



PROTEZIONE CIVILE
Presidenza del Consiglio dei Ministri
Dipartimento della Protezione Civile

CORSO EMERGENCY MANAGEMENT

TITOLO TESI

La psicologia dell'emergenza

*“il valido aiuto della scienza psicologica
alle popolazioni colpite dalle calamità”.*

Discente: Dr. Mauro Di Matteo

Data: Ottobre 2012

La psicologia dell'emergenza

*“il valido aiuto della scienza psicologica
alle popolazioni colpite dalle calamità”.*

Discente: Dr. Mauro Di Matteo

Indice

Introduzione	p.	4
Parte prima		
1.1 Considerare le risposte emotive al disastro come normali	p.	9
1.2 Le reazioni psicologiche nei bambini	p.	14
Parte seconda		
2.1 I sistemi di supporto sociale sono cruciali per il recupero	p.	17
2.2 Adattare il programma alla specifica comunità	p.	18
2.3 Coinvolgere i membri della comunità nell'offerta dei servizi di assistenza psicologica	p.	18
Parte terza		
3.1 L'assistenza psicosociale integrata con i programmi di soccorso	p.	21
Parte quarta		
4.1 Gli interventi psicosociali in emergenza; un'analisi teorica e operativa del modello europeo e internazionale	p.	25
4.2 Contesti d'intervento relativi all'entità dell'evento	p.	26
4.3 Interventi a breve e medio termine	p.	27
4.4 Formazione	p.	28
4.5 La psicologia delle emergenze	p.	28
4.6 Crisis intervention service	p.	32
4.7 L'impatto degli eventi catastrofici sui soccorritori	p.	33

4.8 La Direttiva del Presidente del Consiglio dei Ministri 13 giugno 2006 in materia di intervento in caso di catastrofe	p.	35
4.9 Principali indicazioni a livello internazionale: le direttive europee e il modello canadese	p.	36
Conclusioni	p.	41
Bibliografia	p.	42

Introduzione

Nel XX secolo l'Organizzazione Mondiale della Sanità ha stimato che sono stati colpiti da eventi catastrofici circa 30 milioni di individui; un terzo di questi ha perso la casa; centinaia di migliaia di persone hanno perso la vita o quella dei loro cari.

Se ci limitiamo al solo continente europeo e guardiamo agli eventi disastrosi del nuovo millennio, la situazione non è affatto migliorata. Nell'ultimo rapporto redatto dall'Agenzia Ue per l'ambiente, emerge un importante incremento sia del numero che dell'impatto dei disastri ambientali in Europa.

Quasi 100.000 morti, 11 milioni di cittadini interessati su 590 milioni di residenti

dell'Ue e danni che superano i 150 miliardi di euro. Sono questi gli effetti sull'ambiente dei disastri ambientali che hanno colpito l'Europa nell'ultimo decennio.

Nel mondo continuano ad imperversare conflitti armati e spesso si hanno notizie di disastri ecologici causati dagli effetti indesiderati della tecnologia.

Le cronache di tutti i giorni ci raccontano il susseguirsi, in Italia ma anche altrove, di situazioni catastrofiche con esiti drammatici sia per i cittadini che per i soccorritori: terremoti, frane, alluvioni, sciagure aeree e nautiche, esplosioni, incendi.

Il soccorso alle vittime, fino a poco tempo fa, e' stato di esclusiva competenza medica, mentre oggi si pone sempre più attenzione anche agli aspetti psicologici.

Nell'ambito delle operazioni di risposta ad eventi critici e maxi-emergenziali, l'intervento di assistenza psicologica e sociale rappresenta oggi, in maniera sempre crescente, una delle dimensioni riconosciute a livello istituzionale nonché richieste ed apprezzate da parte delle vittime e dell'opinione pubblica.

Il ristabilimento del benessere psicologico delle vittime e del funzionamento sociale della comunità colpita sono oggi riconosciuti tra gli obiettivi primari degli interventi di soccorso, accanto alla ricostruzione dei danni materiali.

Un evento disastroso produce inoltre i suoi effetti non solo a livello individuale ma anche a livello del sistema sociale complessivo; il sistema di assistenza psico-sociale, poi, è una delle componenti maggiormente sensibile all'impatto, dal momento che alle croniche difficoltà del lavoro quotidiano si aggiunge un aumento tempestivo dei bisogni e delle richieste all'interno di un ambiente danneggiato e caotico e con operatori a loro volta 'vittime' dell'evento stesso.

Nasce l'esigenza di una nuova Psicologia che si occupi non solo dell'individuo ma sia capace di proporre un progetto ed interventi multidisciplinari, accanto alle istituzioni che da sempre si sono occupate di queste problematiche, prima fra tutte la Protezione civile ma non solo.

Anche se ogni evento disastroso è unico, il sistema di risposta istituzionale si trova a dover fronteggiare una serie di problematiche comuni nel momento in cui si appresta a mobilitare risorse per offrire servizi di assistenza psicologica nel dopo-disastro. Coloro che offrono tali servizi, così come i responsabili della pianificazione ed i responsabili amministrativi dei programmi di assistenza dovrebbero conoscere 'i principi base' della Psicologia dell'Emergenza per riuscire a disegnare ed offrire servizi che siano efficaci ed efficienti soprattutto nelle prime 48 – 72 ore nel post

evento.

La Psicologia dell'emergenza è un ambito della psicologia moderna che nasce come risultante dell'apporto di numerosi settori di ricerca, non solo psicologici (Psicologia di Comunità, Psicologia Sociale, Sociologia, Psichiatria); essa si configura dunque come un 'approccio eclettico', una "*gestalt*" risultante dalla somma di più parti.

La Psicologia dell'Emergenza interviene in tutte quelle situazioni nelle quali un evento esterno imprevedibile ed estremo crea una 'soluzione di continuità' nel regolare procedere della vita degli uomini.

La situazione di emergenza può essere definita come: "Un evento che minaccia o effettivamente rischia di danneggiare persone o cose" (Federal Emergency Management Agency). La definizione, seppur sintetica, ha il pregio di evidenziare come l'intervento di supporto psicologico debba essere rivolto anche alle persone che non hanno subito direttamente il trauma, ma che ne avvertono la 'minaccia'; esiste, infatti, tutta una categoria di vittime che risente di una "*traumatizzazione indiretta*".

La Psicologia dell'emergenza è una disciplina che ha una forte ricaduta pratica: rappresenta "il fare qualcosa" nell'ambito preventivo ed in quello supportivo in occasione di eventi critici. È una pratica che non ha come fine ultimo quello di evitare le risposte psichiche conseguenti all'esposizione al disastro; tali risposte vanno riconosciute, valutate, supportate e modificate o, nel caso siano funzionali, incoraggiate. Il fine ultimo dell'intervento psicologico nel contesto emergenziale è quello di favorire la conservazione o il ripristino dell'equilibrio psichico delle popolazioni colpite ed abbassare il rischio che si sviluppino e stabilizzino forme di disagio che includono, ma non solo, il "Disturbo da Stress Post Traumatico", favorendo quindi la "*resilienza*". L'attenzione per i temi legati alle risposte psicologiche che si generano a fronte di un evento critico nasce, in Italia, in seguito al terremoto dell'Irpinia del 1980.

In quell'occasione alcuni medici psicologici offrirono il loro aiuto professionale alle vittime come semplici e privati cittadini, senza una preparazione specifica nel campo se non quella che derivava loro dall'impegno di tutti i giorni in contesti di lavoro di emergenza e senza una collocazione stabile e riconosciuta nella catena dei soccorsi.

Queste iniziative personali e questa iniziale attenzione per le conseguenze psicologiche di un evento critico trovarono una prima concretizzazione con il terremoto dell'Umbria e delle Marche del 1997; in questi territori, per la prima volta, si incontrarono alcuni psicologi che erano scesi in campo, ancora in modo spontaneo

e non organizzato, per essere di aiuto alle vittime dell'evento.

Da quella prima esperienza la Psicologia dell'Emergenza ha iniziato a definire sempre più nel particolare le proprie competenze, il proprio ruolo, le proprie tecniche e modalità operative.

Sono passati più di dieci anni e la Psicologia dell'Emergenza ha fatto molti progressi nell'interesse e nella sensibilità delle persone e delle Istituzioni, estendendo progressivamente il proprio interesse dai temi delle grandi catastrofi, dai quali nasce nel nostro paese, ad altri scenari, magari non degni di nota per il grande pubblico, ma altrettanto 'disastrosi' per chi ne vive le conseguenze.

La psicologia dell'Emergenza ha acquistato uno spazio importante all'interno di enti ed organizzazioni operanti nell'ambito del soccorso: Associazioni di volontariato, Croce Rossa, Misericordie, Forze dell'Ordine, Forze Armate, Protezione Civile, Ordini degli Psicologi, etc.

L'assistenza di tipo psicologico nello scenario delle calamità e dei disastri appartiene ormai in maniera chiara e stabile all'organizzazione dei soccorsi: nel senso che ne è stata sperimentata la funzione positiva per i sopravvissuti, quella di sostegno per i soccorritori, quella di collaborazione per un miglior funzionamento della macchina organizzativa e quella comunicativa per migliorare la trasmissione di informazioni adeguate e utili al pubblico così come i rapporti con i mass media.

Il ruolo della Psicologia dell'Emergenza viene ufficializzato in Italia con il D.M. 13/02/2001 con l'adozione dei "*Criteri di massima per l'organizzazione dei soccorsi sanitari nelle catastrofi*" che sanciscono la necessità di offrire il supporto psicologico a poche ore dall'evento catastrofico.

Nel 2006 con la Direttiva del Presidente del Consiglio dei Ministri (G.U. n. 200 del 29/08/2006) "*Criteri di massima sugli interventi psico-sociali da attuare nelle catastrofi*" viene affermato che "*nel contesto degli interventi di sostegno delle vittime di eventi catastrofici è necessario prestare la massima attenzione ai problemi di ordine psichiatrico-psicologico che possono manifestarsi sulle popolazioni colpite e sui loro soccorritori. Essi possono palesarsi in fase acuta o evolvere in modo subdolo, con ripercussioni, anche nel lungo periodo*"

I suddetti criteri, oltre ad apportare un importante contributo e definizione dei principali aspetti della disciplina (definizione di catastrofe, reazioni all'evento critico, introduzione delle EPE (equipe psicosociale per le emergenze), funzioni, ambiti di intervento, formazione, destinatari, triage, interventi specifici per soggetti a

rischio, inquadramento nel sistema dei soccorsi, hanno contribuito a sistematizzare una disciplina complessa e relativamente giovane definendo l'oggetto, il metodo e l'inquadramento istituzionale degli interventi di psicologia dell'emergenza. Tale documento ha recepito e legittimato quanto le Associazioni e gli Ordini professionali avevano compreso, dopo una iniziale e fisiologica fase pionieristica: l'intervento psicologico in emergenza, pur quando avvenga su base volontaristica, non può essere attuato basandosi sulla buona volontà degli psicologi, ma richiede preparazione, coordinamento, organizzazione ed inquadramento all'interno di una cornice legislativa ed istituzionale.

Diventa oggi sempre più importante per chi si occupa dell'intervento in emergenza avere uno schema di riferimento come una mappa necessaria a condurre il soccorso nel suo insieme, ad un obiettivo chiaro. Questo determina la ricerca di un metodo condiviso 'tra' operatori e il sistema di soccorso.

