

Affrontare l'emergenza tra paura, trauma, regressione

Leonardo Speri

Psicologo, psicoterapeuta, psicosocioanalista, presidente di ARIELE Psicoterapia

La pandemia rappresenta uno stress test per la comunità e le sue strutture sanitarie. Nel caso delle terapie intensive neonatali (TIN), prese a esempio, si è assistito a un diffuso ripiegamento verso modalità di chiusura ai genitori, anche in contrasto con le linee guida disponibili e nonostante le evidenze consolidate circa gli esiti in salute del loro ruolo di caregiver. Le scelte difformi dei vari gruppi di lavoro si spiegano con le diverse capacità di affrontare le perturbazioni emotive interne, in misura della solidità del processo di costruzione e di profonda interiorizzazione dei modelli di cura inclusivi. Vengono analizzate le principali dinamiche psicologiche slatentizzate ed enfatizzate dalla pandemia, in particolare il distacco difensivo dalle relazioni emotivamente coinvolgenti, e come le risposte emotive individuali trovino risonanza negli assetti organizzativi, nei gruppi di lavoro, nei servizi e nei vari livelli istituzionali. Comprendere su quali elementi poggino le risposte resilienti e non regressive al trauma collettivo nelle emergenze, permette di individuare quali percorsi vadano attivati per riannodare legami costruttivi tra professionisti e con i genitori "caregiver", rafforzando la coesione di gruppo verso l'obiettivo primario della cura.

The pandemic represents a stress test for a community and its health services. For NICU for example a there has been a widespread withdrawal towards parental closures, in contrast with the available guidelines and despite the consolidated evidence regarding the health outcomes of their role as caregivers. The different choices of the various working groups can be explained by the different abilities to deal with internal emotional disturbances, to the extent of the solidity of the process of construction and deep interiorization of inclusive care models. The main psychological dynamics revealed and emphasized by the pandemic are analyzed, in particular the defensive detachment from emotionally involving relationships, and how individual emotional responses find resonance in organizational structures, working groups, services and in various institutional levels. Understanding which elements the resilient and non-regressive responses to collective trauma in emergencies rest on, allows us to identify which paths must be activated to re-establish constructive bonds between professionals and with the "caregiver" parents, strengthening group cohesion towards the primary goal of care.

Questo contributo riprende e approfondisce la relazione presentata il 12 dicembre 2020 in occasione del III Convegno "La famiglia nella terapia intensiva neonatale": Leonardo Speri, "SIN Informa 88, 2021. Paura, trauma, regressione: le UTIN di fronte alla pandemia". L'autore esprime uno speciale ringraziamento a Gina Ancora e Giovanna Bestetti per l'invito a un dialogo ricco di stimoli e coinvolgente sul piano umano e professionale, a Monica Ceccatelli di Vivere Onlus – voce dei genitori, e ai tanti operatori che hanno generosamente messo a disposizione le proprie esperienze e i propri vissuti.

Parte I: i gruppi di lavoro tra linee guida ed emozioni

Perché parlarne

In questi mesi i concetti di paura e di trauma, singolo e collettivo, sono stati inevitabilmente oggetto di molte riflessioni, tra-

missioni nei diversi media, articoli divulgativi e scientifici, questi ultimi a opera di colleghi particolarmente autorevoli e popolari. È una reazione di cui si comprende bene la necessità: parlare è un tentativo di esorcizzare gli effetti caratteristici del trauma, in primo luogo la cancellazione del pensiero e l'interruzione del contatto con la realtà, e cercare di riportare l'esperienza sotto il nostro controllo. Parlare di quello che accade ha a che fare con la spinta a sottrarsi alla pressione emotiva, a evitare il confinamento nell'inerzia o lo slittamento nel panico e in un'iperattività afinalistica, per non subire passivamente e non venire travolti dall'enormità paralizzante e sconvolgente di quanto sta accadendo. Parlare, sia detto per inciso, è anche la strategia su cui poggiano gli interventi in psicologia dell'emergenza. Non si tratta solo di liberare le energie e i pensieri bloccati: parlare presuppone anche un interlocutore,

