un senso di precarietà che rende difficile, per il Sistema sanitario nazionale, intervenire prontamente riguardo alla salute mentale. Dai report e dai *dossier* prodotti dal Ministero della salute si può notare che quanto viene proposto e pensato sia molto diverso dalla realtà esperita non solo dai pazienti, ma anche e soprattutto dai professionisti. Stando ai dati

elaborati dal Sistema informativo salute mentale (SISM)¹³ del 2019, emerge quanto l'attuale sistema di cura sia incentrato sulla cronicità anziché sulla prevenzione e l'intervento precoce, e che le prestazioni siano insufficienti a garantire continuità nel percorso e nella presa in carico dei nuovi pazienti, soprattutto rispetto all'accessibilità a questo tipo di servizi:

La cosa più grave è che il supporto psicologico non sia accessibile, non sia garantito dal servizio pubblico, non sia comunicato, non ci sia una cultura dell'accesso al supporto e all'aiuto psicologico, ma che ancora sia visto come l'estremo rimedio in casi gravi, emergenziali e non altrimenti trattabili l'ultimo intervento pensato e possibile. Agire invece in una cultura del supporto e dell'aiuto psicologico aiuta a prevenire tutte queste condizioni che, in realtà, diventano gravi perché non c'è una presa in carico prima. Poi non parliamo dell'impossibilità e della difficoltà di accesso ad un supporto psicologico gratuito e garantito dal Servizio: non esiste! Non esiste alcuna forma di supporto psicologico garantito dal servizio pubblico. (Intervista con Diego del 5/3/2021)

È a partire dalle tensioni contenute nelle parole di Diego che risulta imperativo, in questa fase storica, ripensare completamente le politiche sanitarie e la loro ricaduta sui territori. Dal punto di vista degli intervistati, quanto è successo non costituisce una novità, in particolare per coloro già abituati a lavorare con situazioni traumatiche, di precarietà e di indeterminatezza. Quando ho chiesto a Diego quale fosse stata la sua esperienza durante la pandemia e, in particolare durante il *lockdown*, la sua risposta è stata articolata e precisa:

Intanto ci sono delle differenze nei contesti di intervento. Lavoro nel mio studio privato e quindi quello è un *setting* in cui lavoro da solo con i miei pazienti, ovvero casi individuali, coppie e famiglie. Lavoro poi in un contesto diverso, che è quello di un'associazione con cui collaboro e di cui sono presidente, quindi come terapeuta per richiedenti asilo, migranti e persone svantaggiate presenti sul territorio. Tutte e due queste attività hanno avuto ovviamente una risposta diversa rispetto al *lockdown* e alla pandemia. Intanto io ho interrotto l'attività in presenza solo per due settimane. Quindi ho ripreso tutta l'attività in presenza nel mio studio con i miei pazienti e i migranti, interrompendo l'attività, appunto, solo per le due settimane in cui era necessario capire quali erano le modalità e gli strumenti utilizzabili per la sicurezza; quindi, una volta chiariti tutti i dispositivi di sicurezza individuale all'interno dei diversi *setting* abbiamo ripreso le attività in presenza. Anche l'attività da remoto è stata garantita sempre, c'è chi l'ha utilizzata e chi ha preferito attendere un ritorno alla presenza. Diciamo che le persone migranti e richiedenti asilo che avevano già iniziato un percorso con me hanno preferito la continuità anche telefonica o videochiamata e, quindi, avvenivano queste videochiamate alla presenza del mediatore e mia e anche a volte di altri colleghi, perché noi di solito seguiamo in *équipe* queste per-

sone, un dispositivo complesso, un'*équipe* complessa... (Intervista con Diego del 5/3/2021)

Dalle parole di Diego emerge con forza la durezza della fase pandemica che abbiamo attraversato e la mancanza di effettivi legami di comunità anche in contesto lavorativo. Da questa esperienza risulta chiaro, inoltre, quanto spesso si tenda a dimenticare che anche chi lavora in contesto sociosanitario fa esperienza della realtà in un modo simile al resto della popolazione, non ne è assolutamente immune. Mi ha riportato così il suo vissuto:

Lavoravo già su questo dato che mi occupo di condizioni post-traumatiche gravi o estreme e quindi capire con che cosa si andasse a lavorare in quel periodo. [...] sentivo di voler continuare a lavorare, soprattutto con le prese in carico in *équipe*, perché mi dava delle sensazioni di benessere, di continuità di vita e di attività. Più o meno è stato così. È chiaro che lavorare e non avere più nulla oltre il lavoro è una condizione di sacrificio enorme. Quindi sicuramente avvertivo di più la fatica nel corpo, l'attesa di ritornare a una pseudo normalità di incontro e di movimento e appena è stato possibile è stato quello di cui mi sono nutrito. Ho visto gli amici vicini, sempre all'aperto, costruendo tante possibilità di uscita, di cammino e di uscita. (Intervista con Diego del 5/3/2021)

Il racconto di Diego mi ha restituito l'importanza che hanno le reti di supporto, soprattutto in un contesto complesso come quello pandemico. Durante le interviste, infatti, è stato spesso sottolineato il vuoto lasciato dalle istituzioni nel supportare i lavoratori e le lavoratrici dei servizi sociosanitari; nonostante la retorica sul lavoro "essenziale" svolto dal personale medico e sanitario, di fatto non è stata data alcuna direttiva istituzionale per facilitare il lavoro agli altri professionisti sanitari fuori dal contesto prettamente clinico-ospedaliero. È bene sottolineare, tuttavia, che questo non è un dato quantificabile sul territorio nazionale, ma esperienziale. Stando a quanto emerso, in particolare per quanto riguarda le ASL e l'Ordine degli psicologi, sono state date poche direttive e le strategie di intervento portate avanti non sono state omogenee. Ci si è mossi sempre sulla contingenza e lavorando con i classici strumenti che la terapia fornisce, ma questo è valso per le persone che erano già in percorsi terapeutici o che si erano già rivolte agli sportelli di supporto psicologico realizzati *ad hoc* durante il primo *lockdown*. Secondo quanto emerso dalle interviste, tutte le azioni realizzate durante la prima e la seconda fase della pandemia non sono state messe a sistema e prese da esempio dalle istituzioni per rendere più capillare la presenza di reti e spazi di supporto alla salute mentale. Questo dato ci ricorda la necessità, già evidenziata, di superare i limiti e le lacune strutturali legate all'articolazione delle politiche sanitarie e di salute pubblica e, inoltre,

all'organizzazione dei servizi sanitari nazionali e, più generalmente, del lavoro di cura svolto al loro interno; con questo, crediamo sia necessario fare riferimento anche agli studi privati in cui i professionisti della salute mentale svolgono il proprio lavoro. In questo contesto, molte persone si sono rivolte a professionisti del settore proprio durante la pandemia, spinte dal bisogno di chiedere aiuto e supporto per affrontare il periodo pandemico. L'attivazione di sportelli gratuiti o a prezzo calmierato ha, infatti, permesso a persone che non si sarebbero rivolte a psicoterapeuti prima della pandemia di accedere a un servizio divenuto ormai essenziale, ma ancora avvolto da un forte stigma. Molti professionisti – soprattutto giovani ancora in formazione – hanno fatto le prime esperienze lavorative durante le prime fasi della pandemia. L'impatto psicologico del Covid-19 è innegabile e il lavoro svolto dagli sportelli è stato utile non solo da un punto di vista assistenziale e di primo soccorso, ma anche divulgativo. Riuscire a dare un nome alle emozioni e capire da che parte far ripartire la propria vita è stato un bisogno diffuso tra la popolazione.