Prima parte

Considerare le risposte emotive al disastro come normali

Gli eventi traumatici, i disastri possono avere effetti profondi sulla stabilità delle persone, sulla comunità dove l'evento è avvenuto. Anche se tali eventi disastrosi possono avere una durata variabile, da pochi secondi sino ad alcuni giorni o mesi, gli effetti sugli individui e i gruppi sociali possono continuare per mesi o anche anni. Il recupero a "lungo termine" ha una durata variabile, che cambia significativamente

a seconda della complessa interazione tra più fattori coinvolti, quali: fattori psicologici, sociali, culturali, politici, economici, etc.

Gli eventi connessi a calamità naturali (e non) sono una potenziale fonte di stress traumatico, specie quando implicano una causa o un rischio di morte e/o di gravi ferite, oppure quando mettono a repentaglio la sicurezza fisica dell'individuo direttamente o delle persone care che gli stanno a fianco.

In psicologia dell'emergenza gli interventi sono rivolti prevalentemente a persone "normali", che reagiscono normalmente a una situazione che, invece, è da considerarsi anormale, e sono volti all'identificazione di coloro che rischiano di incorrere in menomazioni psicologiche o sociali gravi, a causa dello shock provocato dall'evento traumatico (Cimbro 2006, Giannantonio 2003, Lo Iacono e Troiano 2002, Young B.H. et al. 2002, Giusti e Montanari 2000).

L'impatto con un "*dopo evento*" può essere diretto, se il soggetto sperimenta personalmente l'evento traumatico, o indiretto, se a vivere l'evento traumatico è una persona cara con cui il soggetto si identifica.

L'attenzione al trauma psichico trova la sua motivazione nel fatto che, a seguito di un evento traumatico, può comparire nella persona un quadro psicologico tale da danneggiare profondamente la qualità della vita del soggetto.

A secondo delle risposte all'evento si possono individuare alcune tipologie di vittime (Taylor 1987, 1999, Cusano 2002):

- Vittime di primo livello, rappresentate dalle persone che hanno subito direttamente l'evento critico;
- Vittime di secondo livello, rappresentate da parenti e amici delle vittime di primo livello;
- Vittime di terzo livello, rappresentate dai soccorritori, professionisti e volontari, chiamati ad intervenire sulla scena dell'evento traumatico, che a loro volta riportano risposte psicologiche per la traumaticità delle situazioni a cui devono fare fronte;
- Vittime di quarto livello, sono i membri della comunità, al di fuori dell'area colpita, che in qualche modo si sono interessati o occupati dell'accaduto.

Le persone esposte direttamente ai pericoli e al rischio di morte sono quelle che probabilmente avranno risposte psico-emotive più forti. A prescindere dal tipo di stress, infatti, la "*forza della stimolazione*" è un forte predittore di chi ne risentirà maggiormente (Castelli, Sbatella 2003).

Quanto maggiori sono la minaccia di morte percepita e l'esposizione sensoriale (cioè

quanto più si vedono immagini stressanti, si percepiscono odori fastidiosi, si odono suoni spiacevoli o si subiscono lesioni fisiche) tanto maggiore è la probabilità che si manifesti lo stress post-traumatico.

Anche i soccorritori possono direttamente o indirettamente subire il trauma. Essi e i familiari delle vittime, a loro volta, possono rischiare di avere il cosiddetto trauma vicario; le relazioni con persone traumatizzate, infatti, possono essere una fonte di forte stress.

È fondamentale, nell'ambito della psicologia dell'emergenza, aiutare i superstiti a riconoscere la normalità della maggioranza delle reazioni di stress alla calamità, che stanno sperimentando.

Nella fase di emergenza e nella prima fase successiva all'impatto c'è un'alta frequenza di reazioni di stress di grado lieve e moderato, che, generalmente, non diventano problemi cronici.

La maggioranza delle persone, infatti, si riprende pienamente da una reazione di stress di intensità moderata in un arco di tempo compreso tra 6 e 16 mesi.

Le reazioni più comuni in seguito ad una condizione traumatica arrecano effetti di diversa natura: di tipo emozionale, cognitivo, fisico ed interpersonale.

Tra gli effetti emozionali i più comuni sono: shock, collera, disperazione, ottundimento emozionale, terrore, senso di colpa, irritabilità, senso di impotenza, riduzione del piacere derivante dallo svolgimento delle attività consuete, dissociazione.

Tra gli effetti cognitivi, invece, si riscontrano: deficit della concentrazione, della memoria e della capacità di prendere decisioni, incredulità, confusione, distorsioni, calo dell'autostima e dell'auto efficacia, pensieri e ricordi intrusivi, preoccupazioni.

Gli effetti fisici più frequentemente riscontrati sono: senso di affaticamento, insonnia, disturbi del sonno, iper attivazione, lamentele somatiche, deficit nella risposta immunitaria, cefalea, problemi gastrointestinali, calo dell'appetito e della libido.

Tra gli effetti interpersonali, infine, compaiono: alienazione, ritiro sociale, aumento dei conflitti nelle relazioni, menomazione professionale o scolastica.

Nelle varie reazioni all'evento traumatico può avere uno specifico rilievo anche la personalità di base del soggetto ossia la personalità pre-traumatica, con le sue eventuali vulnerabilità, che possono costituire un fattore predisponente. Dall'altra parte è da considerare che più è intenso e grave il fattore scatenante, più la persona vive impotenza, terrore e angoscia ed è più probabile che si sviluppino stati psichici

tendenti a creare sintomi duraturi nel tempo.

Le conseguenze riportate da una persona al seguito di un evento traumatico, inoltre, sono destinate a peggiorare ulteriormente qualora sopraggiungano anche altre condizioni sfavorevoli.

Si possono individuare vari tipi di reazioni, differenti per intensità e tipo di manifestazioni; La prima categoria di risposte ad eventi critici è quella delle reazioni di tolleranza, che riguardano il 10-20 % delle persone coinvolte e si caratterizzano per una buona conservazione dell'autocontrollo, della lucidità, dell'adeguatezza dei comportamenti e delle reazioni emotive.

Bisogna, però, precisare che all'interno di questo gruppo è compreso anche un piccolo numero di persone che manifestano le così dette "*reazioni differite*", cioè reazioni inizialmente adeguate che evolvono, con il trascorrere del tempo, in senso patologico.

La seconda categoria di risposte ad eventi critici è quella delle "*reazioni iper-emotive brevi*" che riguardano il 75-80 % delle persone coinvolte e si caratterizzano per la massiccia presenza di manifestazioni psichiche e psicosomatiche quali: shock, ansia, depressione, smarrimento, stupore, incredulità tonica, comportamenti automatici, tremori, palpitazioni, nausea, etc. Queste reazioni insorgono immediatamente dopo l'evento e condizionano fortemente la persona nei giorni successivi, comportando il graduale dissolvimento della sintomatologia.

La terza categoria è quella delle risposte gravemente inadeguate, ossia delle risposte a carattere dissociativo, che riguardano il 10-15 % delle persone coinvolte e che sono caratterizzate da stato confusionale, momenti deliranti, comportamenti aggressivi e auto-lesivi, comportamenti irrazionali di esposizione al pericolo, fortissimi stati di inibizione e depressione; questo tipo di disturbi persiste generalmente per un tempo limitato e tende via via a recedere.

Le persone che vivono situazioni traumatiche hanno reazioni difensive rispetto al vissuto di dolore interiore. Alcune reazioni costituiscono i meccanismi di difesa spontanei, automatici e inconsapevoli, altre reazioni difensive sono le iniziative di auto-tutela attivate dalla persona stessa (Herbert, Di Donna 2006).

Tra i meccanismi di difesa inconsapevole rientrano:

- l'elevazione progressiva della soglia di tolleranza nei confronti degli eventi che generano incertezza, insicurezze e senso di imprevedibilità;
- la reazione istintiva di attacco o fuga;

- l'attivazione della sindrome generale di adattamento, cioè una condizione di specifica resistenza psicofisica ai fattori stressogeni;
- l'avvio del processo di assimilazione, ossia di una successione di momenti attraverso cui la persona arriva pian piano a *“farsi una ragione”*, o ad *“accettare”*, o a saper *“convivere”* con ciò che è accaduto;
- la negazione, ossia la capacità di non prendere atto interiormente di un dato evento che viene recepito sul piano razionale, ma non *“sentito”* a livello psichico.

Una azione utile per aiutarsi nelle situazioni in cui si viene investiti da eventi particolarmente critici è quella di prestare attenzione ai nostri livelli di tolleranza cioè, cercare di comprendere quali sono i livelli di esposizione agli stimoli critici che si riescono a tollerare, senza che la vulnerabilità e la labilità personali emergano un modo pronunciato (Cimbro 2006).

La prima azione compiuta dalle persone, in questi casi, è generalmente quella dell'evitamento di ciò che sta disturbando, evitando, cioè, di ascoltare o leggere ciò che riguarda i problemi che sta vivendo la persona stessa. È, invece, importante che il soggetto:

- ampli e consolidi la sua rete supportava e i rapporti umani gratificanti;
- si coinvolga il più possibile in una atmosfera solidaristica, caratterizzata da comprensione e condivisione;
- riduca l'insieme degli elementi e delle situazioni che gravano su di lui e a cui deve fare fronte.

La risposta emotiva di un evento traumatico non sta nell'avvenimento in sé, ma nell'intreccio di vari fattori; è un insieme di atti percettivi e cognitivi che definiscono la connotazione di un accadimento, ed anche la possibilità che l'evento stesso sia registrato dalla mente (Cimbro, 2006).

Appena compare un evento, l'individuo avvia velocemente un processo di categorizzazione e valutazione dell'avvenimento; un evento può essere valutato diversamente a seconda della struttura psichica di ciascun soggetto. Le diverse soglie sensoriali, le abilità percettive, la disponibilità di un lessico adeguato e, quindi, di categorie per differenziare i fenomeni, possono generare esperienze emotive molto diverse. Così per ciascun individuo uno stesso evento può risultare ed essere vissuto più o meno pericoloso e stimolare diverse sfumature di una stessa emozione.

La valutazione interiore stabilisce, infine, se una reazione all'evento deve essere attivata con urgenza, quale deve essere l'intensità della risposta e dove si colloca

rispetto al contesto generale.

Anche la valutazione del contesto è molto importante, se ciò che incute paura non sembra preoccupare le altre persone presenti, l'intensità dei processi emotivi sarà più contenuta; l'idea che la cornice contestuale si vada disorganizzando ha notoriamente effetti di amplificazione sulle emozioni negative individuali.

Inoltre la componente valutativa del processo emotivo all'interno di un contesto sociale coinvolge anche il confronto con le norme e l'immagine di sé.

Complessivamente, il processo emotivo costituisce una vera e propria molla all'azione che ha bisogno di essere orientata da una componente cognitiva che funga da suggeritore delle azioni.

Davanti ad un evento catastrofico, infatti, è necessario stabilire rapidamente che fare, cercando all'interno del repertorio comportamentale di cui si dispone le azioni più idonee e realizzabili.

In seguito ad un evento traumatico si assiste spesso alla paradossale colpevolizzazione delle vittime (Cimbro 2006, Teigen K. H., Jensen T. K. 2011).

Attribuire la causa della sofferenza post-traumatica al soggetto che la sperimenta ha molti vantaggi per il gruppo sociale. Innanzitutto risolve il difficile problema di identificare le fonti del male, in secondo luogo stigmatizza come "*diverso*" il soggetto che, entrando in crisi, manifesta spesso segni di sofferenza psichica, che risultano inquietanti, per gli altri osservatori.

Lo stress acuto si manifesta come una risposta provvisoria dell'individuo a situazioni gravi e catastrofiche e può presentare anche intensi livelli di sofferenza; la sua peculiarità consiste nel fatto che nasce e scompare nell'arco di quattro settimane dall'evento traumatico.