una relazione tra persone, una connessione, ed è quindi il tentativo di ripristinare il legame sociale interrotto dall'esperienza traumatica. Ma qui dobbiamo assumere un compito più ambizioso di una liberatoria esternazione di vissuti e pensieri. A partire dall'esempio delle terapie intensive neonatali, valido anche per gli ospedali nel percorso o riconosciuti dall'UNICEF "Amici dei Bambini", e, più in generale, a tutte le strutture sanitarie, dobbiamo cercare di comprendere perché vengano abbandonate, o meno, pratiche inclusive delle famiglie, ovvero l'apertura ai "genitori caregiver", tornando a "genitori visitatori" rigorosamente separati dai loro piccoli. Quali potranno essere la portata reale e le conseguenze del trauma collettivo che stiamo attraversando, probabilmente lo capiremo meglio più avanti, quando saremo fuori dalla vicissitudine, che rende provvisori i pensieri che oggi vorrei condividere. Tuttavia è probabile che alcune questioni non siano così legate all'esperienza della pandemia e che questa sia solo un'occasione più tangibile per mettere a fuoco le difficoltà che da sempre si incontrano nei processi trasformativi e nella messa in pratica di saperi e modelli operativi di qualità, per quanto riconosciuti nell'evidenza e sostenuti dalle raccomandazioni.

Trauma, regressione, impotenza

Ma cosa succede al soggetto esposto al trauma? Nella fase acuta può manifestare una vera e propria paralisi motoria, congelato dall'esperienza "agghiacciante", oppure esprimere un'iperattività senza direzione, tesa solo all'espressione o, meglio, all'evacuazione dell'eccesso di eccitazione interna che lo sconvolge e travolge. In entrambi i casi in una dimensione di angosciosa impotenza. In termini generali, fatta salva quindi ogni variabilità soggettiva, l'esperienza traumatica (Box 1) comporta una lacerazione dell'apparato difensivo pazientemente costruito nel tempo dal soggetto e lo precipita per una china regressiva (Box 2) che riattualizza le dimensioni più arcaiche dell'esperienza psichica. In fondo a questa china troviamo lo stato di estrema impotenza tipicamente indotto dal trauma, con la morte del pensiero e con lui della capaci-

BOX 1. Breve sguardo clinico sul trauma

La letteratura psicodinamica sul trauma sottolinea il carattere inaspettato, lacerante, sovrachiarante di un evento a cui la persona risponde con una reazione di eccitazione superiore al tollerabile, che non trova sfogo in azioni di risposta protettive o riparatorie, e lascia tanto più paralizzati quanto più è elevata la tensione interna che rimane senza sbocco. La persona in stato di shock acuto è disconnessa, risucchiata dentro se stessa, non può né sentire né parlare.

“L’esplosione traumatica distrugge totalmente i confini che contengono o limitano l’angoscia, che è la reazione a un evento violento, così che l’emozione infinita disintegra istantaneamente la mente” [1].

Il trauma ferma il tempo e, nella fase più acuta, isola dall’ambiente, scardina i legami, sospende le relazioni. L’esperienza del trauma prolungata e ripetuta genera uno stato di stress permanente, che logora le capacità di risposta e cronicizza lo stato di malessere, con esiti più gravi (scissione psichica) rispetto al disturbo posttraumatico da stress (PSTD).

Come in ogni esperienza umana, la dimensione traumatica non è riconducibile soltanto all’evento in sé e alla sua intensità, ma in ciò che l’evento evoca nel soggetto esposto, che nella sua biodiversità psicologica, culturale e sociale può risultare più o meno vulnerabile, per il significato che l’evento assume rispetto alla sua vita psichica. Anche nelle comunità esposte ripetutamente a eventi stressanti si possono notare sia logoramento che forme di adattamento (*culture disaster*) [2], con diversi gradi di resilienza e un diverso prevalere di comportamenti difensivi di autoprotezione di tipo più o meno regressivo, rispetto alle conquiste acquisite nel sistema di regolazione delle relazioni sociali.