Quello che io ho potuto notare è stata una grossa affluenza, allo sportello, da un lato sicuramente favorita dalla credibilità che ha questo spazio che ci ospita, perché avere quel tipo di pubblicità aiuta la professione. Perché molto spesso la professione privata dello psicologo si fonda per lo più sul passaparola. Non hai la possibilità di fare pubblicità proprio per codice deontologico, nessuno mette i manifesti; quindi, è più complicato crearsi un bacino di utenza. sicuramente la grande affluenza va ricondotta anche a quello. Per la mia esperienza, molto ha fatto la gratuità, le sedute gratuite. Erano quattro, ora sono diventate tre da qualche mese, quello è uno dei fattori che rende comunque la gente, le persone, più propense e rispetto a un accesso al servizio sanitario è più semplice. (Intervista con Anna del 2/4/2021)

Benessere psicologico e stigmatizzazione

Il periodo pandemico ha di fatto messo in discussione le definizioni di salute prodotte negli ultimi quarant'anni dall'Oms e che hanno contribuito a scardinare una visione organicistica di corpo, salute e malattia. Di conseguenza, c'è ancora bisogno di portare avanti un lavoro culturale profondo per scardinare stigma e pregiudizi che esistono intorno alla salute mentale, per garantire un potenziamento dei servizi a livello nazionale e territoriale.

Parlando di stigma interiorizzato e vergogna, lo psichiatra Simone Vender ha sottolineato quanto sia:

sufficiente pensare al modo in cui, nel linguaggio quotidiano, è indicato qualcuno che soffre di una malattia mentale (matto, squilibrato, folle, non ha tutte le rotelle a posto, gli manca qualcosa, ecc.) per comprendere come sia svalutato ed umiliato agli occhi di tutti. [...] permangono stereotipi sociali che non invogliano la persona sofferente a richiedere cure adatte. Molte persone, infatti, hanno paura di essere ridicolizzate da amici, conoscenti o persino dai propri familiari, e perciò tendono a mantenere nascosta la propria sofferenza (VENDER 2005: 234).

Inoltre, in un articolo pubblicato sul giornale online *State of Mind. Il giornale delle scienze psicologiche*, la questione della stigmatizzazione viene così declinata:

Il pregiudizio nei confronti dei malati mentali si sviluppa in contesti in cui le informazioni sono accettate in maniera apparente e superficiale, e portano, di conseguenza, all'attuarsi di pregiudizi ed emarginazione nei confronti delle persone malate. Alla base si genera una mancanza di riconoscimento della sofferenza derivante dalla malattia mentale e una attribuzione di stabile invalidità nei confronti di chi si rivolge da un professionista della salute mentale che, se adeguatamente considerate e trattate, potrebbero recuperare parte delle proprie capacità sociali e intellettive¹⁴.

Si tratta di una questione antropologicamente rilevante e che dovrebbe stimolare analisi ulteriori. Secondo Diego, la difficoltà di parlare di supporto psicologico e salute mentale:

è assolutamente culturale, ma nessuno sta facendo un lavoro di divulgazione culturale della bellezza, della – come dire – possibilità sana di chiedere aiuto. E non c'è nulla di più sano, le persone sane chiedono aiuto. Le persone sane possono riconoscere già nei piccoli segnali, come un sonno disturbato, se c'è qualcosa che non va e da lì possono capire come ridurre quella condizione e ristabilire un sano e regolare sonno, perché senza ristoro noi roviniamo la nostra mente e il nostro corpo, non funzionano più bene. Per esempio... piccolissime cose. E queste cose abbiamo visto che sono stati capaci di prenderle e utilizzarle benissimo tutti i migranti che abbiamo seguito. Chiaramente il rischio poi è un collasso, un collasso psico-fisico: quando non si interviene si cronicizza una condizione di allarma eccetera eccetera poi il crollo è quello. (Intervista con Diego del 5/3/2021)

Le parole di Diego sono importanti perché toccano direttamente la questione delle cronicità che, in antropologia medica, è stata a lungo analizzata (MORETTI 2022).

“Psicopandemia”: un punto di vista situato

Il Covid-19 non ha avuto delle conseguenze solo organiche in termini di sintomo generato dal virus, ma anche emotive. Non è errato, dunque, parlare di “psicopandemia” e classificare il Covid-19 come tale. Con questo termine si intende l’insieme di sintomi e reazioni psico-sociali alle misure di contenimento dei contagi, un fenomeno che include non solo disturbi immediati ma anche disturbi che dureranno negli anni e di cui è oggettivamente difficile analizzarne la portata.

Il presidente del CNOP, David, Lazzari su *Panorama Sanità* ha riportato che:

Le evidenze di efficacia nelle cure psicologiche [...] dimostrano che gli effetti dell’impatto del Covid-19 – come ansia, depressione e stress – sono stati devastanti per la popolazione, soprattutto nei giovani under 18 e in alcune categorie professionali come il personale sanitario. I disturbi psicologici comuni impattano per il 33% dei costi della disabilità legata alla salute, ma gli stanziamenti per i servizi per la salute mentale in Italia sono soltanto 3,1 miliardi complessivi, una cifra esigua rispetto all’intera spesa sanitaria nazionale. 28.811 operatori di cui 2016 psicologi-psicoterapeuti (ovvero 7 su 100) sono troppo pochi: un dato che pone l’Italia agli ultimi posti in Europa¹⁵.

In questo quadro, le categorie ritenute più a rischio sono stati i giovani e i giovanissimi che si sono ritrovati senza contatti con l’esterno, privati della possibilità di interagire con i coetanei e di uscire dal contesto familiare. Non è mia intenzione, in questa sede, suggerire che sia meglio cercare delle risposte univoche e universali a problemi complessi e che non risiedono esclusivamente nel campo sanitario. Credo, tuttavia, che sia necessario continuare a interrogarsi su come ripensare le politiche sanitarie e di salute pubblica alla luce dei problemi sociali e politici sollevati dalla pandemia. Per spiegare meglio alcuni dei disturbi che si sono maggiormente sviluppati allo scoppio della pandemia, riporto l’intervista fatta con Giada, psicoterapeuta che lavora presso uno studio privato a Bologna. Come mi ha raccontato lei stessa, le conseguenze sul benessere psicologico sono state molteplici. In particolare:

c’è da dire che, essendo la pandemia un fattore stressante, molto molto stressante, va a costituire un elemento che, insieme ad una vulnerabilità di base. Combinati questi due elementi – quello di vulnerabilità e quello stressante e ambientale – portano all’insorgere di alcuni disturbi che già, probabilmente, ci sono come predisposizione nella persona. Okay? Quindi, diciamo, che chi avrebbe potuto sviluppare un disturbo d’ansia, con il fattore pandemia quello si è sviluppato. C’è stato solo un incremento del disturbo ossessivo-compulsivo, quindi è aumentata la richiesta rispetto a quel tipo di disturbo. Infine, sicuramente, la richiesta di terapia per PTSD,

quindi disturbo post-traumatico da stress. Soprattutto per chi ha vissuto proprio l'esperienza del Covid. Anche, devo dire, mi è capitato che alcuni pazienti siano stati nei Covid hotel che sono delle strutture, purtroppo, di cui mi hanno parlato molto male. Sono stati dei periodi davvero brutti per alcune persone, le settimane e i giorni vissuti lì. C'era ancora più isolamento, ancora più fatica a potersi riprendere. [...] Quindi sicuramente PTSD e disturbo ossessivo-compulsivo sono state le richieste maggiori causate dalla pandemia. (Intervista con Giada del 20/5/2021)

Un'altra significativa causa di ansia e stress nella popolazione è stata quella che Giada ha definito "paura del giallo"¹⁶, ovvero una sensazione di ansia diffusa che si scatenava a ogni nuova restrizione. Nello specifico mi ha riportato quanto segue:

Per alcune persone c'è stato un peggioramento, per altre c'è stato quasi un miglioramento nella fase di pandemia. Per chi, per esempio, ha un disturbo di ansia sociale oppure altri disturbi che comunque hanno la cosa dello stare in casa, dello stare protetti come una sorta di strategia di evitamento, di protezione da tutto ciò che di solito ci fa star male. Quindi per alcuni pazienti è stato un momento, diciamo, idilliaco in qualche modo [sorridente]. La fatica è stata dopo, nel passaggio alla riapertura. Tant'è che alcuni pazienti la chiamavano proprio "la paura del giallo", cioè dell'entrare in zona gialla e c'era proprio un'attivazione molto forte. Anche per chi, per esempio, ha disturbi di tipo alimentare o comunque un controllo molto consistente sul corpo, il poter stare in casa per tanto tempo e non stare in situazioni in cui l'altro può vedere il mio corpo era protettivo in un certo senso, ovviamente protettivo in un modo disfunzionale. E poi, invece, nella riapertura è risalita l'ansia e sono risaliti i sintomi. Ecco, un altro disturbo, che però leggevo soprattutto in degli studi, i disturbi alimentari sono aumentati tantissimo perché lo stare tanto in casa e avere il cibo a disposizione – cosa che poi è diventata anche una delle attività più diffuse durante il *lockdown* – per alcuni è stato deleterio. (Intervista con Giada del 20/5/2021)

Nell'insieme, c'è stata una risposta psicologica generalizzata al Covid che è da rintracciare nel funzionamento della mente in emergenza. Riporto qui degli ulteriori estratti delle interviste di Diego e Giada che ritengo essere significativi, in particolare per lo scopo di questo paragrafo:

«Sicuramente l'impatto della pandemia, al di là della continuità della relazione, ha avuto un impatto forte su tutti noi. Nel senso... Aver perso delle cose importanti quali la libertà di movimento, la quotidianità dell'incontro e dello scambio con gli altri, la possibilità di nutrirsi di quelle che sono le relazioni e gli incontri che nutrono di buona energia e di buone risorse le persone, è stato molto impattante. In più c'era una condizione di allarme generale sempre più alta in cui la comunicazione era: "Attenti! Perché tutti e tutto intorno a voi possono essere pericolosi". (Intervista con Diego del 5/3/2021)

Ritengo che ci sia il rischio di andare verso una medicalizzazione di quella che è stata una reazione fisiologica. [...] La mente in emergenza funziona così punto, quello che fa patologia è appunto la cronicizzazione. In un discorso pubblico che tende a farti pensare che tra la popolazione sono aumentati i disturbi ansiosi, il rischio di cronicizzazione c'è, quando la gente era semplicemente disperata... Ma in quel momento ne aveva tutti i motivi. (Intervista con Giulia del 13/9/2021)

La sensazione di allarme costante è stata causata non solo dalla diffusione repentina dei contagi, ma anche dalla costante diffusione di immagini e dati che hanno contribuito a scatenare una sensazione di pericolo tra la popolazione. La modalità con cui è stata fatta informazione, infatti, non ha facilitato una sana circolazione di notizie, alimentando un clima di tensione e paura. Tant'è che la stessa Oms ha inaugurato uno spazio di lavoro di gestione di quella che è stata definita "infodemia"¹⁷, per favorire una chiara diffusione delle notizie e delle informazioni – che avevano un evidente impatto sulla salute. Le ricadute sulla salute mentale si configurano, dunque, come forme di incorporazione (CSORDAS 1990) innescate dall'eccesso di informazioni, una questione che meriterebbe senz'altro ulteriori riflessioni da parte dell'antropologia.

Pandemie ed epidemie, difatti, sono sempre state una parte essenziale della storia dell'uomo e, solo nell'ultimo secolo, l'influenza spagnola (1918-20), l'Asiatica (1956-1957), la SARS (2002-2003) e l'Ebola (2013-2014) hanno colpito persone in tutto il mondo. Uno studio italiano condotto dall'Università dell'Aquila e dalla Sapienza di Roma ha rilevato dei dati importanti. Con l'obiettivo di comparare gli effetti psicologici di queste epidemie e la pandemia da Covid-19, la ricerca condotta dal gruppo di psichiatri e psicoterapeuti composto da Tonino Cantelmi e colleghi ha evidenziato che:

Una pandemia non è solo un fenomeno medico, ma colpisce gli individui e la società e causa disagi a livello fisico, psicologico, sociale ed economico. Questo perché è un tipo di evento in grado di dimostrare, spesso in modo molto violento, la vulnerabilità e la fragilità dei nostri sistemi sociali e della nostra struttura psicologica, e quanto spesso possano essere inadeguate le nostre capacità di risposta tecnico-scientifica, socio-comunitaria e personale. In questo articolo abbiamo elaborato una rassegna della letteratura al fine di capire le possibili conseguenze psicologiche della pandemia in atto, cercando materiale da tre possibili fonti di informazione: situazioni con caratteristiche simili a quelle della pandemia in atto (es. con distanziamento sociale), eventi epidemici precedenti (es. SARS e MERS) e ricerche svolte direttamente in questo anno sulla pandemia da SARS-CoV-2. Dalle informazioni raccolte è emerso che le conseguenze psicologiche possono essere anche molto gravi (es. Depressione o Disturbo Post-Traumatico),

verificarsi in tempi brevi e durare anche molto tempo dopo gli eventi che li hanno prodotti. Inoltre, è emerso come, nonostante le informazioni e la consapevolezza acquisite in situazioni passate o simili, non è stato fatto a sufficienza per prevenire e affrontare tali conseguenze psicologiche avverse (CANTELMINI *et al.* 2020: 7)

In questa prospettiva, le reazioni psicologiche più comuni – trasversali alle recenti epidemie di SARS e MERS – individuate in questo studio includono comportamenti disadattivi, stress emotivo e risposte difensive come ansia, paura, frustrazione, solitudine, confusione, rabbia, noia, stati depressivi, stress, comportamenti di evitamento. Come riportato nello studio italiano menzionato precedentemente: «L'impatto di una malattia su scala globale crea un clima generalizzato di paura, panico, stigma, effetti psicologici e affettivo-emotivi a livello individuale e di massa. Sono eventi, quindi, con amplissima e profonda portata psicosociale» (*ivi*: 8). Ritengo questo studio fondamentale poiché per la sua vocazione comparativa, ha messo in evidenza la necessità per i governi di adottare misure utili a fornire un supporto per il benessere psicologico. Tali misure devono essere strutturali e non delle manovre emergenziali per chiudere le falle del Servizio sanitario nazionale. In generale, tuttavia, chi lavora da sempre con pazienti affetti da disturbi post-traumatici mi ha riferito di non aver registrato nuove patologie o sintomatologie specifiche. Quando ho parlato con Diego, occupandosi di psicologia dell'emergenza, mi ha prontamente risposto che:

non credo che in realtà ci siano nuove specificità, nuove patologie o espressioni di questa cosa qui. Intanto noi la conoscevamo già, noi che lavoriamo con condizioni post-traumatiche sappiamo cosa significhi vivere in un perenne stato di allerta nel corpo, nella mente, nelle emozioni e nelle relazioni. Cioè dover sempre gestire tutto ciò che mi capita, dentro e fuori, come potenzialmente pericoloso per me. Quindi tutto questo noi lo conosciamo. E chiaramente l'espressione sintomatica è individuale, culturale e personale, ma da dove viene e che cos'è, no. (Intervista con Diego del 05/3/2021)

La maggior parte delle attività istituzionali realizzate per supportare la popolazione sono state condotte a partire dall'idea che solo le persone con disturbi psichiatrici gravi o con potenziali derive dovessero essere aiutati. Un dato del genere, emerso con forza anche dalle parole di Giulia e Diego, è preoccupante perché rischia di avvalorare l'idea per cui la salute mentale non sia necessaria per vivere bene. Riporto le parole di Diego:

Se non avessimo garantito il supporto psicologico a distanza durante il primo *lockdown*, la seconda ondata e ora la terza, tutte queste sintomatologie arriverebbero con sintomatologie fisiche – se non, addirittura, perdita di controllo psichico – ai pronto soccorsi. Ed è una banalità però questo non

c'è. Nessuno ha risposto al grande impatto della paura, dell'ansia, dell'angoscia e del terrore che provocava questa cosa improvvisa e che chiaramente molti esprimono, come tutti noi, con sintomi fisici. Noi parliamo con il nostro corpo, certo! Non riesco più a dormire, non mangio più bene, sto mangiando troppo ho sempre mal di testa... Cioè, poi diventa questo. E quindi un sovraccarico al servizio pubblico di una sintomatologia che non è e che non proviene dal corpo, ma che può essere invece presa in carico da un esperto di salute psichica e mentale... (Intervista con Diego del 5/3/2021)

Negli ultimi mesi del 2021 si è intensificato il dibattito sulle conseguenze psicologiche della pandemia, soprattutto nell'opinione pubblica. Tale dibattito disegna i limiti di accesso ai servizi e le categorie ritenute più a rischio: le donne, gli adolescenti, gli anziani e i lavoratori precari¹⁸.