Il disagio psicologico rientra nei criteri del disturbo post-traumatico da stress se dura almeno un mese e ha almeno sei sintomi nelle tre aree criterio (rivivere l'esperienza, iperarousal, evitamento).

1.2 Le reazioni psicologiche nei bambini

Una annotazione particolare va fatta per quanto riguarda le reazioni psicologiche e emotivo comportamentali dei bambini all'evento catastrofico. Nei bambini gli eventi connessi alle emergenze possono apparire assai diversi da come appaiono agli adulti e tra gli stessi bambini vissuti interiori e risposte comportamentali possono essere

molte diversificate. Tanto più il bambino è piccolo, tanto più è probabile che le modalità percettive prevalenti siano distanti da quelle dell'adulto. Il vero termometro delle emozioni infantili rimane l'adulto di riferimento, rispetto al quale il bambino manifesta comportamenti d'attaccamento e di sintonia emotiva. La valutazione degli eventi percepiti è dunque appoggiata all'adulto di riferimento e alla sua capacità di offrire un'interpretazione complessiva della situazione.

Altro fattore da tenere presente è l'età e la struttura psichica del bambino che vive l'evento traumatico. Anche il tipo di sintomi che si possono sviluppare nei periodi successivi dipende dalle competenze percettive maturate al momento del trauma nonché la capacità di elaborare l'esperienza. Il contesto ambientale e culturale è un'altra variabile da prendere in considerazione.

Dalla complessità di queste variabili variano l'intensità dei vissuti di dolore e gli effetti sintomatici successivi. Come per l'adulto le risposte emotive del bambino debbono considerarsi normali e congrue all'evento traumatico percepito. I bambini provano vissuti di perdita non solo rispetto alle persone fisiche ma anche rispetto a oggetti, ambienti e abitudini con il conseguente senso di impotenza che scatena.

Spesso più la conoscenza è diretta, meno intensa è la tendenza a non credere che la morte sia davvero avvenuta; se la morte è tenuta segreta, come spesso accade con i bambini, la convinzione che la persona sia viva e che tornerà si fa sempre più forte, ritardando ogni forma di elaborazione della perdita.

Un altro elemento rilevante nei bambini è l'attribuzione di colpa e responsabilità, reale o fantasmatica che sia, per quello che accaduto che può ricadere anche sulla vittima.

Risposte emotivo-comportamentali più comuni sono la ri-esperienza dell'evento; l'evento traumatico riemerge secondo differenti modalità: incubi ripetuti, pensieri ricorrenti e intrusivi, angoscia nel ricordare il trauma. Si rilevano modalità particolari di gioco, che riproducono concretamente alcuni aspetti della situazione traumatica, disegni ed episodi dissociativi in cui il trauma viene riprodotto senza alcuna intenzionalità.

Altri comportamenti invece sono di evitamento o intorpidimento e consistono in un appiattimento della sensibilità del bambino e includono: il ritiro sociale, la riduzione delle capacità di interazione ludica, una gamma limitata di affetti e la perdita temporanea di competenze già acquisite.

L'aumento dell'attivazione (iperarousal) si esprime attraverso i disturbi del sonno

(terrori notturni con risvegli e pianto inconsolabile, difficoltà ad andare a letto e a mantenere il sonno), difficoltà dell'attenzione e della concentrazione, ipervigilanza e risposte d'allarme esagerate.

I bambini più piccoli, in particolare, possono manifestare preoccupazioni e timori esplicitando la paura di separarsi dai genitori o dalle persone care.

Tra le risorse psicologiche rilevate nei bambini in caso di emergenza le più significative risultano essere: una buona abilità di comunicazione, forti credenze di autoefficacia, locus of control interno e un adeguato coping (inteso come la capacità di far fronte alle situazioni problematiche).

Affinché le risposte emotivo-comportamentali in stato di emergenza siano una risorsa per il riequilibrio individuale, sociale e ambientale e non diventino sintomi paralizzanti la naturale progressione verso l'elaborazione dell'evento traumatico è necessario un immediato intervento professionalmente sugli aspetti relazionali nei momenti di crisi. Ciò significa saper gestire le emozioni, proprie e altrui, saper lavorare con le dimensioni che sostengono le azioni personali e collettive, che motivano e guidano i piani d'azione e le organizzazioni stesse, sviluppare progetti di prevenzione e significa prevenire il disastro emozionale individuale e collettivo, predisponendo risorse in termini di resilienza. Inoltre è importante diminuire i livelli di "arousal" creando possibilità di attività fisiche e utilizzando tecniche di rilassamento.

Aiutare anche a ristabilire i naturali ritmi sonno/veglia permette di intervenire sulle dinamiche emotive attraverso l'abbassamento dei livelli di attivazione fisiologica.

Inoltre una parte del lavoro preventivo per la gestione dell'emergenze può essere indirizzato alla discriminazione degli indicatori di pericolo. Disporre delle categorie opportune e degli indici essenziali per riconoscere e distinguere rapidamente le situazioni può diminuire l'ansia generalizzata e attivare più rapidamente reazioni adeguate al momento opportuno.

Interventi tempestivi, a livello emotivo, possono dunque incidere sulle possibilità di contenere, elaborare, dando significato alle immagini più angoscianti delle situazioni traumatiche, così come rivalorizzare, nei ricordi, gli elementi positivi.

Non va poi trascurato, nel processo d'intervento che le emozioni costituiscono forti molle motivazionali: sono dimensioni psichiche che spingono all'azione e possono quindi essere usate per suscitare comportamenti al superamento della situazione di emergenza.

Seconda parte

I sistemi di supporto sociale sono cruciali per il recupero

Esistono due aspetti principali nell'intervento con le vittime di eventi disastrosi: l'intervento con le singole vittime e la ricostruzione della comunità colpita dal disastro.

Alle volte questi due aspetti sono stati considerati in opposizione fra loro.

Per esempio, nel contesto di eventi catastrofici imponenti, alcuni operatori hanno sostenuto che focalizzarsi sul benessere psicologico delle singole persone è un obiettivo senza speranza e focalizzarsi sul recupero individuale devia l'attenzione e le risorse dall'obiettivo più urgente di promuovere un generale recupero dal punto di vista sociale ed economico. Da questo punto di vista, la ricostruzione di una rete

informale di supporto sociale, la riunione delle famiglie e delle comunità e il supporto alla ricostruzione materiale della comunità danneggiata hanno la precedenza sugli interventi rivolti agli individui e alle famiglie.

Gli approcci individuale e comunitario non sono realmente in opposizione l'uno con l'altro. La ripresa e la ricostruzione della comunità sono presupposti essenziali per la ripresa degli individui e delle famiglie, e la ripresa degli individui e delle famiglie è necessaria per la piena ricostruzione della comunità.

Il recupero da un disastro ha una valenza intrinsecamente sociale. Ripristinare o creare reti di supporto sociale è essenziale per affrontare gli stress estremi creati dal disastro.

Un senso di comunità, un senso di identità sociale, e una rete di supporto sociale sono presupposti essenziali della salute psicologica. Sono utili interventi ed iniziative per ripristinare il morale della comunità, le attività economiche tradizionali, le scuole, le attività di svago e ricreative.

Bisogna poi evitare di rompere le comunità esistenti.

2.2 Adattare il programma alla specifica comunità

Uno degli aspetti organizzativi fondamentali nella progettazione di un intervento d'emergenza è rappresentato dall'analisi dei caratteri distintivi della particolare comunità colpita.

Questa analisi parte dalla valutazione dei dati socio-demografici disponibili riguardanti la comunità e prosegue con un attento monitoraggio delle risorse presenti ed attive sul territorio (istituzionali e non), nonché delle strutture di aggregazione che giocano un importante ruolo nell'esistenza 'normale' di una particolare collettività. Si comincia in tal modo a disegnare un profilo culturale del contesto sociale di intervento, ed è sulla base di queste informazioni che un intervento può concretizzarsi con reale efficacia.

Non si deve infatti tralasciare l'importante funzione di un lavoro che va inserito in una rete di coordinamento e di integrazione con quelle risorse: nel lungo periodo, infatti, l'emergenza in senso stretto si ridimensiona fisiologicamente, e la funzione di invio e di raccordo graduale con le risorse presenti sul territorio diviene un obiettivo primario per dare continuità alle iniziative di supporto psicologico rivolte alle vittime dell'evento disastroso.

2.3 Coinvolgere i membri della comunità nell'offerta dei servizi di assistenza psicologica

Le comunità sono ricche di forze e risorse; queste forze e risorse possono rivelarsi potenti strumenti per mitigare gli effetti del disastro sugli individui.

Precedenti esperienze di assistenza psicologica alle vittime di un disastro hanno dimostrato l'importanza del ruolo giocato dagli stessi membri della comunità colpita nel rendere più efficace la penetrazione del programma di aiuto psicologico.

Nell'offerta di servizi di aiuto psicologico si possono coinvolgere strutture e persone che ricoprono abitualmente, all'interno della comunità, un ruolo di supporto tradizionalmente riconosciuto;

Bowman (1975), ad esempio, usa il termine *friendly helpers* per riferirsi a figure come il parroco, il sindaco, gli esponenti delle forze dell'ordine, gli operatori socio-sanitari, etc. Bisogna dunque utilizzare le figure di assistenza e i residenti del posto, sia sfruttando le loro competenze che addestrandoli alle strategie di supporto psicosociale.

Bisogna poi identificare i rituali e le cerimonie tradizionali, come i rituali di assistenza messi in atto dalla comunità per affrontare la crisi, e facilitare il loro utilizzo; quando non esistono tradizioni, si possono creare nuovi rituali comunitari, come un giorno di lutto o lo squillo quotidiano di una campana.

In alcuni casi, non si ha a disposizione nessun gruppo di supporto naturale. In questa situazione, è utile creare reti artificiali (ad es., creazione di gruppi di 'pari' o di auto-aiuto per il trattamento continuo, l'aiuto nella riorganizzazione e nella ricostruzione della comunità).

Bisogna inoltre combattere l'isolamento di singole vittime: riunire le famiglie rappresenta la principale priorità; è utile poi riunire le persone con i vicini, con i colleghi di lavoro e con altri gruppi preesistenti.

Se le vittime non sono in contatto con il loro supporto sociale, è consigliabile incoraggiarle a far uso delle fonti di supporto sociale immediatamente disponibili (ad es. voi stessi, altri soccorritori, altre vittime), avendo sempre grande rispetto delle preferenze individuali.

Esistono alcune potenziali trappole negli sforzi di ricostruire la comunità.

Alcune sono create, direttamente o indirettamente, dal disastro in se stesso. Per esempio, possono sorgere conflitti tra i leaders emergenti creati dal disastro e i leaders tradizionali o tra i leaders locali e gli esperti e i responsabili esterni.

La classe dirigente tradizionale può anche usare la propria posizione per monopolizzare le risorse del dopo disastro o per promuovere ambizioni precedenti al disastro.

La situazione di crisi creata dal disastro può inoltre aprire polemiche da tempo sopite nella comunità.

Una crisi è un'opportunità per il cambiamento di una comunità; costruire sulle forze della comunità non significa automaticamente tendere a ripristinare la vecchia struttura comunitaria nell'interesse di uno sforzo di soccorso 'efficiente', né significa perseguire le proprie personali convinzioni su come le comunità o le famiglie dovrebbero essere strutturate. È un impegno all'interno di una comunità, piuttosto che una particolare struttura di quella comunità, che rappresenta un motivo di speranza per le vittime

Parte terza

L'assistenza psicosociale integrata con i programmi di soccorso

Il supporto psicologico alle vittime comincia quando uno specialista entra nel setting di gestione dell'emergenza a seguito di un disastro.