BOX 2. Breve sguardo clinico sulla regressione

In un’ottica psicoanalitica la regressione non è solo, come sappiamo, il ritorno a una fase passata e superata dello sviluppo, ma “designa il passaggio a modi di espressione e di comportamento di livello inferiore dal punto di vista della complessità, della strutturazione e della capacità di differenziazione” [3].

In realtà nei grandi traumi “la struttura psichica viene disarticolata, così che le parti non funzionano più come un insieme. [...] ciò può essere visualizzato come una regressione istantanea ai livelli più primitivi del funzionamento psichico. Questa visione dell’impatto dell’evento traumatico sulla struttura psichica ci permette di comprendere il processo che conduce alla morte psicogena [...]. Se si verifica una resa completa alla regressione, nessuna riarticolazione del sé è possibile dall’interno, poiché si è costituita nella mente la condizione primitiva di assoluta impotenza. In altre parole, la spinta alla sopravvivenza risulta inadeguata al compito di mantenere la sopravvivenza” [1].

ta creativa, quella che permette di cercare e trovare soluzioni. Nella lettura psicoanalitica, il paradigma della condizione di totale impotenza è la condizione originaria del neonato, impressa nell’esperienza primitiva di ognuno di noi, che viene riattualizzata dalla regressione legata al trauma. Il neonato dipende totalmente dagli altri per la liberazione dalla sua tensione interna, quella associata per esempio alla sete, alla fame, al contatto, ai suoi bisogni più impellenti per la sopravvivenza. Anche se sappiamo che il suo ruolo non è del tutto passivo e che da parte sua vengono messi in moto meccanismi di richiamo e di co-regolazione, questa dipendenza rimane radicale. Sappiamo anche che l’essere umano è di per sé al momento della nascita il mammifero più im-preparato ad affrontare il mondo e paradossalmente, proprio per questo, il più adattabile, ma quando nasce prima del termine questa condizione di insufficienza e fragilità viene di molto appesantita e diventa un problema. Le capacità del neonato pretermine di esprimere richiami diventano, proporzionalmente al grado di immaturità, più deboli e di sempre più difficile lettura. Il neonato pretermine, infatti, possiede competenze in via di sviluppo che solo un approccio specifico riesce a far emergere: basti pensare al sostegno di parametri indiretti a

cui si deve ricorrere per riconoscere e valutare il dolore e per quanto tempo il dolore di questi neonati sia stato clinicamente negato e socialmente ignorato [4].

Potenzialità, inadeguatezza e impotenza dei genitori

La condizione psicologica in cui versano i genitori traumatizzati dei piccoli pretermine va dal senso di inadeguatezza fino all’impotenza assoluta, e ne rispecchia la condizione. È questo quello che viviamo: il trauma e la conseguente impotenza, a dispetto dell’importanza di quello che si è capito e dimostrato scientificamente, con fatica e in tempi relativamente recenti, cioè che il loro contributo è vitale e non opzionale e che possono e devono essere messi in grado di agire. “In tutte le società umane e mammifere che si conoscono l’empatia garantisce la sopravvivenza delle nuove generazioni consentendo la comunicazione tra le figure parentali e il bambino” [5]. Sull’importanza del contatto empatico con i genitori per la sopravvivenza e il futuro sviluppo neurologico del bambino non mi soffermo oltre, dandola per acquisita, rimandando all’ormai consolidata letteratura disponibile [6], per concentrarmi sulle dinamiche psicologiche e istituzionali. I nostri genitori dei

nati pretermine sono alle prese con l’impulso a fare tutto quello che possono, ma questa propensione, naturale e potente, si confronta con l’impossibilità oggettiva di aiutare il loro piccolo senza l’intermediazione tecnologica e la competenza specialistica. La loro è un’attivazione fisiologica destinata a trasformarsi, se non sostenuta, in una penosa attivazione “a vuoto”. Questa propensione “naturale” a prendersi cura è una competenza implicita che attende di essere espressa, ma rischia di finire annichilita dall’enormità della difficoltà in cui versa il bambino e dallo scoraggiamento indotto dalla percezione soggettiva del divario tra le proprie “povere” capacità e il dispiegamento tecnologico e la competenza super-specialistica a cui la sua salvezza è affidata. Così, come in altre situazioni nel corso dello sviluppo, da parte dei sanitari più accorti dovrà essere ricordato innanzitutto a se stessi e ai genitori che sono questi ultimi “gli esperti del loro bambino” [7], in controtendenza rispetto a un passato ancora recente in cui la loro spinta alla protezione e alla cura si è a lungo confrontata con una barriera di vetro che li vedeva totalmente esclusi dall’esercizio del proprio compito di protezione e accudimento.

