



ISSN 2280-9120



Rivista di

Psicologia dell'Emergenza e dell'Assistenza Umanitaria

SEMESTRALE DELLA FEDERAZIONE PSICOLOGI PER I POPOLI

Numero 8, 2012



Donatella Galliano, Stefania Greco, Sabrina Rocchia, Nicoletta Serraino
**L'ambulatorio psicologico del Posto di Assistenza
Socio Sanitaria**

Con un'introduzione di Federico Federighi

Riassunto

L'esperienza pratica nel contesto di emergenza ha permesso di individuare con sempre maggiore chiarezza l'entità e la qualità dei bisogni sanitari affioranti nella popolazione colpita. Obiettivo di questo contributo è la presentazione del Posto di Assistenza Socio Sanitaria/PASS, struttura sanitaria campale che si propone di supportare il sistema sociosanitario territoriale colpito dalla catastrofe. Tale struttura può offrire alla popolazione, in coordinamento con il servizio sanitario locale, un'assistenza sanitaria non urgentistica attraverso personale qualificato e proveniente da zone non interessate dall'evento, e sostituito, appena possibile, dal personale sanitario locale. Obiettivo specifico di questo lavoro è la presentazione dell'ambulatorio psicologico del PASS che si propone di supportare il servizio di psicologia della struttura sanitaria colpita dalla calamità e di supportare la ripresa delle attività psicologiche da parte dei colleghi locali. L'ambulatorio psicologico del PASS può garantire da un lato la continuità dei processi di cura e i Livelli Essenziali di Assistenza/LEA dal punto di vista psicologico, così come avviene nell'istituzione pubblica in tempi di pace, dall'altro offrire una competenza professionale specifica nella prevenzione, nell'identificazione e nell'eventuale successivo trattamento delle reazioni psicologiche a eventi traumatici.

Parole chiave: PASS, struttura sanitaria non urgentistica, ambulatorio campale, tutela della salute mentale, professionalità qualificata.

Abstract

The practical experience in emergency situations allowed the clear individuation of the entity and of the quality of the health needs of the population hit by the catastrophe. The purpose of this contribution is to present the PASS ("Posto di Assistenza Socio-Sanitaria", i.e. sociomedical assistance place), a health structure aimed at supporting the territorial health system hit by the catastrophe. This structure can offer the population a non-urgent health assistance with qualified non-local health personnel that would be replaced, as soon as possible, by the local health personnel. The specific purpose of this contribution is to present the Psychological Ambulatory Care of PASS, which proposes replacing the Psychology Service of the health structure hit by the calamity and to support the resumption of the local psychological activity. The Psychological Ambulatory Care of PASS can guarantee both the continuity of the care processes and the LEA ("Livelli Essenziali di Assistenza", i.e. fundamental levels of assistance), as expected by the public institution in times of peace, and the offer of a specific professional competence in the identification and the possible treatment of the psychological reactions to the traumatic events.

Key words: PASS, non-urgent health structure, field ambulatory, mental health care, professionalism qualified.

Introduzione. I Posti di Assistenza Socio Sanitaria/PASS: le nuove strutture sanitarie campali per l'assistenza sanitaria e psicosociale

Le gravi catastrofi possono togliere brutalmente e improvvisamente a un alto numero di persone l'assistenza sanitaria e sociale su cui si basa l'equilibrio, spesso fragile, della loro salute e delle loro esistenze. Gli effetti di una catastrofe possono rendere inagibili studi medici e consultori e indisponibili gli specialisti che vi operano, riducendo o sospendendo per tempi imprevedibilmente lunghi l'assistenza di medici di famiglia, pediatri di libera scelta, infermieri di territorio, psicologi e altri specialisti ambulatoriali. Inoltre una percentuale consistente della popolazione italiana tiene sotto controllo severe malattie croniche (diabete, ipertensione, epilessia, asma, ecc.) grazie alla regolare assunzione di farmaci e alla facile accessibilità delle cure ambulatoriali o domiciliari; l'improvvisa sospensione delle quali può esporre ad acutizzazioni pericolose delle loro patologie. Devono essere anche considerati gli effetti che le catastrofi provocano sulla salute psicologica delle vittime, il cui trattamento richiede specialisti qualificati che possano operare in ambienti adeguati, come evidenziato anche ultimamente durante i soccorsi ai naufraghi della nave Costa Concordia, che, come è noto, ha subito un incidente in prossimità dell'isola del Giglio. Il sistema nazionale di protezione civile può dispiegare in breve tempo un numero relativamente alto di Posti Medici Avanzati/PMA, ma i medici e gli infermieri che vi operano sono necessariamente specializzati in triage, stabilizzazione ed evacuazione dei feriti e dei pazienti più critici; tali operatori sono dunque inadatti alle necessità di assistenza sociosanitaria di cui necessita la popolazione "illesa". Il Posto di Assistenza Socio Sanitaria/PASS è un nuovo tipo di struttura sanitaria campale che il Dipartimento della Protezione Civile, dopo uno studio sulle esigenze sanitarie manifestate dalle popolazioni colpite da calamità, in particolare durante il terremoto de L'Aquila nel 2009, ha proposto al Gruppo Tecnico Interregionale Sanità, al Gruppo Tecnico Interregionale Protezione Civile e alla Consulta del Volontariato. Obiettivo dei PASS è supportare il Sistema Sanitario Regionale colpito dalla catastrofe, ripristinando nel più breve tempo possibile un livello di assistenza sanitaria e psicosociale più vicino possibile a quello precedente all'evento, grazie al dispiegamento tempestivo di "ambulatori campali". A tale scopo i PASS devono giungere sul luogo della catastrofe già equipaggiati con personale sanitario specialistico di adeguata professionalità, ovvero ogni suo operatore sanitario svolge in essi la stessa attività che svolge in ordinario (per es., in ambulatorio medico operano medici di medicina generale in servizio con tale ruolo), garantendo con ciò la qualità dei servizi sanitari che eroga, ma non appena la situazione lo consentirà, il personale sanitario giunto col PASS sarà integrato o sostituito da quello del servizio sanitario competente per territorio. La configurazione del PASS è di fatto quella di un poliambulatorio campale, che prevede nella versione base: area di gestione e coordinamento, area di accoglienza-registrazione pazienti, ambulatorio di medicina generale, ambulatorio pediatrico, ambulatorio per l'assistenza psicologica, ambulatorio infermieristico e consultori per assistenza sociale. Sono auspicabili tuttavia configurazioni in cui sia presente in particolare il presidio farmaceutico, ma se possibile anche