Promozione della salute mentale, oltre lo stigma

Rispetto al supporto – e al benessere psicologico – emerge non solo un ruolo profondamente ridimensionato dalle condizioni in cui versa il Sistema sanitario nazionale italiano, ma ci ritroviamo anche con un quadro molto frammentato rispetto al funzionamento dei servizi territoriali. Le strutture pubbliche si trovano a lavorare sotto organico, con pochissimo personale, pochi fondi a disposizione e un sistema sanitario regionalizzato che non è quasi mai in grado di rispondere in maniera efficiente ai bisogni dei cittadini, a fronte di un settore che vede molti professionisti lavorare nel privato. Un vero e proprio paradosso del Sistema sanitario, dunque. In questa prospettiva – soprattutto considerate le forti ricadute della pandemia sulla tenuta psicologica della popolazione – è stato fondamentale ragionare con le intervistate e gli intervistati di strategie di promozione della salute mentale e di prevenzione¹⁹.

Sicuramente sarebbe molto utile lavorare in modo preventivo e anche avere una struttura molto più organizzata per i servizi di salute mentale. Purtroppo, è sempre un settore in cui si investe veramente poco. E tanto si sarebbe potuto fare anche con una comunicazione diversa, intendo proprio rispetto ai decessi, rispetto ai rischi... Perché non si è tenuto assolutamente conto del risvolto psicologico e c'era una comunicazione veramente poco efficace per andare a prevenire i disturbi d'ansia o qualsiasi altro tipo di reazione a livello emotivo. [...] Per non parlare poi di tutta l'area evolutiva. Lì si è fatta veramente poca attenzione e si è andato a creare un ambiente disfunzionale in isolamento. Molti bambini e adolescenti che in casa stanno male, purtroppo, hanno cominciato a fare anche gesti autolesivi, tentativi di suicidio, è aumentata tantissimo la richiesta nelle strutture pubbliche. Quindi, se

si fosse intervenuti in modo diverso, forse queste cose si sarebbero potute evitare. (Intervista con Giada del 20/5/2021)

Secondo me, le politiche migliori andrebbero fatte sulla prevenzione, non sull'emergenza. Perché quando ti muovi sull'emergenza vai a tamponare e poi recuperare è più difficile. La prevenzione della salute mentale è un altro campionato. Vuol dire scardinare proprio questi due punti e poter intervenire prima che si arrivi a situazioni di sofferenza tali per cui è più difficile recuperare in tempi brevi. (Intervista con Anna del 2/4/2021)

L'antropologo italiano Marco Aime, parlando di cultura in un'intervista rilasciata al Corso di Perfezionamento Responsabile di Progetti Culturali, ha sostenuto che: «la prospettiva antropologica lavora da sempre sull'idea di cultura e, col passare del tempo e con l'elaborazione di molti antropologi, si è arrivati a definire sempre di più la cultura come un processo e non come un dato. La cultura è qualcosa che noi costruiamo sempre in relazione a qualcun altro»²⁰. Nel riprendere le parole di Aime, ritengo che anche rispetto alla salute – e alla salute mentale in particolare – esista una “questione culturale” tuttora irrisolta che ci impedisce di parlare davvero di promozione e prevenzione. Ciò che intendo dire è che, in Italia – un elemento reso palese sotto la spinta della pandemia – di fatto non esiste una cultura della salute mentale come parte essenziale della salute in generale. Si tratta di una questione non più rimandabile e a cui è necessario affiancarsi per costruire una battaglia culturale forte che ci permetta di riconoscere il benessere psicologico realmente come una determinante della salute della persona, in pieno rispetto della definizione di salute prodotta dall'Oms. In *Prevenzione come cultura della salute mentale*, la psicoterapeuta Gabriella Tavazza racconta una prima esperienza, risalente al 2001, di collaborazione tra il Dsm e i Medici di Medicina Generale dell'Azienda USL di Roma. Nel suo articolo, Tavazza sostiene che: «Dopo venti anni di esperienza di servizi di salute mentale basati essenzialmente su interventi di tipo territoriale, possiamo evidenziare alcune criticità su cui è importante intervenire per garantire prestazioni più appropriate ed efficaci» (TAVAZZA 2005: 208).

È, ormai, noto che in tutti i paesi il riconoscimento delle patologie gravi avviene circa due anni dopo, in media, dall'insorgenza della malattia. Sebbene non si possa affermare con prove di efficacia che intervenire anticipatamente possa modificare lo sviluppo della patologia (vi sono, comunque, dati preliminari a conforto di tale ipotesi), sicuramente vi sono una serie di danni 'secondari' che si determinano nei mesi o anni di non riconoscimento della malattia. Proprio in riferimento al convincimento che l'integrazione del Dsm con altre agenzie sanitarie e sociali del territorio sia centrale per iniziare un confronto sulla percezione del disagio psichico e sulla relativa

declinazione operativa che tale percezione può determinare, nasce nel nostro DSM l'esigenza di iniziare una politica sanitaria orientata a promuovere una cultura della prevenzione (*ibidem*).

Anche durante l'incontro etnografico, parlando della stigmatizzazione della professione dello psicologo, si è discusso molto della necessità di pensare a delle modalità di intervento e presa in carico che possano andare sempre più in una direzione di prevenzione e promozione del benessere psicologico. L'intervista con Anna è stata molto produttiva in questo senso e, senza che ci fosse bisogno di chiederglielo, mi ha subito detto cosa significasse per lei ragionare in ottica di prevenzione:

attuare una politica di prevenzione significa anche potersi inserire in un tessuto sociale più ampio: scuole, ospedali, ASL... Rendere fruibile un servizio vuol dire renderlo pensabile e per molte persone andare in terapia non lo è, per molti motivi, dogmi sociali, stigma fortissimo. [...] Vuol dire scardinare proprio questi due punti e poter intervenire prima che si arrivi a situazioni di sofferenza tali per cui è più difficile recuperare in tempi brevi. (Intervista ad Anna del 2/4/2021)

Il discorso sulla prevenzione del malessere psichico ha avuto un ruolo importante durante le interviste e, nonostante il filtro che spesso ha rappresentato il computer, ho potuto quanto a tutti gli intervistati stesse a cuore divulgare il proprio sapere e diffondere la consapevolezza che la salute mentale debba essere pubblica e non una semplice "questione privata". In questa prospettiva, immaginare che un evento di portata globale possa essere governato esclusivamente in una prospettiva emergenziale significa fare in modo che i problemi che affliggono la nostra società si cronicizzino, diventando impossibili da superare, generando sempre più disuguaglianze e sofferenza.

Per fare uno scatto in avanti, è necessario muoversi non solo nel campo della prevenzione, ma soprattutto nel campo della promozione della salute. Come mi ha riferito anche Diego, «Se io non so cos'è quella cosa lì, anche se mi dici che posso utilizzarla, io non la utilizzo». In questo senso, infatti, fare informazione e divulgazione sulla salute mentale significa muoversi nel campo della promozione della salute e della prevenzione. Ritengo che tali questioni meriterebbero degli approfondimenti in futuro.