Barriere

Questa barriera è stata superata, faticosamente, nel tempo, anche se in modo non del tutto compiuto (nel 2018 sull’80% del totale delle TIN rispondenti, solo il 61% dichiarava un’apertura 24/24 h) [8], grazie alla sempre maggior consapevolezza del loro ruolo salvavita, e quindi di “caregiver e non più visitatori”, per riprendere lo slogan efficace, sintesi di una battaglia civile e scientifica che ha visto protagonisti genitori insieme a tanti professionisti della salute, liberando, è il caso di dirlo, energie positive e terapeutiche straordinarie. Una barriera che purtroppo, come rivelano dati recenti [9], nel pesante contesto epidemico in cui siamo finiti, si è repentinamente ricostruita, anche se in modo disomogeneo: non dappertutto e non con la stessa durata. È stata questa la risposta al trauma collettivo e ai suoi effetti a cui tutti siamo stati e continuiamo a essere esposti, con il prolungarsi del pericolo: chiudere. Un trauma nel trauma: genitori alle prese con il trauma personale della nascita prematura immersi in un trauma collettivo. Trauma anche per i gruppi di lavoro e dei servizi che hanno visto scardinate le sicurezze routinarie. In queste routine sono depositate le ansie della quotidianità professionale. La chiusura fisica rimanda infatti a una chiusura anche relazionale. La dimensione di isolamento, di “disconnessione” sociale è un effetto del trauma dal punto di vista

psichico del soggetto colpito, ma nel caso della pandemia anche del sistema di relazioni tra individui nella comunità. La connessione, l'incontro reciproco dello sguardo sono indispensabili per la sopravvivenza psichica: lo sguardo empatico della madre responsiva di cui parla Winnicott [10] ne è il paradigma e sta alla base dei meccanismi di regolazione emotiva, come ci ricorda Provenzi richiamando l'esperimento dello *still face* di Tronik [11]. La barriera relazionale che disconnette le persone annulla le possibilità di empatia e, nell'esercizio delle professioni di cura, la connessione emotiva con quello che si fa con l'altro: senza empatia curare diventa solo un atto tecnico e favorisce il meccanismo di reificazione dell'identità del paziente in una diagnosi e un processo di deumanizzazione (come vedremo oltre).

Genitore untore?

L'apertura ai genitori diventa quindi un importante indicatore della qualità di un servizio. A ben vedere già prima della pandemia non avevamo piena uniformità nei comportamenti delle varie strutture: pensiamo alla mancata universalità nell'applicazione delle linee guida e degli apprendimenti basati sull'evidenza, della Kangaroo Care e del sostegno all'allattamento, di strumenti NIDCAP – oriented, fino ai diversi livelli temporali di apertura come segno di una diversa disposizione culturale, relazionale e tecnica insieme. Dopo l'esplosione epidemica l'omogeneità di un'offerta assistenziale in lento ma progressivo miglioramento si è incrinata, accentuando la difformità delle scelte tra le terapie intensive neonatali nel gestire l'emergenza. Queste dissonanze tra gruppi di lavoro ci interrogano e ci invitano a concentrare l'attenzione sui meccanismi della paura, del trauma e della regressione non soltanto in termini individuali, ma anche di gruppo e istituzionali. Perché ci sono servizi in cui vince la regressione a un modello estremamente chiuso, restaurato sbrigativamente, *sic et simpliciter*, mentre per altri possiamo annotare, dopo un ripiegamento iniziale, uno sforzo diverso, teso a una riorganizzazione che permette la presenza dei genitori, in base a un insieme di differenti elementi di valutazione?