aree di altra specialistica (per es., odontoiatria, oculistica, cardiologia, ginecologia, ecc.). I PASS possono essere costituiti da tende, ma anche da shelters, o combinazioni delle due tipologie, purché ambienti, percorsi e servizi igienici siano adatti all'uso per disabili, anziani e bambini. Va precisato inoltre che, in quanto strutture sanitarie campali, devono essere organizzati per operare in autonomia logistica per almeno 72 ore, salvo essere predisposti per essere allacciabili ai servizi essenziali locali appena ripristinati. Prototipi di PASS sono stati dispiegati sperimentalmente durante l'esercitazione TEREX, svoltasi in Toscana dal 25 al 28 novembre 2010, grazie alla collaborazione di Croce Rossa Italiana, Confederazione Misericordie e ANPAS. Un apposito gruppo di lavoro sta elaborandone la versione definitiva, che potrebbe essere approvata nell'ambito del Comitato Paritetico.

Introduzione all'ambulatorio psicologico del PASS

Illustriamo di seguito il progetto finalizzato alla definizione organizzativa dell'ambulatorio psicologico del PASS. Esso è frutto di un interessante confronto all'interno della comunità degli psicologi della Federazione Psicologi per i Popoli, alimentato anche dalle esperienze maturate sul campo in occasione delle calamità naturali a carattere nazionale e delle esperienze acquisite in campo internazionale. Al fine di avviare la progettazione, si è costituito un gruppo di lavoro formato da professionisti, psicologi psicoterapeuti con formazione clinica e nell'ambito della psicologia dell'emergenza e operante da anni nel SSN, presso le Strutture Complesse/SC di Psicologia delle ASL. Fa parte del gruppo di lavoro un numero ristretto di colleghi appartenenti a Psicologi per i Popoli – Cuneo, poiché a Cuneo il lavoro di progettazione del PASS si muove anche a livello di coordinamento provinciale dei volontari di protezione civile.

L'attività dello psicologo in un contesto di emergenza si declina in diversi interventi ispirati alle linee guida internazionali per la tutela della salute mentale e che insieme costituiscono il sistema di psicologia dei soccorsi.¹ La collocazione dello psicologo nell'ambulatorio psicologico del PASS non ha quindi senso se non all'interno di una organizzazione finalizzata e strategica, dotata di un capillare coordinamento con le azioni psicologiche generali. La struttura sanitaria campale si presenta come un anello nuovo della consolidata catena di interventi sanitari in emergenza, rappresentando la possibilità di supplire l'attività di una struttura sanitaria territoriale, di una ASL o di un suo distretto, nel processo di soccorso. La sua organizzazione prevede l'adeguamento agli standard richiesti dal SSN in tutte le sue dimensioni. Il PASS non ha carattere urgentistico e prevede un intervento sussidiario e non di occupazione. La

¹Con l'espressione "sistema di psicologia dei soccorsi" si intendono la struttura organizzativa dei soccorsi in ambito psicologico e la pianificazione degli interventi gestita dalla collaborazione degli psicologi collocati nelle diverse aree di soccorso, sia di tipo organizzativo che di tipo operativo.