Entrare nel setting in modo efficace riguarda innanzitutto l'essere all'interno di una struttura di soccorso ufficiale nella quale i ruoli e le decisioni sono prese in maniera chiara e definita.

Un ingresso efficace comprende dunque la necessità di orientarsi alle regole di funzionamento della macchina dei soccorsi (ad es. leadership, organizzazione, politiche, procedure, sicurezza, etc) e rispetto ai servizi e ai mezzi di supporto disponibili. È difficile, se non impossibile, offrire servizi psicosociali efficaci senza la cooperazione ed il supporto di coloro che offrono forme di soccorso medico e materiale in senso lato.

Gli operatori di soccorso, che si stanno necessariamente focalizzando su compiti

urgenti e concreti come salvare le vite, proteggere le proprietà, assicurare la fornitura di cibo, vestiario e rifugio, ricostruire le infrastrutture della comunità, possono considerare i servizi psicosociali come non necessari o persino come un ostacolo.

Per coloro che offrono assistenza psicosociale, una modalità efficace per incoraggiare l'inserimento dell'assistenza psico-sociale nei programmi globali di soccorso è integrarsi a fondo essi stessi nel Team di soccorso: uscire con i Team di distribuzione del cibo, essere parte del Team di “*briefing*” o di “*orientamento*” per i soccorritori nuovi arrivati, presenziare agli incontri di Team della prima mattina o della sera tardi. Per prestare efficacemente assistenza alle persone colpite da un'emergenza, gli specialisti devono inoltre conoscere quanto più possibile nei particolari il tipo e l'accessibilità dei servizi di soccorso e supporto.

Nel momento in cui si mettono in atto azioni di supporto psicologico, è necessario essere informati circa ciò che sta accadendo, quali servizi sono disponibili e dove possono essere reperiti; informazioni del genere devono essere raccolte appena possibile, dato che offrire tali informazioni è spesso molto importante per ridurre lo stress e per promuovere risposte adeguate.

È essenziale lo sviluppo precoce di un legame con coloro che dirigono le operazioni di soccorso. Può essere utile formare una Task force formata da esperti di intervento psicosociale, leaders formali della comunità, rappresentanti di gruppi influenti nella comunità, leaders del sistema di soccorso, rappresentanti delle vittime per guidare e supportare il lavoro psicosociale. È infine determinante comunicare le proprie attività alle organizzazioni che stanno gestendo il soccorso perché queste siano strumento di diffusione tra le vittime delle opportunità per ricevere aiuto dal punto di vista psicosociale.

Tra i contributi sicuramente meglio conosciuti e di maggiore impatto della Psicologia dell'Emergenza c'è l'indicazione della scansione temporale ottimale degli interventi in caso di maxiemergenze con l'identificazione della tipologia delle vittime.

Le fasce temporali di intervento permettono una funzionale suddivisione di obiettivi e risorse da impiegare. Si riscontra la fase di stabilizzazione che si esaurisce in 24 – 48 ore; quella di abilità di coping e delle risorse e infine quella che promuove la risoluzione e il recupero.

Nella fase di stabilizzazione, i bisogni di sopravvivenza, sicurezza e protezione sono la priorità assoluta. Subito dopo aver provveduto a questi va implementata una struttura che rinforzi il senso di controllo e sicurezza: un luogo fisico definito che

individua la sicurezza, la stabilità e il sostegno e che permetterà di avviare i primi passi di un processo di coping costruttivo; infatti l'orientamento in queste prime fasi è importante: i sopravvissuti vanno indirizzati verso i servizi locali, nel caso essi dispongano di servizi specifici per fronteggiare un evento critico. Nel caso queste risorse non fossero disponibili va approntato un luogo fisico identificabile come sicuro nel quale i sopravvissuti possano sentirsi accolti, ascoltati e sostenuti. In questa fase è necessaria un'accurata valutazione dell'impatto dell'evento e l'identificazione dei soggetti che necessitano di supporto psicologico immediato. Questa valutazione va fatta attentamente con criteri e metodi condivisi dall'equipe che interviene, evitando di dare indicazioni contraddittorie che potrebbero modificare l'effetto e aumentare il disorientamento ed il senso di insicurezza dei sopravvissuti.

L'isolamento, anche se per poche ore o giorni, è estremamente pericoloso in questa prima fase post-evento: vanno ripristinati il prima possibile i contatti con familiari, amici e membri della comunità e va favorito lo sviluppo della coesione di gruppo per favorire la regolazione emotiva naturale. Favorire la riduzione dell'attivazione fisiologica per attivare modalità di coping adattivo, inclusi l'analisi costruttiva dell'evento; tutto ciò compatibilmente con la totalità dei programmi ed interventi di soccorso a vari livelli.

L'orientamento dello stress da evento critico ha lo scopo di fornire le prime informazioni relative all'evento e alla sua portata ed informare sulle normali reazioni allo stress da evento critico come pure sulle strategie di coping più utili in questa fase. Se condotto in modo accurato questo primo intervento può contribuire a regolare l'arousal, favorire il sostegno interpersonale e permettere procedure di valutazione e triage in un ambiente relativamente informale e non medicalizzato.

E' di particolare importanza che gli interventi di taglio maggiormente psicologico, come i gruppi di decompressione o di Defusing pongano estrema attenzione al non forzare l'espressione di emozioni che in questa primissima fase potrebbero essere oggetto di amnesia protettiva o di forme dissociative con valenza adattiva, ma assomiglino il più possibile al contesto naturale di condivisione spontanea nelle piccole comunità (Mitchell & Everly, 2000; van der Hart, Nijenhuis, Steele, 2011). Molto importante è l'identificazione delle crisi individuali in atto in un contesto riservato ed idoneo al contenimento. In tale contesto sarà possibile anche valutare l'opportunità di una valutazione accurata e/o l'invio per un trattamento adeguato.

Nella seconda fase (identificazione delle abilità di coping e delle risorse) è

fondamentale la valutazione degli interventi da effettuare tenendo conto di variabili quali la grandezza dell'impatto percepito dai sopravvissuti (solitamente maggiore quanto maggiore è stata la prossimità fisica all'evento e alle vittime), la storia di traumi pregressi e le capacità di coping pre-evento. Un concetto di semplice comprensione per i sopravvissuti e facilmente condivisibile all'interno dell'equipe d'intervento è quello di *'cerchi di rischio'*: identificare il numero di sopravvissuti coinvolti in modo più intenso nell'evento (primo cerchio) e il numero di soggetti con un livello di coinvolgimento meno intenso permette di calibrare meglio gli interventi di questa fase, garantendo, ad esempio, la possibilità di Debriefing separati per gli appartenenti ai diversi cerchi di rischio.

Come per il Defusing anche per il Debriefing, anzi a maggior ragione per esso, vanno richiamati elementi di cautela emersi da numerose ricerche che hanno documentato come interventi che si focalizzano sulla condivisione di vissuti, convinzioni ed emozioni questo tipo possono risultare controproducenti portando ad un aumento di sintomi post traumatici (van Emmerik et al., 2002) interferendo con il ruolo protettivo dell'amnesia peritraumatica e con i meccanismi di recupero spontaneo. Al fine di evitare questi rischi risulta di particolare importanza la flessibilità di applicazione degli interventi: in nessun caso l'intervento strutturato deve sostituirsi o intralciare i riti comunitari naturali (funerali, veglie, ecc.), ma deve piuttosto supplire alla loro assenza o debolezza, in linea con i molti dati di ricerca che dimostrano l'effetto controproducente di Debriefing imposti o condotti senza la necessaria cautela.

Nella terza fase (recupero/risoluzione) è centrale il monitoraggio degli individui a rischio per lo sviluppo, proprio in questa fase in cui le curve statistiche di resilienza e patologia si differenziano. Dopo le prime settimane dall'evento è possibile uno screening più accurato delle persone che mostrano persistenti difficoltà di adattamento e che rischiano di sviluppare un disturbo conclamato.

Tutti gli interventi attivati nelle due fasi precedenti e l'azione dei servizi coinvolti nell'intervento vanno monitorati per i necessari aggiustamenti. Un servizio di coordinamento tra i responsabili dei diversi interventi sul campo dovrà curare il follow-up degli invii effettuati per le opportune verifiche anche attraverso l'utilizzo di strumenti di rilevazione di facile utilizzo e che permettano anche la raccolta di dati utili a fini di ricerca.

Parte quarta

Gli interventi psicosociali in emergenza: un'analisi teorica e operativa del modello europeo e internazionale

I

Una dettagliata tassonomia delle vittime sulla base del loro coinvolgimento nel disastro è stata proposta da Taylor (1999): destinatari primari degli interventi di supporto psicologico-psichiatrico in emergenza sono le vittime dirette di eventi dirompenti e improvvisi indipendentemente dalla gravità dei danni materiali subiti ed evidenti. Debbono essere considerati potenziali destinatari anche i testimoni diretti di fatti gravemente lesivi che hanno minacciato o compromesso la sopravvivenza di un essere umano; i familiari delle vittime, per quanto lontani da un diretto coinvolgimento; i soccorritori, i volontari e i professionisti che, a qualsiasi titolo, abbiano prestato il proprio aiuto alle vittime e ai sopravvissuti.

Oltre che i singoli individui, destinatari di intervento possono essere interi gruppi sociali, quali famiglie, squadre di soccorso, team operativi e altri gruppi: in tali casi, l'intervento deve consentire di mantenere o riacquistare relazioni positive e costruttive (Seynaeve, 2001). Nei casi in cui venga rilevata la necessità di stabilire delle precedenze per l'attivazione di azioni di supporto, priorità verrà data alle fasce

della popolazione più deboli e dunque a bambini e anziani, persone con disabilità, soggetti già sofferenti di disturbi mentali, ecc. A prescindere dalla tipologia dell'evento catastrofico, è opportuno valutare a priori i fattori di rischio di un contesto emergenziale per poter prevenire disagi di natura psicofisica nei soccorritori. Una volta che gli operatori sanitari si troveranno a intervenire sul luogo della catastrofe, dovrà essere garantito il loro lavoro attraverso un'azione di monitoraggio volta a individuare segni e/o sintomi di possibili condizioni di stress e/o di disturbi psichici.

4.2 Contesti d'intervento relativi all'entità dell'evento

La “Gazzetta ufficiale” n. 126 del 12 maggio 2001 ha distinto i disastri in due tipologie:

- evento catastrofico a effetto limitato;
- evento catastrofico che travalica le potenzialità di risposta delle strutture

locali.

Evento catastrofico a effetto limitato

Un evento catastrofico a effetto limitato, secondo la definizione fornita nella “Gazzetta ufficiale”, è caratterizzato dalla integrità delle strutture di soccorso del territorio in cui si manifesta e da una limitata estensione nel tempo delle operazioni di soccorso sanitario (meno di 12 ore).

In caso di una maxi-emergenza, la Centrale Operativa/CO dell'attuale “118” attiva il piano straordinario dei soccorsi includendo nell'allertamento anche il referente dell'équipe psicosociale di riferimento. Questi si rapporta al Direttore dei Soccorsi Sanitari/DSS, che coordina gli interventi sanitari sul luogo del disastro.

È ipotizzabile che tale équipe debba rimanere in attività per un tempo più lungo rispetto al Posto Medico Avanzato/PMA, con cui è in continuo raccordo, per consentire di essere di supporto anche a tutto il personale che ha preso parte alle operazioni di soccorso.

Al termine della fase di emergenza, dovranno essere garantite alcune funzioni e interventi essenziali a tutela della salute psichica della popolazione colpita.

Gli individui che sviluppano disturbi psicologici e psichiatrici (inclusi i disturbi da stress post-traumatico), dovranno avere accesso ad appropriati servizi di sostegno psicosociale presenti sul territorio per permettere loro una continuazione terapeutica.