Più conosci meno tremi

Anche se non è l'unico elemento in gioco, il ruolo della paura (Box 3) è determinante. È interessante notare a questo proposito l'osservazione fatta da Alessandra Coscia [12]: "Le evidenze scientifiche relativamente tranquillizzanti hanno permesso di creare 'percorsi Covid' il più possibile

BOX 3. Breve sguardo clinico sulla paura e sull'esperienza della pandemia

La paura va intesa nel suo significato più neutro, come indispensabile meccanismo di allerta e auto-conservazione, legato alla difesa e alla sopravvivenza, correlato con reazioni fisiologiche e motorie automatiche [13].

Una volta che, a livello neurobiologico, le reazioni somatopsichiche di allarme che avvertiamo in modo automatico hanno avuto accesso alla coscienza e sono diventate esperienza, sono quindi state rivestite di senso e hanno orientato l'ansia definendone l'oggetto, la paura può guidare utilmente alla ricerca di soluzioni.

Queste soluzioni tuttavia sono condizionate da molti fattori, alcuni esterni, altri interni all'individuo. Un fattore esterno, per rimanere nell'esempio dell'esperienza che stiamo tutti attraversando, era inizialmente relativo all'ignoranza pressoché totale delle caratteristiche del nuovo virus, con un sentimento ambivalente sulla sua pericolosità, tra negazione totale e sopravvalutazione catastrofica, legato alla povertà di informazioni e quindi alla possibilità di esercitare un controllo. I fattori interni hanno a che fare ovviamente con la struttura della personalità, ma anche con il bagaglio di strumenti culturali che permettono una diversa consapevolezza delle risorse personali utilizzabili per affrontare la situazione, a partire – per esempio – molto semplicemente dalla conoscenza e dall'uso corretto dei dispositivi di protezione individuale nel momento in cui sono diventati disponibili, ma soprattutto dalla piena comprensione del senso dei comportamenti di autoprotezione da assumere, per sé come cittadini e per sé e per i propri pazienti come professionisti, in una disposizione guardinga ma combattiva.

Un altro fattore esterno è il pensiero prevalente nel gruppo, il clima di gruppo, dove la coesione diventa un imperativo emotivo da cui il singolo fatica a sottrarsi. Anche se la si pensa diversamente, se nel gruppo prevale una direzione, nel conflitto interno a ognuno, ci ricorda Anna Ornstein, "tutti siamo pronti a rinunciare ai nostri valori morali per compiacere l'autorità" o sottrarsi alla paura, anche a discapito degli altri, rivelando "quanto è fragile l'empatia e il senso morale" [5].

individualizzati, compatibili con lo stato di salute di madre e neonato, nell'ottica di salvaguardare la vicinanza madre-figlio e l'allattamento al seno (nella maggior parte dei casi è consentito il rooming-in, con l'adozione contemporanea di misure di contenimento del contagio). Nonostante ciò in molte realtà italiane *ha prevalso il timore* e si è assistito al ricorso a pratiche discutibili (es. ricorso all'induzione del travaglio e del taglio cesareo non sempre motivato da indicazioni ostetriche, separazione della madre dal proprio neonato indipendentemente dalle condizioni cliniche ecc.). È stato tuttavia nei Percorsi nascita che esulano dal Covid (madre e neonati sani, o all'opposto nascita pretermine o con problematiche neonatali) che le direttive ministeriali sono state interpretate nel modo più restrittivo o con concessioni minime". Come dire: chi era in prima linea era più attrezzato e, costretto a guardare in faccia il pericolo e a farci i conti direttamente, ha finito per muoversi meglio di chi, meno attrezzato e consapevole, lo ha avuto sullo sfondo, tanto più incombente e condizionante quanto più incognito.