struttura si propone di soddisfare le necessità sanitarie della popolazione nelle fasi successive alla prima emergenza, rispondendo a tutti i bisogni che di norma vengono accolti nelle strutture territoriali delle ASL. L'ambulatorio psicologico del PASS si propone pertanto come supporto del servizio di psicologia locale nelle circostanze in cui esso è sopraffatto dalla catastrofe. L'ambulatorio risponde, come avviene nelle ASL, ai bisogni psicologici non urgenti e avvia l'intervento d'urgenza in caso di necessità, avvalendosi di tutte le risorse locali che in condizioni campali possono essere messe a disposizione dalla Dicomac.²

Fra i suoi obiettivi prioritari il PASS ha quello di sostenere la ripresa delle attività sanitarie locali, operando in rinforzo e in coordinazione con i sanitari competenti per territorio alla gestione generale dei bisogni della popolazione. Così anche l'ambulatorio psicologico si mette a disposizione della locale ASL, implementando le risorse coinvolte nella tutela della salute mentale dei cittadini. In questo modo si vogliono garantire la continuità dei processi di cura e i Livelli Essenziali di Assistenza/LEA, così come avviene nell'istituzione pubblica in tempi di pace.

Il nostro lavoro è iniziato con la rivisitazione dei concetti fondamentali delle linee guida internazionali per la promozione e la tutela della salute mentale e con l'esame della normativa nazionale al fine di definire gli elementi fondamentali a cui attenersi nella progettazione. Si è ritenuto inoltre importante rivedere la normativa inerente l'organizzazione dei servizi di psicologia e la programmazione dell'assistenza psicologica come previsto nel piano sanitario nazionale, evidenziandone gli aspetti collocabili in sede campale e selezionando i LEA mutuabili nell'ambulatorio psicologico del PASS. Abbiamo analizzato le linee di indirizzo nazionali per l'assistenza psicologica erogata dalle strutture organizzative complesse di psicologia, territoriali e ospedaliere, poiché rappresentano il riferimento scientifico e metodologico per l'organizzazione e l'erogazione dell'assistenza psicologica su tutto il territorio nazionale. Peculiarità delle linee di indirizzo è l'attenzione posta allo sviluppo di risposte sempre più appropriate ai bisogni complessi del paziente, dei suoi familiari e del personale sociosanitario e all'integrazione delle risorse. In ultimo, ci sembra importante ricordare che l'esperienza di lavoro personale all'interno dei diversi servizi delle ASL ci ha permesso di avere il riscontro pratico ed esperienziale rispetto ai dati raccolti. La nostra attività professionale ci consente di seguire in prima persona il processo di tutela della salute mentale a partire dalla prevenzione e dall'educazione alla salute, attraverso le successive fasi

² La DiComac (Direzione di Comando e Controllo), come si legge sul sito del Dipartimento di Protezione Civile (www.protezionecivile.it), è l'organo di coordinamento delle strutture di protezione civile a livello nazionale in loco, secondo quanto stabilito da accordi internazionali. Tale organo viene attivato dal Dipartimento della Protezione Civile in seguito alla dichiarazione dello stato di emergenza. La sede operativa della DiComac. deve essere ubicata in una struttura pubblica posta in posizione baricentrica rispetto alle zone di intervento. È opportuno prevedere una sede alternativa qualora, nel corso dell'emergenza, l'edificio individuato risultasse non idoneo.

dell'assistenza psicologica nei diversi ambiti definiti dai cicli di vita, fino al trattamento del disagio psichico e della psicopatologia, nonché alla riabilitazione, ambulatoriale o in struttura. La struttura pubblica ci ha inoltre permesso di maturare una formazione clinica diretta con un bacino di utenza assolutamente vario e con criticità a volte estreme e ha consentito l'apprendimento delle competenze che sottendono il lavoro di equipe. Il processo di tutela della salute mentale è ampiamente descritto sia nelle linee di indirizzo nazionali per l'assistenza psicologica sia nelle linee guida internazionali per i contesti di emergenza. Le linee guida internazionali (IASC³, PFA⁴) evidenziano con molta chiarezza le priorità del soccorso psicologico.

Riportiamo di seguito gli elementi che abbiamo ritenuto fondamentali nella progettazione del PASS e nell'organizzazione dell'ambulatorio psicologico. Le linee guida internazionali riconoscono come prioritarie le problematiche psicologiche e sociali delle popolazioni poste in condizione di emergenza, privilegiando le fasce deboli, incoraggiando letture aperte e interdisciplinari del soccorso e suggerendo modalità operative privilegiate. Esse sottolineano l'importanza degli interventi finalizzati a tutelare e promuovere il benessere psicosociale della popolazione, indipendentemente dal fatto che essi provengano da organismi internazionali o esterni alla comunità oppure da enti locali. Attraverso l'integrazione delle attività di soccorso e di assistenza è possibile raggiungere una buona collaborazione con i servizi sociosanitari locali e lavorare per il rafforzamento delle loro potenzialità curando contestualmente le interazioni umane e professionali con tutti gli operatori. La valorizzazione degli interventi interdisciplinari tra i professionisti coinvolti nelle azioni del soccorso, nell'ottica della tutela della salute mentale, permette di potenziare le risorse e le competenze specifiche di ogni operatore. Il coinvolgimento diretto dei sopravvissuti nelle azioni di soccorso, di tutela e di cura delle persone appartenenti alla comunità diviene un elemento fondante e imprescindibile dell'aiuto prestato a una popolazione. Il supporto psicologico per la tutela della salute mentale viene collocato a livello delle funzioni essenziali per l'intervento di emergenza e affiancato alla sicurezza alimentare, alla garanzia del riparo, alla fornitura dell'acqua e dei servizi igienici (IASC, 2007).