Dovranno essere attivate azioni di valutazione degli interventi realizzati durante l'emergenza, con particolare riferimento alle attività svolte sul campo.

Evento catastrofico che travalica le potenzialità di risposta delle strutture locali.

In una situazione generalmente caratterizzata da devastazione di ampi territori, da un elevato numero di vittime e da un coordinamento delle operazioni spesso estremamente difficile, l'attivazione dell'équipe psicosociale dovrà avvenire contestualmente all'inizio delle attività degli altri interventi di emergenza sanitaria. In tale situazione, il supporto psicologico verrà offerto, nei limiti del possibile, nella fase immediatamente successiva all'evento.

Con l'attivazione dei vari centri di coordinamento dove opereranno enti, amministrazioni e associazioni di volontariato anche provenienti da zone esterne all'area coinvolta, la gestione degli aspetti psicologico-psichiatrici dovrà ricondursi nell'ambito della Funzione 2, "Sanità umana e veterinaria".

Sul piano operativo, è utile distinguere una fase acuta, con caratteristiche e interventi sovrapponibili a quelli già descritti in precedenza, e una fase di breve-medio termine che si conclude con la fase di ritorno alla normalità. Come per la catastrofe a effetto limitato, è difficile predeterminare la durata specifica di ciascuna fase.

4.3 Interventi a breve e medio termine

Nella fase acuta gli interventi sono rivolti prevalentemente: alla salvaguardia della popolazione attraverso l'allontanamento della medesima dalla zona di pericolo; all'adozione di tutte le misure sanitarie di primo soccorso; al supporto emotivo immediato e di soddisfacimento dei bisogni essenziali per la sopravvivenza (Cusano e Giannantonio, 2003). Successivamente emergeranno le necessità legate all'adattamento della popolazione in un complesso abitativo provvisorio e alle conseguenze psicologiche, sociali e pratiche connesse agli esiti dell'evento disastroso. Nella fase di breve-medio termine, l'équipe svolge quindi non solo attività rivolte al sostegno della popolazione ma anche funzioni volte a promuovere il ripristino delle reti di supporto sociale preesistenti o la creazioni di reti alternative per il rafforzamento delle risorse locali e le strategie di solidarietà presenti all'interno delle comunità (Pietrantonio e Prati, 2009).

È necessario ricercare una collaborazione costante con tutti gli altri soggetti coinvolti nella gestione dell'emergenza e con le istituzioni della comunità, verificando la

disponibilità delle strutture presenti (servizi sanitari pubblici, servizi di salute mentale, servizi socio assistenziali, strutture sanitarie private).

Rivista di Psicologia dell'Emergenza e dell'Assistenza 48 Umanitaria È opportuno inoltre facilitare l'accesso ai servizi sanitari e sociali; fornire documentazione sulle persone a cui si è prestata assistenza in condizioni di emergenza e sugli interventi attuati; rendere disponibile ai servizi richiedenti le informazioni sulle valutazioni relative ai fattori di rischio e di vulnerabilità individuali e collettivi allo scopo di attuare revisioni periodiche e follow-up a lungo termine.

4.4 Formazione

Il tema della formazione riveste un'importanza particolare poiché essa rappresenta una delle principali risorse utilizzabili all'interno delle strategie di prevenzione.

La conoscenza diffusa e approfondita degli scenari di rischio, delle procedure organizzative e dei comportamenti più idonei da adottare in emergenza, può infatti migliorare i livelli di vigilanza, ridurre i tempi di risposta, rinforzare i comportamenti più efficaci per contrastare le minacce e limitare gli effetti degli eventi lesivi (Sbattella e Pini, 2004). Le ricerche dimostrano che una parte degli stress individuali e collettivi che si sviluppano a seguito di disastri può essere ridotta da un'adeguata preparazione di tutti gli attori coinvolti, sia a livello individuale che collettivo.

Finalità generale di ogni azione formativa in questo campo è dunque quella di diffondere e consolidare strategie efficaci per fronteggiare dei pericoli attivando rapidamente processi di selezione percettiva e processi cognitivi complessi, a fronte di emozioni intense e processi comunicativi non ordinari.

In questo senso, ogni azione di formazione deve necessariamente includere modi efficaci di comunicare, decidere, valutare, gestire le emozioni e presentare procedure comuni all'interno dei differenti scenari ipotizzati. I professionisti che operano in campo psicosociale devono essere adeguatamente formati a svolgere attività proprie di un contesto di emergenza collettiva (Pietrantonio e Prati, 2009). Tra queste si possono elencare:

1. attività informative rivolte alla popolazione sulle tecniche di gestione dello stress e sulle reazioni a situazioni critiche;
2. attività di ricongiungimento con i familiari;
3. raccolta di dati per la valutazione post-emergenza;
4. informazioni connesse ai bisogni pratici della popolazione.

4.5 La psicologia delle emergenze

La valutazione dell'entità della calamità e dei danni, l'analisi degli scenari dopo un disastro e la considerazione della possibilità di utilizzare risorse residue sono alcuni dei principali momenti che fanno parte dell'organizzazione dei piani di emergenza (Pietrantoni e Prati, 2009).

La psicologia delle emergenze si rivolge sia alle persone colpite da queste catastrofi sia ai loro soccorritori, soprattutto (ma non solo) a coloro che vengono per primi e che, insieme ai sopravvissuti, sperimentano senso di impotenza, angoscia, ansia e disperazione. Si parla infatti di traumatizzazione vicaria proprio per indicare l'impatto psicologico del vissuto traumatico del paziente sull'operatore, ossia il rischio del soccorritore di essere seriamente coinvolto nelle esperienze traumatiche di chi soccorre.

Tra gli scopi della psicologia delle emergenze vi è certamente quello di evitare cronicizzazioni dello stato di ansia e dei comportamenti reattivi disfunzionali nell'individuo.

Alcune tra le prime attività spesso svolte dopo una sciagura, oltre agli interventi di primo soccorso, consistono nell'inserimento dei sopravvissuti presso i centri di accoglienza per le vittime di disastri e nel passaggio di una serie di comunicazioni utili a informare le vittime sul tipo di aiuto che possono ricevere.

Spesso i sopravvissuti, arrivando ai centri di prima accoglienza, manifestano reazioni emotive molto intense quali paura, ansia, senso di impotenza, stato confusionale. Altri sono afflitti per la perdita di una o più persone care, della casa, oppure sono estremamente addolorati per le gravi condizioni fisiche in cui si trova un parente o un'altra persona cara o, peggio ancora, perché quest'ultima risulta dispersa.

Tutte queste persone necessitano quindi, innanzitutto, di rassicurazioni, di un luogo in cui sentirsi al sicuro, circondati da personale che abbia un elevato grado di sensibilità, comprensione ed empatia. Per tali motivi, gli operatori di primo soccorso, gli psicologi, gli assistenti sociali, i volontari dovrebbero essere in grado di accogliere in maniera almeno sufficientemente adeguata le richieste di aiuto, sia fisiche sia psicologiche, di tutte le persone sopravvissute a un disastro.

Un compito degli operatori d'aiuto è quello di cercare di ridurre il più possibile l'intensità della reazione da stress nelle vittime degli incidenti attraverso:

- il conforto e il supporto emotivo;

- l'espressione dei sentimenti e la lenta acquisizione del controllo su di essi;
- la capacità di comprendere e affrontare le forti emozioni connesse all'evento traumatico.

L'adozione di una posizione di apertura e di ascolto è molto importante poiché aiuta la vittima a far emergere e poi a liberare l'ingorgo di sofferenza e di dolore che porta dentro. La paura della morte, della perdita di persone care o di beni materiali può creare uno stato confusionale e di ansia acuto. Il personale addetto all'aiuto dovrebbe quindi stabilire un contatto empatico con il sopravvissuto, facendolo sentire al sicuro e in salvo. Per esempio, è possibile insegnare ai superstiti delle tecniche per affrontare la paura, spiegando in primo luogo che la paura è un'emozione normale, di cui non bisogna vergognarsi.

Essa è anzi spesso adattativa, perché, mettendoci in allarme contro pericoli gravi, può addirittura salvarci la vita. Può anche essere utile insegnare alle vittime delle tecniche di rilassamento e di controllo della respirazione per cercare *Rivista di Psicologia dell'Emergenza e dell'Assistenza* 50 Umanitaria di combattere l'ansia. L'operatore, inoltre, dovrebbe dare informazioni circa i fatti accaduti e il luogo in cui si trova la vittima; dovrebbe, qualora sia necessario, ottenere dal sopravvissuto dati e informazioni che riguardano la sua vita, come il nome, il cognome, il luogo di abitazione, i nomi dei parenti, anche al fine di aiutarlo a ricongiungersi eventualmente ai propri cari.

Un altro aspetto importante, sicuramente da non trascurare, è il rapporto dei sopravvissuti con i mass media. Infatti, quando si parla di portare alle vittime un senso di conforto e di protezione, non ci si riferisce solo alla sicurezza fisica, ma anche al benessere psicologico dell'individuo colpito. Spesso, dopo una tragedia, i giornali e i mezzi di comunicazione si precipitano sul luogo dell'accaduto per poter raccontare, tramite notizie di prima mano, magari raccolte direttamente proprio dalle stesse vittime, il corso degli eventi. Ovviamente, in tale situazione, le persone maggiormente esposte sono proprio i sopravvissuti, coloro che hanno vissuto sulla propria pelle la tragedia e che possono riferire i fatti così come si sono svolti perché erano presenti. In tutti questi casi, i superstiti rischiano di essere doppiamente vittime, del corso degli eventi e dell'uomo.

Le vittime hanno bisogno di protezione e di privacy nello stesso tempo, per poter affrontare con la massima calma e tranquillità i sentimenti di paura, ansia e impotenza insorti dopo un evento traumatico in cui hanno rischiato di rimanere feriti

o addirittura di perdere la vita.

In tutti questi casi il personale d'aiuto ha il dovere di proteggere la vittima. Un operatore d'aiuto può considerarsi, in un certo qual modo, come un contenitore all'interno del quale la vittima di una sciagura riversa le paure, le ansie e i pensieri più profondi. In un momento tragico, in cui si corre o si è corso il rischio di perdere tutto, l'operatore può rappresentare un porto sicuro, un'ancora di salvezza. In questi contesti, in queste situazioni, facilmente si crea un rapporto profondo di comprensione, di aiuto e di sostegno. Tale rapporto, però, è possibile solo se costruito sulla base della fiducia, del rispetto reciproco e della consapevolezza che tutto ciò che viene detto rimane esclusivamente tra l'operatore d'aiuto e la vittima. Nella risposta a un disastro vengono comunemente riconosciute 7 fasi, che rappresentano le reazioni più comuni delle vittime (Giannantonio, 2003).