Coraggiosi o intimoriti

Man mano che veniva superato il disorientamento iniziale, con l'aumentare delle conoscenze sul virus e quindi della definizione degli oggetti della paura, si sono rese disponibili indicazioni e linee guida più affidabili, inizialmente disomogenee e talora contraddittorie, con i conseguenti problemi nella comunicazione anche a livello istituzionale. È molto interessante a questo proposito la considerazione di Ric-

cardo Davanzo e Fabio Mosca sulle linee guida della American Academy of Pediatrics che, se all'inizio differivano in senso restrittivo da quelle della Società Italiana di Neonatologia, hanno poi finito per convergere su quest'ultime [14]. "Quello che colpisce però è il fatto che mostrassero una grande intervallabilità a fronte delle limitate, ma comuni, conoscenze scientifiche in quel momento disponibili su cui queste linee guida avrebbero dovuto basarsi. Questo fenomeno non può essere spiegato se non con *un'attitudine professionale differente* da parte di chi, all'interno delle Società scientifiche, aveva il mandato di procedere all'estensione delle stesse raccomandazioni" [15]. A parità di informazioni quindi abbiamo avuto una grande difformità di comportamenti: alcuni chiaramente regressivi, guidati da determinanti psicologici e non da una lettura razionale della situazione per quanto provvisoria e complessa, come suggeriscono le frasi, "ha prevalso il timore" o "un'attitudine professionale differente".

Pericoli e principio di realtà

Prima di addentrarci nel terreno di queste emozioni che chiamerò "emozioni istituzionali", vorrei che fosse chiaro che non può esserci in alcun modo una sottovalutazione del pericolo, e che va dato il giusto peso alle più serie, prudenti e fondate considerazioni sui rischi, in particolare per i piccoli gravemente sottopeso, sulla gravità del contesto epidemico locale anche con riferimento all'incidenza tra il personale sanitario, e su tutti gli altri fattori clinici che giustificano il massimo della cautela.

Il piano di realtà non può e non deve essere mai sottovalutato.

Assembramenti nello spazio fisico e mentale

Vorrei anche sgombrare il campo da uno tra i vari elementi che può determinare le scelte e che ha un peso importante com'è senz'altro la logistica. Lo spazio più o meno agibile della TIN, a fronte della necessità di distanziamento sociale, può sembrare determinante. Alcune differenze nell'accesso dei genitori sembrerebbero a prima vista legate a questo fattore: diverso è se ci si trova tutti insieme, magari in pochi metri quadrati, in un open space o se si ha a disposizione una single family room. L'adeguatezza del contesto può ridurre la paura, almeno in via teorica. Alcune esperienze di quest'ultimo periodo suggeriscono però che non è proprio così, vista l'indipendenza della varietà della scelte di apertura dalle condizioni logistiche. Va sottolineato che l'organizzazione logistica è sempre frutto di un pensiero, di cui è la manifestazione concreta esteriore, un pensiero che storicamente tende, in generale, a essere più attento alla centralità dell'organizzazione ospedaliera che ai bisogni del paziente. Anche dove i gruppi di lavoro hanno maturato un approccio diverso, il persistere di una certa organizzazione del lavoro e degli spazi dice di quanto questa maturazione non sia diventata ancora cultura istituzionale e i suoi fondamenti non siano stati ancora assimilati dal sistema. A questo livello l'organizzazione di solito corrisponde a una necessità ansiolitica e conservativa dei gruppi di lavoro, ratificata dai regolamenti istituzionali e cristallizzata dai disegni degli architetti. In altre parole l'organizzazione spaziale e del lavoro si costituisce come un contenitore fisico e psichico insieme, un deposito che concorre al controllo di tutta una serie di emozioni, ansie, stress e traumi a cui vanno incontro tutti i professionisti della cura, dagli infermieri ai medici, a contatto quotidiano con la sofferenza, l'ansia, lo stress, i traumi

dei pazienti e dei loro familiari. Con l'epidemia, il pericolo di assembramento negli spazi delle TIN è, da questo punto di vista, solo un nodo che è venuto al pettine, prodotto di un'organizzazione spaziale che si pone come prodotto, di lunga durata e difficilmente modificabile, di un pensiero che molti idealmente hanno probabilmente già superato ma che, nella pratica, risponde ancora a specifiche emozioni istituzionali: è l'azione sanitaria che continua a rimanere al centro, più che il piccolo paziente e la diade madre bambino, la triade genitori bambino.