Non c'è salute senza salute mentale: uno sguardo in prospettiva

L'impossibilità di programmare, di prendere decisioni a lungo termine, di poter incontrare i propri affetti e le proprie reti sociali, il distanzia-

mento fisico e la solitudine hanno avuto delle conseguenze sulla nostra vita. Insieme a queste emozioni la pandemia ha reso più evidenti fenomeni già esistenti, quali povertà, violenza sistemica e strutturale contro donne e soggettività LGBTQIA+, amplificando episodi di discriminazione e intolleranza. In generale, la pandemia causata da SARS-Cov-2 ha reso urgente un ripensamento complessivo del Sistema sanitario nazionale. Stando a un rapporto di AlmaLaurea risalente al 2018 «il 67,1% dei laureati in Psicologia lavora nel settore privato. È occupato nel ramo dei servizi sociali e personali il 35,2% dei laureati, del commercio il 16,8% e dell'istruzione e ricerca il 15,0%»²¹. Questa discrepanza – emersa anche durante l'incontro etnografico – tra il settore pubblico e privato comporta una grande difficoltà nel garantire continuità nei percorsi di cura. Affinché tale processo possa essere praticabile, occorre promuovere una cultura della salute e dei servizi capace di creare cittadinanza cognitiva e politica per l'azione locale dei servizi territoriali in senso partecipativo, mettendo in rete i contributi che ciascuno può offrire, proprio nello spirito della *Comprehensive Primary Health Care*²² (QUARANTA 2020). Come si legge nell'articolo di Gavino Maciocco pubblicato su *Salute Internazionale*:

La Banca Mondiale, divenuta nell'era neo-liberista di Ronald Reagan e Margaret Thatcher il vero *dominus* delle politiche sanitarie internazionali, attaccò frontalmente le conclusioni della Conferenza di Alma Ata: quel tipo di PHC era troppo costoso per i paesi in via di sviluppo (e questi paesi dovevano spendere quasi niente per la sanità) e andava sostituito con un modello diverso, basato su un numero molto ristretto e selezionato di interventi (*selective PHC*, in alternativa alla *comprehensive PHC*). Il dibattito sulle due diverse strategie della PHC ne sottendeva un altro: quale doveva essere il modo migliore di organizzazione ed erogazione dei servizi sanitari, orizzontale o verticale? Dove l'approccio orizzontale si propone di affrontare i problemi di salute della popolazione con la creazione di un solido sistema permanente di servizi sanitari generali di primo, secondo e terzo livello, e dove invece l'approccio verticale tende ad affrontare i diversi problemi di salute con l'istituzione di organizzazioni ad hoc. In sostanza l'approccio orizzontale è focalizzato sulle persone e sulla comunità, quello verticale sulle malattie. Le grandi agenzie internazionali, dalla Banca Mondiale all'Unicef, dagli anni '80 optarono per l'approccio verticale, annullando di fatto il ruolo della PHC nei paesi che dipendevano dai prestiti e dagli aiuti internazionali²³.

La riflessione di Maciocco restituisce pienamente il tortuoso percorso delle cure primarie da Alma Ata a oggi. Tuttavia, ritengo che la *Primary Health Care* (PHC) possa essere una funzionale chiave di lettura per ragionare un possibile rinnovamento dell'attuale Ssn che appare sempre più distante

dai reali bisogni di salute dei cittadini e inefficace nel creare delle risposte di partecipazione e di fiducia. Oggi PHC significa promuovere la salute attraverso la partecipazione per fornire a individui e collettività delle strategie utili a ottenere una piena autodeterminazione. In quest'ottica, anche nel campo della salute mentale, appare chiaro come delle scelte strategiche e di posizionamento siano fondamentali per costruire un sistema di salute accessibile ed eguale per tutti. Come scrive Minelli:

Diffusa è la consapevolezza fra gli operatori che per intervenire sui problemi di salute mentale il contesto più adeguato è la rete di relazioni negli ambienti in cui le persone vivono. Di fatto, solo un'organizzazione territoriale di servizi culturalmente sensibili, proattivi, in rapporto dinamico con le forme di vita comunitaria, può contribuire e produrre salute collettiva in una concreta realtà storica. (MINELLI 2020: 143)

Restano, tuttavia, ancora delle questioni aperte su cui si spera di essere in grado di costruire interlocuzioni e ulteriori spazi di ricerca in futuro. Volendo dare qualche spunto ulteriore, potrebbe essere utile continuare a indagare il rapporto tra il settore privato e quello pubblico e continuare a interrogarsi su come migliorare la sinergia tra questi mondi. In questa prospettiva credo che possa essere fondamentale provare a re-immaginare il ruolo delle comunità e dei soggetti coinvolti come attori dotati di *agency*: ciò vuol dire mettere in comunicazione il sapere biomedico con quelli che abbiamo già riconosciuto essere i rapporti di potere e le dinamiche politiche ed economiche esistenti, oltre che con le prospettive e i differenti punti di vista delle persone coinvolte, frutto di esperienze, vissuti, relazioni, credenze condivise e/o individuali:

Questo richiederà il superamento della sanità d'attesa, attraverso l'implementazione di azioni di salute d'iniziativa, l'incorporazione all'interno del sistema di funzioni, luoghi, spazi e competenze che rendano possibile la comunicazione, la mediazione e l'*empowerment* reciproco degli attori in campo: individui, comunità, servizi, gestori e decisori politici. La partecipazione, dunque, non dovrà dunque essere intesa in un'ottica di controllo sociale dei servizi, ma come un processo di co-costruzione dei percorsi assistenziali, delle politiche pubbliche per la salute e di una presa in carico integrata e comune, che sappia rispondere ai bisogni delle collettività. (*Primary Health Care*, Centro Salute Internazionale-Aps)

Dunque, proprio la mancanza di organico, i tagli e i dislivelli tra le Regioni rappresentano il principale ostacolo al libero accesso alla sanità pubblica. Tale insufficienza è ancora più significativa quando si parla di salute mentale. Sono molte le iniziative di monitoraggio a livello nazionale – e talvolta locale – sulle condizioni in cui versano i Dipartimenti di salute mentale.

Tuttavia, spesso si tratta di monitoraggi con scarse ricadute territoriali. Infatti, è proprio dal livello nazionale al locale le iniziative non trovano ricadute concrete ed è proprio qui che andrebbe restituita centralità alle comunità.

Immaginare che un evento di portata globale possa essere governato esclusivamente in modo emergenziale significa far sì che i problemi che affliggono la nostra società si cronicizzino, diventando impossibili da superare, generando sempre più disuguaglianze e sofferenza. Queste questioni non sono secondarie se pensiamo alle conseguenze a lungo termine della pandemia. Ogni esperienza raccolta durante le interviste costituisce un tassello utile per capire quanto sia centrale il ruolo della politica nella concertazione dei servizi sociosanitari. Dal campo è emerso, infatti, un contesto molto frammentato, in cui le risposte sono molto spesso diversificate da regione a regione. Per quanto riguarda la risposta dei presidi locali pubblici e privati mi sono state riportate delle differenze significative che meriterebbero delle comparazioni in futuro.