1. *Warning phase.* È il periodo in cui le persone diventano consapevoli della presenza di un pericolo. Le risposte possono essere di ansia e paura. Inizialmente le persone possono sperimentare anche un senso di impotenza, che tuttavia può essere prontamente ridotto attraverso la diffusione, mediante fonti ufficiali, di chiari e tempestivi messaggi di avvertimento preventivo; occorre altresì essere espliciti rispetto alle misure protettive da prendere, specificando come, quando e dove andare.
2. *Threat phase.* Nella fase della minaccia, il pericolo è imminente e inevitabile. Ora le persone possono mostrare una progressiva agitazione e una diminuzione della coordinazione. Nei disastri in cui non esiste la fase di avvertimento, come in un'esplosione o in un incidente aereo, gli effetti dello shock sono ingenti e hanno decise implicazioni per il successivo recupero.
3. *Impact phase.* È il periodo durante il quale la catastrofe causa morte, danni e distruzione. Spesso le persone sono stordite, sbalordite, faticano a credere a ciò che sta accadendo. Spesso provano nausea, tremori, svenimento, orrore, shock, ansia, sentimenti di perdita di speranza e di impotenza, isolamento e abbandono.
4. *Inventory phase.* È il periodo che segue immediatamente l'impatto della

sciagura, quando i sopravvissuti emergono e valutano la situazione. Innanzitutto, essi controllano e verificano la salvezza dei membri della loro famiglia, poi cercano amici e conoscenti. Le reazioni fisiche ed emotive che si accompagnano a questa fase vanno dalla confusione, lo stordimento, l'apatia, lo shock, la passività e il ritiro, a un senso di incredulità rispetto a quanto avvenuto. Tante persone esprimono profondo sollievo e gratitudine per essere salvi. Alcuni provano un senso di euforia. Molte di queste reazioni sono adattive, e consentono all'individuo di non essere sopraffatto dallo stress dell'evento e lo aiutano a adattarsi gradualmente alla realtà.

5. *Rescue phase*. In questa fase si mette in moto l'azione d'emergenza.

Coloro, tra i sopravvissuti, che sono incolumi o presentano danni lievi, iniziano immediatamente a tentare di salvare le vittime intrappolate e forniscono i primi aiuti. Quando poi arrivano i soccorritori, generalmente i sopravvissuti vengono evacuati e i feriti portati in ospedale.

6. *Recovery phase*. Durante questa fase, nonostante gli aiuti offerti, le persone continuano a sperimentare reazioni connesse alle perdite personali. L'intontimento, la confusione, l'incredulità cominciano a dipanarsi e lasciano il posto alla dura realtà delle perdite. A questo punto sopraggiungono la delusione e l'amara consapevolezza di ciò che si è perso. La disperazione, l'angoscia e il dolore prendono il sopravvento. Le persone passano attraverso le varie tappe della negazione, della rabbia, della negoziazione, della depressione e dell'accettazione. Altre reazioni possono includere mancanza d'appetito, difficoltà a dormire, sentimenti di apatia o vuoto emozionale.

Alcuni soggetti possono addirittura sentirsi in colpa per essere sopravvissuti mentre altri sono morti.

7. *Reconstruction phase*. Questa fase non include solo la ricostruzione materiale per esempio, della casa - ma anche il lungo processo di adattamento. La velocità e la modalità della ripresa dipendono in larga parte dal grado e dall'estensione delle perdite, dalle risorse economiche disponibili, dal supporto della famiglia, dei parenti, degli amici, della comunità e dalla coesione familiare. Spesso le vittime di disastri riferiscono di provare, nel corso di questa fase, un senso di fatica, di

tristezza, di apatia, di disorganizzazione.

4.6 Crisis intervention service

Molte persone, quando vivono una situazione stressante, mettono in atto diverse strategie di coping fino a che lo stress persiste. Quando l'emergenza è unica e la tensione è grave, gli abituali meccanismi possono non essere efficaci e le persone possono rimanere ansiose e confuse. L'aiuto è necessario, ed è tanto più efficace quanto più viene offerto rapidamente.

Il crisis intervention rappresenta un'invasione tempestiva nella vita di una persona nel momento in cui le sue strategie di fronteggiare particolari situazione si mostrano inefficaci. Lo scopo è facilitare il ritorno al livello di funzionamento precedente alla sciagura, il prima possibile. Le principali fasi di questo intervento sono le seguenti:

1. Stabilire un rapporto: occorre mostrare al soggetto che lo si comprende, che si è realmente interessati ad ascoltarlo e aiutarlo.

Identificare, definire e focalizzare il problema: spesso le vittime di disastri sono confuse, caotiche e disorganizzate nel pensiero e nel funzionamento.

2. Spesso sono presenti diversi problemi, ma è opportuno identificarne subito uno, il più immediato e possibilmente il più facilmente risolvibile. Un passo avanti, infatti, dà al soggetto un feedback positivo rispetto all'acquisizione di un senso di controllo.

Valutare i problemi: è importante valutare la gravità dei problemi della vittima e contemporaneamente è opportuno analizzare anche le sue risorse, la sua personalità complessiva, il suo stile di vita. In questo modo è possibile stabilire delle priorità e considerare eventuali rimedi.

3. Valutare le risorse disponibili: si tratta di esplorare le possibili fonti di aiuto esterne per la soluzione dei problemi, come la famiglia, gli amici, i parenti, la rete di supporto sociale, ecc.

4. Sviluppare e implementare un piano: spesso una difficoltà comune tra gli operatori d'aiuto risulta essere la tentazione di risolvere tutti i problemi di chi si rivolge loro. Invece, lo scopo del sostegno è quello di aiutare le persone a riappropriarsi della propria indipendenza, suggerendo magari delle alternative non considerate prima. È fondamentale evitare promesse o soluzioni che non è possibile offrire.

5. Follow-up: è auspicabile controllare e verificare, a distanza di tempo, come sta andando la vita del soggetto.

4.7 L'impatto degli eventi catastrofici sui soccorritori

Non solo le vittime, ma anche i soccorritori sono soggetti a importanti stress. Al riguardo, le tre principali fonti di stress sono così identificabili:

1. fattori oggettivi: per es., stimoli traumatici, fallimento della missione, errori umani, gravi danni a bambini, eventi che causano la morte di colleghi, necessità di compiere scelte difficili;
2. fattori soggettivi: per es., tendenza a identificarsi con la vittima, bisogno del soccorritore di tenersi a distanza dalle vittime, mancanza di idonee strategie di fronteggiare lo stress e/o inadeguate capacità di valutare la propria tolleranza dello stress;
3. inadeguatezze dell'organizzazione: per esempio, eccesso di responsabilità o di abilità richieste, conflitti interni all'organizzazione, carenze nei processi di selezione e formazione dei soccorritori, mancanza di programmi per il supporto psicologico dei soccorritori.
4. Inoltre ci sono fattori esterni e interni al soccorritore che lo predispongono al rischio di stress eccessivo. Tra i fattori esterni si possono citare l'intensità dell'esposizione a circostanze pericolose, il numero di immagini, suoni o comunque percezioni vissute come minacciose, la vicinanza al pericolo, le perdite oggettive subite, la qualità delle risorse sociali a disposizione (reti di sostegno sociale, protezione e soccorsi materiali, aiuto psicologico professionale).

Tra i fattori interni o personali sono da sottolineare la valutazione della situazione di stress (pericolosità, imprevedibilità, incontrollabilità), i disturbi derivanti da stress precedenti e il tipo di personalità (per es., ottimismo, preparazione professionale, stabilità emotiva).

Il soccorritore presenta una soglia di tolleranza dello stress più alta di quella media e ciò, in genere, lo protegge dal trauma. Va tuttavia tutelato dallo stress indotto da ogni attività di soccorso che causa una forte ripercussione sia somatica che emotiva. I

principali fattori di prevenzione dei disturbi emozionali del soccorritore sembrano essere: un adeguato training personale, una discreta consapevolezza delle proprie motivazioni, una chiara definizione di ruoli, precedenti esperienze di intervento in catastrofi e una tranquilla vita affettiva (per esempio coniugato piuttosto che single). Inoltre sono stati condotti studi sulle strategie di coping (Lazarus, 1966) utilizzate dagli operatori per ridurre il loro stress, e da queste ricerche è emerso che l'umorismo è una delle strategie di coping individuali e di gruppo che offre un possibile contributo positivo all'adattamento individuale. È infatti sempre più diffusa l'idea che l'umorismo, utilizzato in modo adeguato, possa fornire un certo grado di riduzione della tensione e facilitare la reinterpretazione di una data situazione (Moran e Massan, 1997; Sbattella e Molteni, 2008). Le persone con un forte senso dell'umorismo non provano meno stress, ma sono capaci di generare humour per affrontarlo: in circostanze più estreme, l'umorismo può essere usato per proteggere il Sé distanziando l'individuo dallo stressor.

Le modalità d'intervento sui soccorritori possono essere suddivise in:

1. strategie generali: selezione del personale, programmazione di ritmi di lavoro adeguati, riduzione al minimo delle tensioni comunicative all'interno dell'organizzazione stessa;
2. strategie "prima dell'evento", in genere attuate attraverso piccoli e grandi gruppi: informazione e formazione, cioè gestione dello stress, rischi, comunicazione verbale e non, rudimenti sull'autostima e sull'assertività, apprendimento delle tecniche di rilassamento;
3. strategie "dopo l'evento", in genere attuate attraverso piccoli gruppi: defusing, debriefing, brevi interventi psicoterapeutici, EMDR, ipnoterapia, strategie cognitivo-comportamentali;
4. strategie individuali: psicoterapia personale, terapia cognitivocomportamentale, terapia focalizzata sulle emozioni, immaginazione guidata, SIT, *rewind*, psicoterapie dinamiche.

4.8 La Direttiva del Presidente del Consiglio dei Ministri 13 giugno 2006 in materia di intervento in caso di catastrofe

Nella "Gazzetta ufficiale" del 29 Agosto 2006, n. 200, del 29/08/2006 è stata pubblicata la Direttiva del Presidente del Consiglio dei Ministri 13 giugno 2006

Criteri di massima sugli interventi psicosociali da attuare nelle catastrofi. Tale direttiva è stata recepita dalle Regioni, e in essa si è prevista la costituzione di Équipe psicosociali per le emergenze. Si tratta di una direttiva perfezionabile che ritornerà sul tavolo della Protezione Civile Nazionale dopo la sperimentazione sul campo. Secondo questa direttiva, i disastri, siano essi di origine naturale o causati dall'uomo, possono essere distinti, in base alla loro entità, in “eventi catastrofici a effetto limitato” oppure in “eventi catastrofici che travalicano le potenzialità di risposta delle strutture locali”, come già proposto nella sopracitata “Gazzetta ufficiale” del 2001. In entrambi i casi si differenziano dalle situazioni di emergenza individuale o di piccola scala, in quanto necessitano di una risposta qualitativamente diversa; il contesto delle maxi emergenze richiede infatti l'utilizzo di metodologie e procedure peculiari che prendano in considerazione il numero dei soggetti coinvolti e la precarietà delle condizioni ambientali che si vengono a determinare.

È inoltre opportuno osservare che le catastrofi possono produrre effetti di lunga durata sulle persone e mettere a dura prova le capacità di reazione e di adattamento sia del singolo individuo che dell'intera comunità. Si assiste infatti in questi casi al venir meno delle risorse di autoprotezione, normalmente presenti in un gruppo di individui che condividono le stesse abitudini di vita, e pertanto è necessario che gli interventi psicosociali adottati tengano nella massima considerazione le caratteristiche specifiche di quel territorio e della comunità che lo abita.

Da tali considerazioni scaturisce l'esigenza di fronteggiare i bisogni psicosociali che si manifestano a seguito di emergenze nazionali attraverso azioni e interventi coordinati in grado di garantire risposte efficaci e di qualità.

A questo fine sono stati redatti i presenti criteri di massima il cui contenuto è così suddiviso:

1. rete organizzativa, articolata in strutture di riferimento e risorse umane dedicate;
2. destinatari degli interventi;
3. scenari d'azione.