Per quanto riguarda invece il campo nazionale, ormai tutti conosciamo la Direttiva del Presidente del Consiglio dei Ministri del 13 giugno 2006, "Criteri di massima sugli interventi psicosociali da attuare nelle catastrofi"⁵. Essa individua modelli organizzativi adeguati a garantire la presenza degli psicologi in forza al SSN e al volontariato professionale in contesti di emergenza e prevede la costituzione di "equipe psicosociali per l'emergenza".

Dall'analisi dei LEA e delle linee di indirizzo per l'assistenza psicologica

³ IASC (Inter-Agency Standing Committee), *Guidelines on mental health and psychosocial support in emergency settings*, 2007.

⁴ National Child Traumatic Stress Network e National Center for PTSD, *Psychological First Aid/PFD: Field Operations Guide*, 2005.

⁵ *Criteri di massima sugli interventi psicosociali da attuare nelle catastrofi*, G.U. n. 200 del 29.08.2006.

erogata dalle strutture sanitarie organizzative di psicologia⁶ e dallo studio dell'ultimo Piano Socio-Sanitario 2012–2015 della Regione Piemonte⁷ abbiamo evidenziato alcuni riferimenti essenziali per la progettazione dell'ambulatorio campale. Si tratta fondamentalmente dei requisiti qualificanti l'organizzazione e le funzioni delle SC di psicologia, territoriali e ospedaliere. Abbiamo analizzato gli standard organizzativi di struttura e di processo richiesti alle SC di psicologia esaminando le check-list dei requisiti da soddisfare nei diversi livelli di pianificazione. Abbiamo poi considerato le attività e le funzioni che caratterizzano il lavoro di una SC di psicologia mutuando gli interventi pertinenti alle condizioni di emergenza. Sono state escluse, per esempio, le attività a carattere preventivo o gli interventi di abilitazione e riabilitazione o di ricerca. Quindi, abbiamo vagliato le attività psicologiche di ogni area di intervento pertinenti al contesto e si sono esaminate le funzioni e i percorsi assistenziali previsti dai LEA,⁸ declinati secondo la normativa regionale attuativa. Abbiamo selezionato le attività pertinenti al contesto campale cercando di predisporre le azioni essenziali da compiere nel processo di accoglienza e di presa in carico degli assistiti. Particolarmente importanti, e trasversali a tutte le attività dei soccorsi, sono le modalità di comunicazione e di relazione con le persone in tutte le fasi del processo assistenziale. Va ricordato che la competenza nella gestione della relazione e della complessità delle emozioni permette di avviare il processo di coping e di rinforzare le azioni di prevenzione del disagio e quelle indirizzate al sostegno della salute psichica della persona. Spesso le emozioni sono state considerate il punto debole o un intralcio all'efficacia della "macchina dei soccorsi" (Sbattella, 2009). Gli studi e l'esperienza sul campo hanno evidenziato come le emozioni rappresentino la più grande risorsa, individuale e di gruppo, di reazione costruttiva agli eventi potenzialmente traumatici (Sbattella, 2009; De Piccoli, 2007). Abbiamo infine cercato di assumere nella progettazione dell'ambulatorio campale la valutazione dei costi/benefici proposta dalle linee di indirizzo ritenendola nel contesto attuale di grande rilievo sociale. Possiamo dire che l'ambulatorio psicologico, in ogni sua dimensione, a partire dalla struttura all'arredo, è stato improntato al contenimento della spesa e alla razionalizzazione delle risorse, pur mirando al mantenimen-

⁶ *Linee di indirizzo per l'assistenza psicologica erogata dalle strutture organizzative complesse di psicologia territoriali e ospedaliere del SSN - Revisione anno 2009, a cura della Società Italiana di Psicologia dei Servizi Ospedalieri e Territoriali, con la collaborazione dell'Ufficio di Presidenza di Federsanità ANCI Nazionale, il Direttivo Nazionale e Federsanità ANCI Piemonte.*

⁷ *Piano Socio-Sanitario Regionale 2012–2015, Regione Piemonte Sanità.*

⁸ *Livelli Essenziali di Assistenza, ultima revisione aprile 2008. In base all'Intesa Stato-Regioni del 5 ottobre 2006 "Patto sulla salute", e alla Legge 296 del 27 dicembre 2006, i LEA sono stati ridefiniti con il decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 23 aprile 2008, che sostituisce integralmente il decreto del 2001. Il nuovo decreto ha revisionato le prestazioni, arrivando a un totale di oltre 5.700 tipologie di prestazioni e servizi per la prevenzione, la cura e la riabilitazione.*

to del livello quantitativo e qualitativo delle prestazioni erogate potenzialmente dalla struttura. Va ricordato che il nostro progetto è da considerarsi in itinere e vuole individuare gli elementi generali e le caratteristiche minime necessarie all'organizzazione della struttura sanitaria, senza precludere futuri approfondimenti.