Trauma collettivo, emotività diffusa

Ho cercato fin qui di proporre sommariamente alcuni spunti di pensiero sulla paura, il trauma, la regressione e alcuni nessi calati nell'esperienza presente. Ora, data la grande complessità e la letteratura psicologica ingente e le sfaccettature infinite di queste concettualizzazioni, credo sia necessario argomentare come queste ed altre emozioni non riguardano solo gli individui, ma che il meccanismo psichico si replichi anche nei gruppi e nelle istituzioni in modo analogo, o meglio "isomorfo", ma nel contempo in modo peculiare e proprio di ogni specifica dimensione, via via più complessa. L'esperienza della pandemia Covid-19 rappresenta uno stress test non solo per singoli e famiglie (e l'intera comunità), ma per tutte le strutture sanitarie, sottoposte come tutti alla paura e a uno stato di allerta ripetuto, in più quotidianamente riproposto dalla domanda di cura a cui devono rispondere. La risposta differenziata dei diversi gruppi di lavoro testimonia una diversità la cui analisi potrebbe dare fruttuose indicazioni su come consolidare le trasformazioni e miglioramenti raggiunti dalle strutture.

✉ leonardosperi@gmail.com

1. Tarantelli CB. La Vita entro la Morte. Verso una metapsicologia del trauma psichico ca-

tastrofico. *Funzione Gamma* 29:2012. <https://www.funzionegamma.it/wp-content/uploads/vita-entro-morte29i.pdf>.

2. Cuzzolaro M, Frighi L. Reazioni umane alle catastrofi. *Quaderni della Fondazione Adriano Olivetti* 25:1991.

3. Laplanche J, Pontalis JB. *Enciclopedia della psicoanalisi*. Laterza, 2010.

4. Lago P (a cura di). *Linee guida per la prevenzione ed il trattamento del dolore nel neonato*. SIN/Biomedica, 2016.

5. Ornstein A. *La funzione del gruppo in tempi di guerra e di terrore*. GRUPPI XI 2:2009.

6. Colombo G (a cura di). *Con ragione e sentimento. Le cure neonatali a sostegno dello sviluppo*. SIN/Biomedica, 2011.

7. Rapisardi G, Davidson A. *La promozione dello sviluppo neonatale e infantile: l'approccio Brazelton*. *Medico e Bambino* 2003;22(3):171-176. https://www.medicoebambino.com/?id=0303_171.pdf.

8. GdS Care Neonatale. *La TIN aperta: l'accoglienza dei genitori*. Congresso GdS Care, 18-19 aprile 2018, Palermo. *SIN Informa*, 62, ottobre 2018.

9. D'Alessandri E. *Genitori in Terapia Intensiva Neonatale prima e dopo il Covid*. *Tecnica ospedaliera* 31 dicembre 2020. <https://www.tecnicaospedaliera.it/genitori-in-terapia-intensiva-neonatale-prima-e-dopo-il-covid/>.

10. Winnicott DW. *Gioco e realtà*, Armando Editore, 1971.

11. Provenzi L, Tronick E. *The power of disconnection during the COVID-19 emergency: From isolation to reparation*. *Psychol Trauma* 2020 Aug;12(S1):S252-S254.

12. Coscia A, Cavicchioli P, Strota P. "Così lontano, così vicino": nascere ai tempi del coronavirus. *Medico e Bambino* pagine elettroniche 2020;23(5):95-98. https://www.medicoebambino.com/?id=CM2005_10.html.

13. Pirrongelli C. *Di cosa abbiamo sofferto. Di cosa soffriremo. Le diverse emozioni della pandemia*. Società psicoanalitica italiana maggio 2020. www.spiweb.it/ricerca/di-cosa-abbiamo-sofferto-di-cosa-soffriremo-le-diverse-emozioni-della-pandemia-c-pirrongelli/.

14. SIN. *Allattamento e gestione del neonato in corso di pandemia da Sars-Cov-2*. Indicazioni ad interim della Società Italiana di Neonatologia (SIN), versione 3, 10 maggio 2020.

15. Davanzo R, Mosca F. *Covid-19 e pratiche postnatali: una moderna parabola*. *Medico e Bambino* 2020;39(10):651-655. https://www.medicoebambino.com/?id=2010_651.pdf.