4.9 Principali indicazioni a livello internazionale: le direttive europee e il modello canadese

Circa un anno fa, il Consiglio dell'Unione Europea ha ribadito la fondamentale importanza dell'intervento psicosociale in casi di emergenze e catastrofi,

riconoscendo e assodando alcuni concetti chiave al fine di garantire il supporto dei singoli e delle comunità in situazioni critiche ed emergenziali. Infatti, il Consiglio dell'Unione Europea, in ragione e sulla scorta delle discussioni svolte a Madrid l'8 e il 9 febbraio 2010 in occasione del seminario della presidenza sull'intervento psicosociale in caso di situazioni d'emergenza e catastrofi, ha invitato, tramite il progetto sviluppato in tale occasione, i 15 Stati membri, per quanto i loro sistemi di protezione civile e le loro altre pertinenti autorità lo richiedano, a rispettare una folta serie di parametri, che riportiamo fedelmente qui di seguito:

1. provvedere a includere l'intervento psicosociale nelle varie fasi di gestione dei rischi e delle emergenze (prevenzione, intervento e riabilitazione);
2. agevolare e sostenere lo sviluppo della resilienza del singolo e della comunità, facendo ricorso a programmi sociali di prevenzione per rafforzare la capacità dei gruppi colpiti da catastrofi;
3. promuovere l'inserimento di specifici gruppi o esperti di intervento psicosociale nei sistemi di risposta alle emergenze previsti nei piani di protezione civile ai vari livelli (locale, regionale, nazionale) al fine di agevolare il coordinamento tra le loro azioni e le azioni di altri gruppi operativi o istituzioni a livello di sede centrale o sul terreno con i quali possono interagire;
4. incoraggiare lo sviluppo di programmi integrati di gestione dello stress che permettano un'adeguata formazione psicosociale del personale per i vari servizi d'emergenza (vigili del fuoco, polizia, servizi sanitari, ecc.) e di altre categorie di personale se del caso al fine di:
5. aumentarne la capacità di autoprotezione psicosociale e la capacità di gestione dello stress nelle situazioni critiche;
6. individuare i concetti base del sostegno psicosociale intesi a migliorarne le prestazioni nello svolgimento dei compiti di soccorso e trattamento delle vittime;
7. tenere presente la riabilitazione psicosociale a medio e lungo termine nei vari aspetti della vita sociale, sviluppando programmi multidisciplinari che coprano tutti i campi dell'istruzione, della salute e dell'attività Umanitaria istituzionale e coinvolgendo attivamente i diversi settori che potrebbero essere stati colpiti dalla catastrofe e le organizzazioni locali (associazioni di

volontari, ecc.);

8. includere anche programmi specifici di percezione e di comunicazione dei rischi a livello locale nel contesto della gestione dei rischi;
9. includere attività di valutazione e monitoraggio per tutto il sostegno psicosociale prestato sul campo; e ha invitato la Commissione a:

a) assicurare che gli aspetti psicosociali siano integrati nelle attività del meccanismo di protezione civile dell'Unione, incluso il programma sullo scambio di esperti, al fine di sviluppare la resilienza psicosociale;

b) aggiornare i programmi formativi previsti dal meccanismo per inserire nuovi contenuti psicosociali nei corsi di formazione esistenti;

c) consentire l'inclusione nella banca dati degli esperti del meccanismo di esperti psicosociali da utilizzare, se necessario, per l'intervento nel quadro del meccanismo;

d) agevolare il collegamento in rete degli esperti psicosociali nel quadro del meccanismo, al fine di rafforzare e promuovere le loro funzioni di consulenza, formazione, ricerca e scambi di esperienze nonché di informazione, ecc.;

e) esaminare ulteriormente, unitamente agli Stati membri, la necessità e il potenziale valore aggiunto della definizione di orientamenti dell'UE nel settore del sostegno psicosociale, tenendo conto dei lavori esistenti in quest'area.

Tali conclusioni, come detto, evidenziano l'importanza di predisporre squadre psicosociali multidisciplinari professionali finalizzate al sostegno nelle diverse fasi di catastrofe e post-catastrofe; tali realtà operative considerino le variegate realtà individuali e sociali, percorrendo una strada operativa sinergica e armoniosa provvedendo a facilitare e a rafforzare una cooperazione internazionale tesa a sviluppare una resilienza personale e comunitaria innanzi a minacce e catastrofi.

Ulteriormente, tra le normative internazionali è interessante prendere in considerazione l'organizzazione canadese in ambito di emergenza.

Secondo questa organizzazione, in un disastro di larga scala, l'ampiezza, l'urgenza e l'intensità delle necessità umane e il grado della disorganizzazione sociale sono così vasti che le risorse dei servizi ordinari della comunità sociali non sono di norma in grado di farvi fronte. La situazione richiede pertanto, allo scopo di attivare gli urgenti supporti fisici e personali, fino a che non vengono attivati e siano effettivi i programmi a lungo termine, l'implementazione di un sistema di servizi di risposta all'emergenza sociale.

L'Emergency Social Service/ESS è un'organizzazione di risposta all'emergenza progettata per provvedere a quei servizi elementari considerati essenziali per il benessere immediato e successivo delle persone colpite da un disastro.

La responsabilità di pianificazione di un ESS. dipende dai servizi umani preesistenti nella comunità e dalle organizzazioni pubbliche.

L'organizzazione di una risposta ESS è costruita dalle organizzazioni dei servizi umani esistenti nella comunità. Il suo ruolo consiste nel supportare e assistere la struttura locale, non di sostituirla.

Un piano di risposta a un'emergenza descrive le misure minime che ogni dipartimento municipale – vigili del fuoco, polizia, ambulanze, trasporti, enti erogatori di luce, acqua e gas, servizi sociali, ecc. - dovrebbe mettere in atto in un'emergenza. Vengono previsti in genere almeno cinque ESS:

1. l'emergency clothing service: è un servizio che si occupa di fornire vestiti;
2. l'emergency lodging service: questo servizio predispone un sicuro, immediato e temporaneo alloggio per le persone evacuate o senza casa;
3. l'emergency food service: fornisce il cibo a chi è stato evacuato, ai lavoratori e ai volontari;
4. il registration and inquiry service: è un servizio che aiuta a riunire le famiglie. Raccoglie informazioni riguardo le condizioni e la collocazione delle persone scomparse;
5. personal service: si occupa dell'accoglienza iniziale delle vittime di disastri; li informa sugli aiuti immediatamente disponibili; offre cure temporanee a bambini soli e ad anziani; offre supporto emozionale immediato e a lungo termine agli individui con problemi personali e necessità creati o acuiti dal disastro. L'obiettivo del Personal Service/PS consiste nel facilitare un rapido recupero delle vittime di una sciagura attraverso:
 - l'offerta di informazioni e di un aiuto immediato, appropriato e personalizzato alle persone con problemi o necessità fisiche, sociali, emozionali o economiche;
 - la proposta di programmi o servizi preventivi a breve e a lungo termine che potrebbero aiutare a ridurre gli stress associati al recupero dal disastro;
 - l'offerta di informazioni a coloro che progettano i servizi umani, ai lavoratori e ai politici riguardo ai problemi e alle necessità create da un disastro e ai servizi che si

occupano di rispondere a questi bisogni.

In seguito ad un disastro il PS fornisce diversi servizi, che si dividono in “risposte immediate” e “risposte a breve e a lungo termine”.

Le prime comprendono:

- l'accoglienza delle vittime e l'offerta di informazioni sull'aiuto immediatamente disponibile;
- il supporto emozionale, che si esprime attraverso la comprensione, l'empatia e la rassicurazione da parte dello staff;
- il prendersi cura di bambini soli che in vario grado, di norma, quando vengono allontanati dai loro genitori e dalla loro casa, sperimentano sentimenti di perdita e paura;
- l'assistenza ad anziani o adulti con handicap; la cura dei residenti che per ragioni di sicurezza vengono allontanati dal loro ambiente familiare e dalle loro normali abitudini quotidiane;
- l'assistenza economica e materiale, per garantire alle persone il soddisfacimento dei bisogni elementari.

Tra le seconde troviamo tutti quei programmi di supporto e quei servizi che permettono ai sopravvissuti di fronteggiare le ripercussioni della sciagura. L'organizzazione del PS dovrebbe essere sufficientemente flessibile da rispondere alle varie richieste e situazioni d'emergenza.

Conclusioni

La psicologia delle emergenze è una branca della psicologia in continuo divenire, in particolar modo per gli aspetti squisitamente applicativi, per le metodologie di intervento sul campo e per quanto concerne le modalità di raccordo tra le figure multidisciplinari che si trovano a operare in tali contesti.

Ciò che preminentemente interessa far comprendere agli addetti ai lavori, personale tecnico e volontari, ma anche a coloro che, per mero interesse conoscitivo, si avvicinano a questo argomento/professione, è la fondamentale importanza di una formazione ad ampio spettro, sorretta da una impalcatura relativamente solida di direttive e linee-guida in merito agli interventi psicosociali in situazioni di emergenza. Difatti, se è vero che la formazione sulle strategie fattive risulta essere un momento saliente e fondante per questa pratica professionale, appare comunque precipua, per i professionisti di quest'area operativa, una chiara definizione teorica delle diverse componenti che ritroviamo in questi complessi eventi. Ciò al fine di ribadire la fondamentale importanza di un costante aggiornamento e di una

continuativa formazione rispetto agli aspetti legislativi e normativi che sottendono l'attività degli psicologi nelle emergenze gravi, ma anche tenendo presente che i suddetti aspetti edificano un'etica attiva spendibile in tutte le professioni che, come fine, si prefiggono l'aiuto e il sostegno delle persone in difficoltà.

Bibliografia

Documenti 1ª – 2ª – 3ª e 4ª.

(Psicologi – ordine dei psicologi della Regione Lazio) “Linee di intervento di supporto psico-sociale in emergenza” a cura del Gruppo Approfondimento Psicologia dell'Emergenza.

PSYLAZIO Registro Ufficiale 0003781- 08.06.2012.

Bibliografia correlata alla pubblicazione anzidetta:

Axia G. Ph.D. (2006): “*Emergenza e psicologia. Mente umana, pericolo e sopravvivenza*”. Il Mulino.

Axia G., Scrimin S., Tremolata M. (2004) “Basi teoriche per la psico- oncologia pediatrica”, in Axia

(a cura di) *Elementi di psico-oncologia pediatrica*, Carocci.

Bering R., Schedlich C., Zurek G., Kamp M., Fischer G. (2008) *Manual for implementing the*

Cologne Risk Index-Disaster in the context of major loss situations, EUTOPA [http://www.eutopainfo.](http://www.eutopainfo.eu/fileadmin/products/eng/TGIP_EUTOPA_I_web_en.pdf)

[eu/fileadmin/products/eng/TGIP_EUTOPA_I_web_en.pdf](http://www.eutopainfo.eu/fileadmin/products/eng/TGIP_EUTOPA_I_web_en.pdf)

Birnbaum F., Coplon J., Scharff I. (1973) *Crisis intervention after a natural disaster*. Social

Casework, 54.

Blake D.D., Weathers F.W., Nagy L.M., Kaloupek D.G., Klauminzer G., Charney D., Keane T.M.

(1990). *A clinician rating scale for assessing current and lifetime PTSD: The CAPS-1*. The

Behavior Therapist, 13, 187-188.

Blaze J. T., Shwalb D. W. (2009), *Resource loss and relocation: A follow-up study of adolescents two years after Hurricane Katrina*. Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy, 1942-9681, Vol. 1, Numero 4. US: Educational Publishing Foundation

Bowman S. (1975) *Disaster intervention: from the inside*. Articolo presentato al Meeting annuale dell' American Psychological Association, Chicago Illinois.

Briere J. (1995) *Trauma Symptom Inventory professional manual*. Psychological Assessment Resources, Odessa, FL.

(Castelletti, 2007)

Castelli C., Sbattella F. (2003), *Psicologia dei disastri. Interventi relazionali in contesti di emergenza*. Carocci, Roma.