Struttura dell'ambulatorio psicologico campale

L'ambulatorio psicologico campale deve garantire lo stesso livello qualitativo dell'assistenza psicologica erogata dalla struttura sanitaria pubblica. Un'adeguata organizzazione dei servizi può permettere una risposta qualificata in tutte le macroaree di competenza psicologica. Le attività dell'ambulatorio psicologico campale vengono programmate e pianificate nei particolari in condizioni di pace, mantenendo gli standard del SSN e cercando di ipotizzare e individuare le possibili esigenze emergenti dopo una calamità. Tutto il materiale necessario a garantire l'efficacia di ogni intervento e gli spazi ambientali idonei a ospitare gli assistiti vengono predisposti prima dell'attivazione. Naturalmente, un'altra importante fase organizzativa verrà svolta successivamente all'attivazione e direttamente sul campo al fine di individuare le peculiarità delle risposte sanitarie necessarie. Riteniamo che un elemento critico dell'organizzazione dell'ambulatorio campale, ma anche del PASS nella sua interezza, sia l'individuazione dei veri bisogni manifestati dalle persone, al di là delle richieste che da loro emergono in quel contesto. Se in un servizio di psicologia di una ASL i dirigenti sanitari si possono avvalere dei dati statistici sull'affluenza degli assistiti, potendo suddividerli in diversi parametri di interesse, per studiare e programmare l'organizzazione della risposta, l'ambulatorio campale potrà avvalersi esclusivamente di un esame di realtà veloce e strategico per intercettare i bisogni della popolazione e progettare la risposta sociosanitaria più adeguata. L'individuazione del disagio della popolazione rappresenta quindi una svolta decisiva nella gestione della risposta, e quest'ultima va analizzata a tutti i livelli dell'organizzazione dei soccorsi. Come sappiamo, i reali bisogni psicologici che covano nella persona o nella comunità vittima di un'avversità spesso non vengono avvertiti come tali dalle vittime. Per questo sembra auspicabile che l'individuazione dei bisogni psicologici venga mediata da personale specializzato, ossia psicologi psicoterapeuti esperti in emergenza collocati anche in sede centrale all'organizzazione dei soccorsi e coadiuvati dai colleghi presenti sul territorio, nel PASS e in eventuali campi di accoglienza. Riteniamo che questa fase sia particolarmente importante poiché qualifica la risposta psicologica di tutti gli interventi professionali successivi. La presenza dell'ambulatorio si carica, inoltre, di significati psicologici intrinseci. Il primo è legato alla funzione simbolica rappresentata dalla struttura, un luogo che viene a sostituirci uno preesistente che si poneva come punto di riferimento per i bisogni della collettività. Quindi, l'allestimento del PASS, per il tipo di strutturazione e organizzazione, simile a quella dei servizi preesistenti alla catastrofe, contribuisce a ricreare un senso di quotidianità, continuità e normalità. L'ambulatorio può rappresentare inoltre il "contenitore" di

vissuti, emozioni, bisogni, che grazie alla presenza e all'assistenza degli operatori divengono maggiormente pensabili e tollerabili, permettendo o facilitando il ripristino di un maggiore equilibrio psicofisico. In entrambi i casi appare calzante il riferimento alla teoria bioniana del contenimento, una teoria generale delle relazioni umane in base alla quale i gruppi sociali, le istituzioni (nel nostro caso specifico i servizi ambulatoriali delle ASL) e la società stessa, nel suo complesso, ricoprono la funzione di contenimento. Per Bion (1972) il bisogno di contenimento è un bisogno fondamentale dell'essere umano che trova la sua realizzazione/soddisfazione nel rapporto simbolico contenitore-contenuto. Il bisogno di contenimento può essere ben rappresentato da un luogo fisico, sia esso una qualsiasi struttura sociosanitaria di una ASL o il PASS. In questa sede trova risposta principalmente il bisogno di contenimento psicologico che si declina nella diade terapeuta-paziente e si modella, per la persona assistita, sulla rappresentazione della relazione primaria madre-bambino. L'esperienza nella relazione di questi ruoli emotivamente intensi implica per l'operatore la gestione di una funzione primaria, quella materna o genitoriale, che consente alle persone coinvolte nella diade di stabilire un contatto emotivo indispensabile per riavviare le dinamiche relazionali che favoriscono la conservazione della integrità della persona. Seguendo l'analogia con il pensiero di Bion, un evento catastrofico comporta inevitabilmente la perdita di contenitori (casa, affetti, lavoro, ecc.), e quindi diventa chiaro e comprensibile come sia di primaria importanza ricreare e formalizzare nel più breve tempo possibile luoghi "fisici" e "psicologici" con funzione di contenitori, seppur vicarianti. L'ambulatorio psicologico campale diventa allora un "contenitore" all'interno del quale ascoltare, comprendere e rielaborare i vissuti dolorosi derivati dall'accaduto.