Note

⁽¹⁾ Questa necessità di riconoscimento si è sentita in modo molto evidente durante le interviste, ma non va intesa come un riconoscimento legale e di ruolo all'interno delle strutture sociosanitarie, quanto più a livello sociale e culturale, incentivando i meccanismi che facilitano l'accesso a questo tipo di prestazione sanitaria, ma anche spiegando l'importanza del lavoro sociale e di cura non come una vocazione. Quando ho iniziato la ricerca per la tesi, il bisogno di supporto psicologico per gli effetti della pandemia era appena diventato evidente. In questo caso, dunque, parlare di riconoscimento è utile a sottolineare il fatto che, a fronte di un grande bisogno, anche il supporto psicologico è stato demandato al volontariato generato dalle cordate e dalle reti di solidarietà che si sono attivate durante il primo *lockdown*. Volendo analizzare tale questione criticamente e con gli strumenti dell'antropologia, mi servirò delle riflessioni di Valentina Porcellana che nel suo libro su antropologia e welfare, citando de Leonardis, scrive: «oggi, l'allentamento dei diritti sociali e di cittadinanza lascia ampi vuoti in cui si moltiplicano le lacerazioni del tessuto sociale che creano divisioni nelle culture, nei sistemi simbolici, e crescono le forme di aggregazione frammentarie per segmenti e per opposizioni, in cui si alimentano logiche amico/nemico e regimi della paura e dell'autorità. Uno dei rischi del mercato sociale è appunto quello di alimentare e legittimare forme di privatismo in sistemi sociali e territoriali spesso già frammentati e parcellizzati. Il ricorso al volontariato, per esempio, è valutato generalmente in termini positivi, dati i suoi scopi "non utilitaristici" che sembrano opporsi alle logiche del mercato [...]. Il volontariato si esprime in un'ampia eterogeneità di forme che contribuiscono a orientare il campo delle politiche sociali in esso è considerato "buono per definizione" quando invece può rappresentare "la buona coscienza

della cattiva società”. La solidarietà su cui sembra basarsi l’azione volontaria, perlopiù di derivazione caritativa cristiana, più che richiamare i legami sociali designa una disposizione morale verso l’altro che appartiene alla coscienza del singolo individuo e ai principi morali che questi sceglie di seguire. All’interno del mercato sociale, la solidarietà, intesa come identificazione con una comunità di appartenenza, per differenza e opposizione da altre comunità e dalla società nel suo insieme, ha i connotati di un fatto di coscienza personale. Ciò rientra nelle tendenze attuali di mettere al centro l’individuo, ma senza che questo implichi reciprocità e dunque relazione» (PORCELLANA 2021: 32-33). Porcellana continua poi analizzando le implicazioni della teoria antropologica maussiana sul dono che, in questo caso, fa riflettere su quanto il lavoro di produzione e riproduzione sociale non sia, come dicevo in precedenza, da intendersi come un *bullshit job* o una vocazione in senso weberiano, ma sia da intendersi come lavoro a tutti gli effetti e degno del riconoscimento delle altre categorie mediche e sanitarie. Da qui si è reso necessario un cambio di prospettiva per cercare di immedesimarmi e mettermi nei panni dei miei interlocutori.

⁽²⁾ Per ulteriori approfondimenti si veda: <https://www.psy.it/la-professione-di-psicologo-e-professione-sanitaria.html#:~:text=La%20professione%20di%20psicologo%20%C3%A8%20annoverata%20tra%20le%20professioni%20sanitarie,garantisce%20cure%20gratuite%20agli%20indigenti> (consultato il 13 maggio 2022).

⁽³⁾ Secondo i dati ISTAT di dicembre 2021 sull’occupazione, su 101mila nuovi disoccupati, 99mila sono donne. Questi numeri sono solo un esempio, ma mostrano ancora una volta come le crisi e i loro effetti sono tutt’altro che neutri. L’aumento del tempo passato tra le mura domestiche, inoltre, è stato causa di un incremento delle violenze, con conseguenze non indifferenti anche sulla salute mentale. Nel primo semestre del 2020, infatti, i femminicidi sono stati il 10% in più rispetto ai primi sei mesi del 2019; tra questi, il 90% è stato compiuto da persone della cerchia familiare e affettiva delle vittime. A tutto questo, sommiamo le violenze – aumentate con le restrizioni dovute alla pandemia – subite dalle persone LGBTQIA+ e denunciate dalle associazioni e dai collettivi politici. Le associazioni e i movimenti registrano, in generale, un aumento delle disuguaglianze sociali in tutti gli aspetti della vita (lavoro, salute, istruzione, in particolare). Per ulteriori approfondimenti si veda: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/338199> (consultato il 28 dicembre 2021); <https://sbilanciamoci.info/la-controfinanziaria-2022-di-sbilanciamoci/> (consultato il 28 dicembre 2021); <https://sbilanciamoci.info/la-spesa-dello-stato-secondo-lagenda-2030/> (consultato il 28 dicembre 2021); <https://www.nbst.it/993-effetti-di-covid-19-sulle-disuguaglianze-valutare-rispondere-mitigare-%20impatto-socioeconomico-sulla-salute-per-costruire-un-futuro-migliore.html> (consultato il 28 dicembre 2021); <https://sbilanciamoci.info/prima-le-persone-pandemia-e-riduzione-delle-disuguaglianze/> (consultato il 28 dicembre 2021).

⁽⁴⁾ Utilizzo in questa sede i termini “utente” o “paziente” perché sono stati utilizzati direttamente dagli intervistati per praticità di lessico, ma – come è emerso in un’intervista non citata in questo testo – questo linguaggio veicola un messaggio di “malattia” e di medicalizzazione per quanto riguarda “paziente” e di aziendalizzazione della salute per quanto riguarda “utente”. Quando si parla di mente – o meglio di “non salute mentale”, come mi ha riportato l’intervistato in questione – il termine malattia si configura

come fortemente organicistico. L'obiettivo dovrebbe essere quello di allontanarci da una visione della salute mentale puramente biologica, iper-medicalizzata, perché così facendo riusciamo a tenere davvero in conto di tutte le determinanti in salute, da quella fisica a quella mentale. Mi ritrovo in questa posizione, che può essere estesa anche al concetto di utente.

⁽⁵⁾ I nomi degli psicoterapeuti e degli psicologi citati, insieme a qualunque altra informazione che potesse rendere facilmente riconoscibili i soggetti che hanno preso parte alla ricerca, sono stati opportunamente modificati per questioni di anonimato e di tute della privacy, salvo laddove richiesto diversamente dagli intervistati e dalle intervistate. La scelta di non utilizzare un lessico inclusivo è funzionale a semplificare quanto più possibile la fruizione del testo. Ritengo opportuno specificare che nessun paziente ha preso parte alla ricerca, non essendo i principali soggetti della ricerca. Fatta salva questa premessa, il loro punto di vista è stato tenuto sempre in considerazione in quanto specifico posizionamento.

⁽⁶⁾ Nello specifico: uno psicoterapeuta delle emergenze; uno studente di psicologia selezionato per la esperienza di referente di Microarea nel contesto triestino; una psicoterapeuta sistemico-relazionale e una psicologa specializzanda Gestalt scelte per aver partecipato a sportelli di sostegno psicologico durante il *lockdown*; uno psicoanalista specializzato in DCA (disturbi del comportamento alimentare); un neuropsichiatra infantile; il restante gruppo è composto da psicoterapeute cognitivo-comportamentali.

⁽⁷⁾ Mutuo la definizione di posizionamento da Adrienne Rich e dalla teoria femminista, per cui "posizionarsi" significa riconoscere che si parte sempre da una prospettiva situata, non imparziale, definita dalle diverse condizioni materiali e simboliche in cui ognuna/o vive. La questione del posizionamento in antropologia ci ricorda come la relazione e l'incontro etnografico avvengano tra biografie, persone e corpi, come ci ricordano Malighetti e Molinari (MALIGHETTI, MOLINARI 2016: 191-192).

⁽⁸⁾ Riprendo la riflessione di Horwitz e Wakefield in merito a psichiatria e medicalizzazione: «Negli ultimi decenni la medicalizzazione ha costituito una delle principali tendenze sociali nelle società occidentali. Con essa si fa riferimento alla definizione e/o al trattamento medico (in questo caso, psichiatrico) di alcune condizioni che in precedenza non erano considerate alla stregua di malattie» (WAKEFIELD, HORWITZ 2009).