Cimbro C. (2006), *Reazioni emotive alle emergenze negli adulti e nei bambini*. <http://www.psicotraumatologia.org/download/reazioniemotive.pdf>

Cohen R. E. (1990) Post-disaster mobilization and crisis counseling: Guidelines and techniques for developing crisis-oriented services for disaster victims. In: Roberts A.R. (Ed.). *Crisis Intervention Handbook: Assessment, Treatment and Research*, Wadsworth, California.

Cusano M. (2002) , *Reazioni psicologiche nelle situazioni di crisi*, in Lo Iacono, A., Troiano, M: "Psicologia dell'Emergenza". Editori Riuniti, Roma

Cusano M., Napoli A. (2005), *Fondamenti di Psicologia dell'Emergenza*, in Giannantonio, M., "Psicotraumatologia e Psicologia dell'emergenza". Ecomind, Salerno (assenza di emozioni, inibizione emotiva)

DeVoe E. R., Klein T. P., Bannon W. Jr., Miranda-Julian C. (2011), *Young children in the aftermath of the World Trade Center attacks*. Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy, 1942-9681, Vol. 3, Numero 1. US: Educational Publishing Foundation

Diaz J., *Integrating psychosocial programs in multisector responses to international disasters*. American Psychologist, 0003-066X, 2008, Vol. 63, Numero 8 US: American Psychological Association

[Direttiva del Presidente del Consiglio dei Ministri del 13/06/2006 – "Criteri di massima sugli interventi psico-sociali da attuare nelle catastrofi" (G.U. n. 200 del 29/08/2006).

Doherty T. J., Clayton S. (2011), *The psychological impacts of global climate change*. American Psychologist, 0003-066X, Vol. 66, Numero 4 US: American Psychological Association

Fishbach A., Henderson M. D., Koo M. (2011), *Pursuing goals with others: Group identification and motivation resulting from things done versus things left undone*. Journal of

Experimental
 Psychology: General, 0096-3445, Vol. 140, Numero 3. US: American Psychological Association

Furlan, P.M. (2003). *L'intervento psichiatrico e psicologico negli eventi catastrofici*. Regione Piemonte, Torino.

Giannantonio M., a cura di (2003), *Psicotraumatologia e Psicologia dell'Emergenza*. Ed. Ecomind, Salerno

Giusti E., Montanari C. (2000), *Trattamenti psicologici in emergenza con EMDR per profughi, rifugiati e vittime di traumi*. Sovera, Roma

Grano, M. (2009). Sofferenza psicologica ed esistenziale nei soccorritori volontari in contesti d'emergenza. *Ricerca di Senso*, Vol.7, n. 2, 197-229.

Hafstad G., Kilmer, R., Gil-Rivas V. (2011), *Posttraumatic growth among Norwegian children and adolescents exposed to the 2004 tsunami*. Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy, 1942-9681, 2011, Vol. 3, Numero 2. Educational Publishing Foundation, US.

Hebert C, Di Donna F. (2006), *Capire e superare il trauma*. Edizioni Erikson, Roma

Hirschel M. J., Schulenberg S. E. (2009), *Hurricane Katrina's impact on the Mississippi Gulf Coast: General self-efficacy's relationship to PTSD prevalence and severity*. Psychological Services, 1541-1559, Vol. 6, Numero 4 US: Educational Publishing Foundation

Horowitz M.J., Wilner N., Alvarez W. (1979) *Impact of Event Scale: Measure of subjective distress*. Psychosomatic Medicine, 41, 209-218.

Kaniasty K. (2012), *Predicting social psychological well-being following trauma: The role of postdisaster social support*, in Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy, 1942-9681, Vol. 4, Numero 1. Educational Publishing Foundation, US.

Kapor Stanulovic N. (2005), *Psicologia dell'emergenza. Intervento con i bambini e gli adolescenti*. Carocci, Roma

Kaslow F. (1976) *Crisis intervention theory and technique*. Intellect Magazine, gennaio.

La Greca A. M., Silverman W. K., Lai B., Jaccard J. (2010), *Hurricane-related exposure experiences and stressors, other life events, and social support: Concurrent and prospective impact on children's persistent posttraumatic stress symptoms*. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 0022-006X, Vol. 78, Numero 6. US: American Psychological Association

Levi P. (1947) *Se questo è un uomo*, Einaudi 1997

Levy M. S. (2008), *The impact of Katrina: Shedding light on things forgotten*. Professional

Psychology: Research and Practice, 0735-7028, Vol. 39, Numero 1 US: American Psychological Association

Ligabue S. (2008): Rispondere al trauma Quaderni di Psicologia, analisi transazionale e scienze umane. N. 49.

Lo Iacono A., Troiano M. (2002), *Psicologia dell'emergenza*. Editori Riuniti, Roma.

Lowe S. R., Chan C. S., Rhodes J. E. (2010), *Pre-hurricane perceived social support protects against psychological distress: A longitudinal analysis of low-income mothers*. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 0022-006X, Vol. 78, Numero 4 US: American Psychological Association

McGee R.K. (1968) *Some basic considerations in crisis intervention*. Community Mental Health Journal, 4.

McGee R.K. (1974) *Crisis intervention in the community*. University Park Press, Baltimora.

Mancinella A.(2009) “Interventi specifici per soggetti a rischio” , Notiziario dell'ordine degli psicologi del Lazio n.3 . Speciale emergenza terremoto.

Margolin G., Ramos M. C., Guran E. L. (2010), *Earthquakes and children: The role of psychologists with families and communities*. Professional Psychology: Research and Practice, 0735-7028, Vol. 41, Numero 1. US: American Psychological Association

Mayou R., Bryant B., Ehlers A. (2001) “Prediction of psychological outcomes one year after a motor vehicle accident”, in *American Journal of Psychiatry*, 158, 1231-1238.

Metzl E. S. (2009), *The role of creative thinking in resilience after hurricane Katrina*. Psychology of Aesthetics, Creativity, and the Arts, 1931-3896, Vol. 3, Numero 2 US: American Psychological Association

Mitchell, J.T., Everly, G.S. (2000). Critical Incident Stress Management and Critical Incident Stress Debriefing: Evolutions, Effects and Outcomes. In B. Raphael, J.P. Wilson (Eds.), *Psychological Debriefing: Theory, practice and Evidence* (77-90). Cambridge: Cambridge University Press.

Napoli, A. (2003). L'intervento di psicologia dell'Emergenza nelle catastrofi. In M. Giannantonio, *Psicotraumatologia e Psicologia dell'Emergenza* (335-364). Salerno: Ecomind.

Norris F. H., Phifer J. F., Kaniasty K. (1994) Individual and community reactions to the Kentucky floods: Findings from a longitudinal study of older adults. In: Ursano R.J., McCaughey B.G., Fullerton C.S. (Eds.). *Individual and Community Responses to Trauma and Disaster:*

The Structure of Human Chaos, Cambridge University Press, Great Britain.

North C. S. (2010), *A tale of two studies of two disasters: Comparing psychosocial responses to disaster among Oklahoma City bombing survivors and Hurricane Katrina evacuees*. Rehabilitation Psychology, 0090-5550, Vol. 55, Numero 3 US: American Psychological Association

Ortiz C. D., Silverman W. K., Jaccard J., La Greca A. M. (2011), *Children's state anxiety in reaction to disaster media cues: A preliminary test of a multivariate model*. Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy, 1942-9681, Vol. 3, Numero 2. US: Educational Publishing Foundation

Osofsky J. D. (2008), *In the aftermath of Hurricane Katrina: A personal story of a psychologist from New Orleans*. Professional Psychology: Research and Practice, 0735-7028, , Vol. 39, Numero 1 US: American Psychological Association

Pietrantonì, L., Prati, G. (2009). *Psicologia dell'emergenza*. Bologna: Il Mulino.

Pietrantonì L., Prati G., Palestini L. (2008) *Il primo soccorso psicologico nelle maxi-emergenza e nei disastri*. Ed. CLUEB, Bologna.

Prati, G., Palestini, L., Pietrantonì, L. (2009). Coping strategies and professional quality of life among emergency workers. *Australasian Journal of Disaster and Trauma Studies*, 1.

Solomon, R.M., Macy, R.D. (2009). La gestione dello stress da eventi critici. In M. Giannantonio, *Psicotraumatologia. Fondamenti e strumenti operativi* (263-285). Torino: Centro Scientifico Editore.

Polusny M. A., Ries B. J., Meis L. A., De Garmo D., McCormick-Deaton C. M., Thuras P., Erbes C.

R. (2011), *Effects of parents' experiential avoidance and PTSD on adolescent disaster-related posttraumatic stress symptomatology*. Journal of Family Psychology, 0893-3200, , Vol. 25, Numero 2. US: American Psychological Association

Pynoos R. S, Fairbank J. A., Steinberg A. M., Amaya-Jackson L., Gerrity E., Mount M. L., Maze J. (2008), *The National Child Traumatic Stress Network: Collaborating to improve the standard of care*. Professional Psychology: Research and Practice, 0735-7028, Vol. 39, Numero 4 US: American Psychological Association

Sbattella F. (2009) *Manuale di Psicologia dell'Emergenza*. Ed. Franco Angeli, Milano.

Smith L. (1977) *Crisis intervention theory practice*. Community Mental Health Review, 2, 1.

Taylor, A., Frazer, A. (1981). *Psychological sequelae of operation overdue following the DC10 aircraft crash in Antarctica*. Wellington NZ: Victoria University, Department of

Psychology.

Taylor A.J. (1987), *A taxonomy of disasters and their victims*. Journal of Psychosomatic Research, 31 (5), 535-544

Taylor A.J. (1999), *Towards the classification of disasters and victims*. Traumatology, 5 (2), 12-25.

Teigen K. H., Jensen T. K. (2011), *Unlucky victims or lucky survivors? Spontaneous counterfactual thinking by families exposed to the tsunami disaster*. European Psychologist, 1016-9040, Vol. 16, Numero 1 Germany: Hogrefe Publishing

Van der Hart, O., Nijenhuis, E.R.S., Steele, K. (2011). *Fantasmî nel sé. Trauma e trattamento della dissociazione strutturale*. Milano: Raffaello cortina Editore.

Van Emmerik, A.A.P., Kamphuis, J.H., Hulsbosch, A.M., Emmelkamp, P.M.G. (2002). Single session debriefing after psychological trauma: a meta-analysis. *The Lancet*, 360 (9335): 766-771.

Vernberg E. M., Steinberg A. M., Jacobs A. K., Brymer M. J., Watson P. J., Osofsky J. D., Layne C. M., Pynoos R. S., Ruzek J. I. (2008), *Innovations in disaster mental health: Psychological first aid*. Professional Psychology: Research and Practice, 0735-7028, Vol. 39, Numero 4. US: American Psychological Association

White K., Van Boven L. (2011), *Immediacy Bias in Social-Emotional Comparisons*. Emotion. American Psychological Association, US.

Watson P.J., Brymer M. J., Bonanno G. A.(2011), *Postdisaster psychological intervention since 9/11*. American Psychologist, 0003-066X, Vol. 66, Numero 6.American Psychological Association, US.

Williams R. (2009): "Trauma e relazioni", Raffaello Cortina

Young B.H. et al. (2002) *L'assistenza psicologica nelle Emergenze*. Ed. Erickson, Trento

Young, B.H. et al. (2002). *L'assistenza psicologica nelle emergenze. Manuale per operatori e organizzazioni nei disastri e nelle calamità*. A cura di "Psicologi per i popoli". Tre

Zuliani A. (2006) *Manuale di Psicologia dell'Emergenza*. Ed. Maggioli, Santarcangelo di Romagna (RN).