Gli operatori dell'ambulatorio psicologico

Anche la struttura campale, come previsto nelle omologhe configurazioni delle ASL, deve essere dotata di personale specializzato destinato a rispondere ai bisogni emergenti nei diversi ambiti psicologici. L'ambulatorio psicologico viene quindi dotato di un numero minimo di psicologi specializzati che può tuttavia variare in base alle caratteristiche dell'emergenza. Tutti i parametri di accreditamento professionale richiesti dal SSN devono essere validi anche per l'ambulatorio campale. Anzi, essendo il contesto di emergenza un luogo di elevata complessità, appare auspicabile che gli psicologi che operano all'interno del PASS abbiano una formazione specifica per garantire l'assistenza e il trattamento del disagio psicologico in condizioni di emergenza - una condizione, questa, che richiede la professionalità necessaria a non confondere l'espressione del disagio, solitamente fisiologico, con la formazione di forme morbose. Le competenze e gli strumenti professionali sono volti principalmente alla tutela della salute psicologica di una popolazione prevalentemente sana, saldamente ancorata ai propri processi di empowerment. L'attenzione va rivolta a tutti i cittadini e in particolare alle fasce deboli e svantaggiate, comprendendo interventi rivolti all'individuo singolo, alla famiglia, al gruppo sociale e alla comuni-

tà allargata. Vogliamo immaginare un operatore dotato di una formazione sulle tematiche transculturali, capace di avviare i processi di elaborazione di un disagio rappresentato in modo simbolicamente diverso dal nostro. Tutti gli operatori dell'ambulatorio campale devono saper gestire, oltre alle attività dello specifico professionale, anche difficoltà organizzative di qualunque ordine, tali da richiamare competenze manageriali di base. Agli operatori è richiesto di saper dialogare e lavorare con professionisti appartenenti a istituzioni e ruoli diversi senza dimenticare che la propria opera dovrà favorire il lavoro dei colleghi che presteranno il cambio di squadra oppure i sanitari locali, non appena risulti possibile il passaggio delle consegne.

Territorio di riferimento del PASS

Così come le ASL sono identificate con un territorio di riferimento, anche il PASS, che rappresenta la struttura sociosanitaria sostitutiva e mutuata in sede campale, avrà un suo territorio di riferimento. Il PASS, e nello specifico professionale l'ambulatorio psicologico, rappresenterà il punto di riferimento per l'assistenza sociosanitaria per un'area territoriale circoscritta che verrà individuata dalla struttura locale di protezione civile, a seconda delle esigenze generali di assistenza. Per fare un esempio, il PASS potrà servire più campi di accoglienza, anche se gestiti da diverse rappresentanze di protezione civile.

Destinatari

L'ambulatorio psicologico deve assicurare la necessaria assistenza a tutte le persone che a titolo personale o su invio informale o formale affluiscono al servizio. Sarà cura del personale specializzato accogliere le richieste aiutando le persone a individuare le risposte attese e a effettuare un eventuale invio ad altra figura professionale. L'ambulatorio psicologico risponde ai bisogni emergenti che afferiscono a tutte le aree di intervento della psicologia, con particolare attenzione alle peculiarità delle dimensioni della fragilità e della transculturalità. In un contesto di emergenza, si può ipotizzare che si presenti al servizio un'affluenza disordinata e incongrua di popolazione. La situazione richiederà spazi e operatori in grado di organizzare con competenza e sensibilità la situazione di disagio. Ci sembra comunque importante ricordare agli addetti ai lavori che la gran parte delle persone presenta un funzionamento globale della personalità sano ma se sottoposta ad agenti stressanti diventa sintomatica. Nonostante le situazioni di stress, le personalità definite sane, ovvero collocate lungo un continuum immaginario di gravità verso il polo sano, mantengono una flessibilità sufficiente per adattarsi in modo adeguato alla realtà. Personalità più fragili, che possiamo definire con funzionamento nevrotico, avranno maggiore rigidità nella risposta evidenziando capacità di coping e difese più limitate. Ciò significa che gli psicologi che operano nell'ambulatorio campale devono avere capacità diagnostiche pertinenti alle reazioni da stress.