⁽⁹⁾ In *The Empire of Trauma*, Fassin e Rechtman ci restituiscono un contributo fondamentale sia sull'analisi delle emergenze sia sulle implicazioni che queste hanno nella vittimologia psichiatrica. In particolare, le loro pagine risultano interessanti poiché mostrano: «come gli attori sociali, ovviamente psichiatri e psicologi, ma anche vittime di incidenti, rifugiati, avvocati, militanti, si impadroniscono della categoria di trauma e della nozione di disturbo post-traumatico da stress, se ne appropriano, le riformulano oppure le trasfigurano». È proprio a partire da questa riappropriazione che si concentra questa riflessione. Utilizzare delle categorie dei saperi psicologici e psichiatrici non è, in questa sede, volto a tracciare una lettura psicologica della crisi, ma è utile per restituire la portata generale dell'evento di cui siamo stati testimoni. Inoltre, come continuano gli stessi autori: «È un modo di testimoniare il nostro debito nei confronti di quegli operatori che hanno accettato di lasciarci posare uno sguardo critico sulle loro pratiche; è un modo altresì di testimoniare la speranza che questo lavoro possa

⁽¹⁸⁾ Per un ulteriore approfondimento si veda: <https://medicoepaziente.it/2022/covid-e-salute-mentale-stress-ansia-e-depressione-dopo-la-pandemia/>; <https://www.fatebenefratelli.it/blog/salute-mentale-irccs-brescia>; <https://www.secondowelfare.it/primo-welfare/innovazione-sociale/la-salute-mentale-tra-emergenza-covid-19-e-innovazione-sociale/> (consultato il 26 ottobre 2022).

⁽¹⁹⁾ Come riporta Guglielmo Propersi nel suo articolo intitolato *La competenza organizzativa come funzione psicologica nei Centri di Salute Mentale*: «Nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale italiano e delle sue articolazioni regionali, il Centro di salute mentale (CSM) è il servizio territoriale deputato al coordinamento degli interventi che trattano i problemi psichici dei cittadini. È parte del Dipartimento di Salute Mentale (DSM), che comprende anche il Servizio psichiatrico di diagnosi e cura (SPDC), le strutture semiresidenziali e residenziali. Attualmente la domanda rivolta al CSM può essere suddivisa in due aree: da un lato quella della malattia mentale, ovvero dei casi complessi, e dall'altro quella dei disturbi emotivi comuni (DEC) (CARLI, 2011; VARI, 2014). Nel corso degli ultimi anni, anche in rapporto alla progressiva diminuzione di risorse, il mandato istituzionale rivolto al Centro di salute mentale ha sempre più sollecitato l'impegno a considerare prioritario l'intervento con i casi complessi, limitando quello con i pazienti diagnosticati nella sfera dei DEC (Ministero della Salute, 2013). Tuttavia, l'area dei disturbi emotivi comuni rappresenta la maggior parte delle nuove domande ai CSM (Ministero della salute, 2016) e il suo trattamento si configura sovente come la principale area di tirocinio per gli psicologi specializzandi». L'analisi di Propersi è utile poiché mette in luce la conoscenza pregressa che i servizi avevano rispetto ai bisogni di salute mentale e che in modo continuativo poi vengono esposti dal SISM e dai vari Tavoli Tecnici ministeriali. In questa sede questa digressione ci serve per spiegare quanto sia rilevante agire in un'ottica di prevenzione.

⁽²⁰⁾ Per un ulteriore approfondimento si veda: <https://crpc.fitzcarraldo.it/come-pu%C3%B2-la-prospettiva-antropologica-dar-senso-al-dialogo-interculturale> (consultato il 6 ottobre 2022).

⁽²¹⁾ Dati di AlmaLaurea sul percorso formativo delle lauree in Psicologia: <https://www.alma laurea.it/informa/news/2019/05/08/la-laurea-magistrale-biennale-psicologia> (consultato il 19 settembre 2022).

⁽²²⁾ Per un ulteriore approfondimento si veda: https://www.treccani.it/magazine/atlan te/cultura/Storie_Virali_Prospettiva_globale.html (consultato il 6 ottobre 2022).

⁽²³⁾ Per un ulteriore approfondimento si veda: <https://www.saluteinternazionale.info/2018/10/alma-ata-declaration-2-0/> (consultato il 29 novembre 2021).

Bibliografia

AIMA M. (2022), *Come può la prospettiva antropologica dare senso al dialogo interculturale?*, <https://crpc.fitzcarraldo.it/come-pu%C3%B2-la-prospettiva-antropologica-dar-senso-al-dialogo-interculturale> (Consultato il 6 ottobre 2022).

APPADURAI A. (2012 [1996]), *Modernità in polvere*, Raffaello Cortina, Milano.

BODINI C., QUARANTA I. (2021), *COVID-19 in Italy: A New Culture of Healthcare for Future Preparedness*, pp. 443-455, in LENORE MANDERSON L., BURKE N.J. WAHLBERG A. (a cura di), *Viral Loads. Anthropologies of Urgency in the Time of COVID-19*, UCL Press, London.

CANTELMI T. *et al.* (2020), *COVID-19: impatto sulla salute mentale e supporto psicosociale*, "Modelli della Mente", 1: 7-39.

CIAMBEZI L. *et al.* (2020), *Prima le persone: Covid e riduzione delle disuguaglianze*, <https://sbilanciamoci.info/prima-le-persone-pandemia-e-riduzione-delle-disuguaglianze/> (Consultato il 28 dicembre 2021).

CRENSHAW K. (1989), *Demarginalizing the Intersection of Race and Sex: a Black Feminist Critique of Antidiscrimination Doctrine, Feminist Theory and Antiracist Politics*, "The University of Chicago Legal Forum", Vol. 140(1): 139-167.

CUONO M., BARBERA F., CERETTA M. (2021), *L'emergenza Covid-19. Un laboratorio per le scienze sociali*, Carocci, Roma.

D'AUTILIA M.L. (2021), *La spesa dello Stato secondo l'Agenda 2030*, <https://sbilanciamoci.info/la-spesa-dello-stato-secondo-lagenda-2030/> (Consultato il 28 dicembre 2021).

FACCHI E., CARDAMONE G. (2017), *La salute mentale pubblica riformata dalla Legge 81: criticità e prospettive*, "GRUPPI", 1: 41-49.

FASSIN, RECHTMAN (2009), *The Empire of Trauma. An Inquiry into the Conviction of Victimhood*, Princeton University Press, Princeton.

GOOD B. (1999 [1994]), *Narrare la malattia*, Edizioni di comunità, Torino.

GUIGNONI, FERRARI (2020), *Pandemia 2020. La vita quotidiana in Italia con il Covid-19*, M & J Publishing House, Danyang.

HORTON R. (2020), *Offline: Covid Is Not a Pandemic*, "The Lancet", Vol. 396(10255): 874.

KLEINMAN A., DAS V., LOCK (a cura di) (1997), *Social Suffering*, University of California Press, Berkley.

KOHR B.A., MENDENHALL E. (2016), *Global Mental Health. Anthropological Perspectives*, Routledge, New York.

MACIOCCO G. (2018), *Alma-Ata Declaration 2.0*, <https://www.saluteinternazionale.info/2018/10/alma-ata-declaration-2-0/> (consultato il 29 novembre 2021).

MALIGHETTI, MOLINARI (2016), *Il metodo e l'antropologia. Il contributo di una scienza inquieta*, Raffaello Cortina, Milano.

MINELLI M. (2020), *Salute mentale e territorio*, "AM. Rivista della Società italiana di antropologia medica", 40: 129-162.

MINISTERO DELLA SALUTE (2021), *Tavolo Tecnico Salute Mentale*, https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_3084_allegato.pdf (consultato l'11 ottobre 2022).

MINISTERO DELLA SALUTE (2020), *Rapporto salute mentale. Analisi dei dati del Sistema Informativo per la Salute Mentale (SISM). Anno 2020*, https://www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6_2_2_1.jsp?lingua=italiano&id=3212 (consultato l'11 ottobre 2022).

MORETTI C. (2022), *Persona, corpo e malattia. Il contributo dell'antropologia medica allo sviluppo di una medicina critica e autoriflessiva*, "AM. Rivista della Società italiana di antropologia medica", 54: 163-178.