Desideriamo inoltre porre l'attenzione sulla delicata dimensione transcultural-

turale della società attuale. L'affluenza della popolazione ai servizi offerti dalle ASL è rappresentata in gran parte da persone migranti o appartenenti a diversa cultura. La necessità di inserire uno sguardo transculturale all'interno del PASS si radica nella nostra esperienza quotidiana e sembra ben armonizzarsi con l'impostazione che anima il progetto. Inoltre, volendo promuovere processi di consapevolezza dei bisogni psicologici, l'ambulatorio campale si apre a un indispensabile confronto con una prospettiva metaculturale in quanto tali bisogni sono "culturalmente plasmati". L'assunzione di questa prospettiva intende utilizzare la conoscenza metodologica del concetto di cultura per favorire un'analisi della domanda più attenta e una presa in carico psicologica degli utenti centrata sui loro bisogni e vissuti. Possiamo dire che, considerata la spinta al "meticcio culturale" (Capello 2008) innescata dal processo di globalizzazione, si ritiene quanto mai necessario rivolgere un'attenzione particolare alla valutazione psicologica e alla psicoterapia di tipo transculturale. La pertinenza transculturale del lavoro dello psicologo deve valere sia per il profilo formativo degli operatori sia nelle modalità di intervento degli stessi. A tal fine si considera opportuno strutturare equipe e setting adatti a rispondere alle specifiche necessità degli utenti, sia migranti che non. Si intende operare dando voce a valori fondamentali, in primis il rispetto per la persona e l'alterità culturale di cui gli utenti sono portatori, per favorire processi di risignificazione dei loro vissuti all'interno della relazione con lo psicologo.

Prestazioni psicologiche

Nell'ambulatorio psicologico del PASS vengono erogati interventi psicologici essenziali e qualificati, a partire da una prima accoglienza della popolazione fino alla pratica di psicoterapie brevi e focali adatte a questi contesti. Può essere opportuno integrare l'iniziale fase dell'accoglienza con interventi più specifici che tengano conto della peculiarità dell'ambiente campale. Considerando l'analisi dei bisogni che caratterizzano queste tipologie di scenari abbiamo privilegiato l'allestimento di spazi dedicati alla stabilizzazione emotiva. Sono interventi che si declinano in azioni di tipo psicoeducativo mirate principalmente a infondere senso di protezione e sostegno nelle vittime e a promuovere la riappropriazione della percezione di controllo sui propri vissuti interni e sugli eventi esterni (empowerment) (Sbattella 2009). L'obiettivo della stabilizzazione emotiva è di ripristinare un adeguato equilibrio emotivo-affettivo e di ristabilire il senso generale di fiducia attraverso relazioni rassicuranti e stimoli finalizzati ad attivare la resilienza. È inoltre importante fornire alla popolazione delle informazioni di base sulle reazioni allo stress innescato da eventi straordinari. Questo intervento relativamente semplice permette di raggiungere anche un numero elevato di individui e rappresenta uno strumento utile a rassicurare le persone sulle reazioni personali all'evento, aiutandole a regolare la propria emotività e a tollerare l'incertezza determinata dall'irrompere del caos nella prevedibilità del quotidiano. Permette di sostenere gli individui nel processo di ripresa del controllo della propria dimensione esistenziale, aiutandoli a ristabilire ordine nelle emozioni e nei comportamenti. Gli sforzi degli

operatori dovranno essere indirizzati al ricongiungimento con il proprio nucleo familiare e amicale e alla semplificazione dei contatti e delle relazioni personali degli assistiti. Ogni cittadino dovrà essere aiutato a ristabilire il contatto con i servizi del territorio disponibili e di cui ha bisogno.

La procedura di accesso all'ambulatorio, che verrà fornita successivamente per poter approfondire la descrizione delle schede predisposte alla raccolta dei dati clinici importanti, si completa con un primo screening che consente la raccolta di informazioni anamnestiche essenziali. Sono importanti le notizie sullo stato di salute psicologico personale e familiare precedente all'evento per poter fare una prima valutazione clinica. Ulteriori livelli di valutazione e approfondimento saranno possibili attraverso colloqui clinici più approfonditi o se necessario con il ricorso ad alcuni test psicologici semplici ed essenziali nella somministrazione e nell'elaborazione (per esempio, scale di valutazione per l'ansia, la depressione, MMSE, IADL, test carta-matita). L'ambulatorio psicologico campale sarà comunque dotato degli stessi reattivi psicodiagnostici abitualmente utilizzati in una ASL, poiché gli strumenti sono facilmente trasportabili. L'utilizzo del materiale testistico può risultare rilevante clinicamente, permettendo la formulazione di diagnosi differenziali e prognosi più precise su casi clinici particolari. I test permettono inoltre la rilevazione di dati oggettivi, di immediata interpretazione e condivisibili con altri colleghi.