NOVELLI I., VENEZIANO G. (2022), *La salute mentale tra emergenza Covid-19 e innovazione sociale* <https://www.secondowelfare.it/primo-welfare/innovazione-sociale/la-salute-mentale-tra-emergenza-covid-19-e-innovazione-sociale/> (consultato il 26 ottobre 2022).

- PECCARISI C. (2022), *COVID e salute mentale. Stress, ansia e depressione dopo la pandemia*, <https://medicoepaziente.it/2022/covid-e-salute-mentale-stress-ansia-e-depressione-dopo-la-pandemia/> (consultato il 26 ottobre 2022).
- PITZALIS S. (2018), *La costruzione dell'emergenza. Aiuto, assistenza e controllo tra disastri e migrazioni forzate in Italia*, "Argomenti. Rivista di economia, cultura e ricerca sociale", 10: 103-132.
- PIZZA G. (2005), *Antropologia medica: saperi, pratiche e politiche del corpo*, Carrocci Editore, Roma.
- PORCELLANA V. (2021), *Antropologia del welfare. La cultura dei diritti sociali in Italia*, Licosia Editore, Ogliastro Cilento.
- QUARANTA I. (2006), *Introduzione*, "Antropologia", 8: 5-15.
- QUARANTA I. (2014), *Antropologia medica e salute globale*, "AM. Rivista della Società italiana di antropologia medica", 37: 127-146.
- QUARANTA I. (2021), *Storie virali. Prospettiva globale e partecipazione comunitaria*, https://www.treccani.it/magazine/atlanter/cultura/Storie_Virali_Prospettiva_globale.html (consultato il 6 ottobre 2022).
- QUARTA L. (a cura di) (2020), *L'impero del trauma. Nascita del concetto di vittima*, Meltemi, Sesto San Giovanni.
- SARACENO B. (2018), *Che cosa è oggi la psichiatria? Luci e ombre della Global Mental Health*, "Rivista delle Politiche Sociali / Italian Journal of Social Policy", 2: 21-34.
- SINGER M. et al. (2017), *Syndemics and the Biosocial Conception of Health*, "The Lancet", Vol. 389 (10072): 941-950.
- SINGER M., CLAIR S. (2003), *Syndemics and Public Health: Reconceptualizing Disease in Bio-Social Context*, "Medical Anthropology Quarterly", Vol. 17(4): 423-441.
- STARACE F. (2022), *Il finanziamento pubblico della Salute Mentale e la necessità di un intervento straordinario*, https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=104573#:~:text=In%20Italia%20la%20spesa%20per,anche%20nelle%20Regioni%20e%20PP (consultato: 11 ottobre 2022).
- TAVAZZA G. (2005), *Prevenzione come cultura della salute mentale*, pp. 208-215, in DIGILIO G. (a cura di), *Pratiche e politiche per la salute mentale: insieme contro lo stigma: esperienze e progetti a Roma*, Armando Editore, Roma.
- MINISTERO DELLA SALUTE (2019), *Tavolo di lavoro Tecnico salute mentale*, <https://www.salute.gov.it/portale/saluteMentale/dettaglioContenutiSaluteMentale.jsp?lingua=italiano&id=5231&area=salute%20mentale&menu=azioni> (Consultato l'11 ottobre 2022).
- TOMBESI A. (2021), *Zona bianca, gialla, arancione e rossa. Come funziona l'Italia a colori*, https://www.huffingtonpost.it/entry/cerano-una-volta-i-colori-limpianto-anti-covid-italiano-che-non-vede-ancora-la-fine_it_6192294ae4b06c5987ca09e4/ (Consultato il 20 dicembre 2021).
- TROUT, KLEINMAN, A. (2020), *Covid-19 Requires a Social Medicine Response*, "Frontiers in Sociology", Vol. 5, 26 ottobre 2020, <https://doi.org/10.3389/fsoc.2020.579991>.
- VENDER S. (2005), *Stigma interiorizzato e vergogna*, "Noos", Vol. 11(3): 233-243.
- VENDER S., POLONI N., GAMBARINI S. (2005), *La stigmatizzazione nella storia e nella cultura*, "Noos", Vol. 11(3): 149-166.
- WAKEFIELD J., HORWITZ A. (2009), *La medicalizzazione della tristezza: come la psichiatria ha trasformato una semplice emozione in un disturbo mentale*, "Salute e Società", 2: 56-74.

WHO (2020), *Health Inequity and the Effects of COVID-19: Assessing, Responding to and Mitigating the Socioeconomic Impact on Health to Build a Better future*, <https://apps.who.int/iris/handle/10665/338199> (consultato il 28 dicembre 2021).

Scheda sull'Autrice

Alice Checchia è nata a Corato (BA) il 16 aprile 1994. Dopo essersi laureata presso l'Università di Bologna con una tesi in antropologia culturale intitolata *NI UNA MENOS, VIVAS NOS QUEREMOS. Autonomia e autogestione contro la violenza di genere*, ha proseguito i suoi studi in antropologia presso la stessa università laureandosi con una tesi in Antropologia del corpo e della malattia dal titolo *Oltre l'emergenza. La salute mentale attraverso gli occhi di psicologi e psicoterapeuti*. I suoi interessi di ricerca vertono in particolare sui temi della salute globale e territoriale, sulle politiche sociosanitarie di prossimità e di promozione e all'accessibilità alla salute. Durante il suo percorso di studi si interessa anche di violenza strutturale e violenza simbolica, genere, transfemminismi, con un'attenzione particolare ai percorsi di autodeterminazione e uscita dalla violenza.

Riassunto

Oltre l'emergenza: Covid-19 e psicopandemia in una prospettiva antropologica

Il presente lavoro esamina l'impatto psicologico e sociale della pandemia da Covid-19 attraverso la prospettiva situata di psicologi e psicoterapeuti. L'esperienza maturata sul campo ci ha portato a riflettere su quanto il Covid-19 sia una "malattia sociale" e del suo forte impatto in termini di sofferenza sociale. Scopo del presente lavoro è quello di analizzare, insieme ai professionisti del settore, la riconfigurazione dell'attuale modello di gestione e presa in carico dei pazienti e analizzare criticamente il ruolo degli operatori sociosanitari nell'ambito della salute mentale durante la pandemia.

Parole chiave: pandemia, salute mentale, salute globale, salute pubblica

Resumen

Más allá de la emergencia: Covid-19 y la psicopandemia desde una perspectiva antropológica

Este artículo examina el impacto psicológico y social de la pandemia de Covid-19 desde la perspectiva de los psicólogos y psicoterapeutas que han trabajado en este campo. Nuestra experiencia sobre el terreno nos ha llevado a reflexionar sobre hasta qué punto Covid-19 es una "enfermedad social" y su considerable impacto en términos de sufrimiento social. El objetivo de este estudio es analizar, junto con los profesionales del sector, la reconfiguración del modelo actual de gestión y atención a los pacientes así que analizar críticamente el papel de los trabajadores sociales y sanitarios en el ámbito de la salud mental durante la pandemia.

Palabras clave: pandemia, salud mental, salud global, salud pública

Résumé

Au-delà de l'urgence: la Covid-19 et la psycho-pandémie dans une perspective anthropologique

Cet article examine l'impact psychologique et social de la pandémie de Covid-19 à travers la perspective de psychologues et psychothérapeutes ayant travaillé dans ce domaine. Notre expérience sur le terrain nous a amenés à réfléchir à la mesure dans laquelle la Covid-19 est une «maladie sociale» et à son impact considérable en termes de souffrance sociale. L'objectif de ce travail est d'analyser, avec les professionnels du domaine, la reconfiguration du modèle actuel de gestion et de prise en charge des patients et d'analyser de manière critique le rôle des travailleurs sociaux et sanitaires dans le domaine de la santé mentale pendant la pandémie.

Mots-clés: pandémie, santé mentale, santé mondiale, santé publique