Nel caso in cui la persona necessiti di presa in carico, si possono ipotizzare due trattamenti psicologici adatti al contesto: il sostegno psicologico e la psicoterapia breve e mirata. Il sostegno psicologico si configura come un trattamento prevalentemente individuale, ma è facilmente adattabile a situazioni familiari e di gruppo; grazie alla sua elasticità facilita il miglioramento dello stato psicologico e il ristabilimento di uno stato di benessere, assimilabile a una maturazione personale. Esso rappresenta un supporto fondamentale nelle situazioni di disagio emotivo ed esistenziale. Normalmente negli ambulatori delle ASL questo intervento viene effettuato sulle persone che stanno attraversando momenti critici dell'esistenza; noi pensiamo che momenti critici possano essere anche situazioni che irrompono improvvisamente e violentemente nella vita delle persone disarticolandone l'equilibrio di fondo (Caffo, Forresi e Scrimin, 2010). Il trattamento di sostegno può essere organizzato nell'ambulatorio campale come avviene nelle ASL, attraverso appuntamenti con cadenze adeguate al contesto e ai bisogni dell'utenza, ma anche più liberamente, secondo il bisogno emergente dell'interessato. Gli interventi individuali o di gruppo possono essere rivolti a una vasta tipologia di persone o gruppi sociali; per esempio, a persone che hanno subito perdite importanti, ai superstiti che hanno un familiare disperso, ai minori e agli adolescenti.

Nell'organizzazione dell'ambulatorio psicologico dobbiamo prevedere poi la possibilità che alcune persone necessitino di un intervento psicoterapeutico e che i servizi e gli operatori locali non siano ancora operativi. In queste situazioni, lo psicoterapeuta può decidere di avviare interventi calibrati sulla previsione del passaggio del caso clinico, sia ai servizi locali, non appena attivi, sia verso i colleghi del cambio squadra. Si fa qui riferimento a modalità e tecniche focali, brevi ed efficaci per una iniziale elaborazione del disagio. Gli interventi effettuati in un contesto emergenziale, connotato da un turn-over del persona-

le volontario, dovranno dedicare spazio e tempi adeguati all'elaborazione della separazione dal terapeuta. I vissuti di separazione e di perdita hanno nelle psicoterapie brevi caratteristiche diverse dai trattamenti a lungo termine "condensati" (McKenzie, 1988): il lavoro assume infatti peculiarità specifiche, sia per la struttura della relazione sia per i risvolti intrapsichici che ne derivano. Un aspetto caratteristico di queste psicoterapie è la definizione di un focus: il progetto terapeutico si struttura su una finalità o tema focale che costituisce la realizzazione dell'obiettivo ma anche un limite, indirizzando paziente e terapeuta a calibrarsi sulla consapevolezza che non tutti i problemi sono immediatamente risolvibili con una terapia e la terapia "non risolve ogni problema" (Mann, 1973). Questo elemento contribuisce a determinare il confronto con la perdita e con l'attesa delle elaborazioni delle tematiche che non potranno essere affrontate. La condizione del *time-limit*, il numero di sedute prestabilito, rappresenta una separazione annunciata e stimola l'elaborazione dei vissuti di separazione, sia nel paziente che nel terapeuta (Flegenheimer e Pollack, 1989). Il processo che si attiva in una psicoterapia breve è pertanto paragonabile al lavoro dedicato all'elaborazione del lutto (Haynal, 1977; 1987) e all'elaborazione dell'angoscia della perdita (Quinodoz, 1991). Esso rappresenta una possibilità fondamentale per lo sviluppo dell'individuo. Il *time-limit*, tuttavia, non rappresenta soltanto un limite ma costituisce per il paziente e il terapeuta una motivazione a lavorare con maggiore efficienza (Flegenheimer e Pollack, 1989), ridimensionando le problematiche legate alla dipendenza e alla minaccia di separazione (Mangini et al., 2001).

Si sono previsti in ultimo interventi rivolti ai soccorritori come il debriefing o il defusing. Questi interventi, conosciuti e diffusi, hanno l'obiettivo di prevenire trauma e sintomi acuti mediante la normalizzazione e la legittimazione dei pensieri, dei sintomi e dei comportamenti reattivi, sostenendo il coping naturale e la stimolazione di nuove modalità di adattamento. Nell'ambulatorio psicologico sono inoltre previste riunioni di equipe tra psicologi e/o con i colleghi operanti negli altri ambulatori del PASS. Le riunioni possono riguardare l'organizzazione, la discussione di casi clinici e la programmazione degli interventi. In ultimo abbiamo affrontato il problema della tutela della privacy. Il lavoro clinico è stato pianificato nel rispetto del DLGS 196/2003 che individua le disposizioni per la tutela della privacy e per il consenso informato. Nel rispetto della normativa vigente abbiamo predisposto un modulo sintetico per l'accettazione da parte dell'utente degli interventi proposti e per il rispetto della privacy. In merito va anche detto che sono stati previsti schedari adatti a conservare il materiale clinico e i dati sensibili dei pazienti.

Accesso e presa in carico

Accedono all'ambulatorio psicologico tutti gli individui e le famiglie, o eventualmente i gruppi sociali, che lo richiedono direttamente o su invio di altri operatori. Le prestazioni fornite al suo interno dovranno rispettare gli standard di qualità vigenti nei Servizi di Psicologia del SSN, prestando particolare attenzione alla specificità del contesto. Abbiamo predisposto per alcuni

interventi elettivi delle schede per facilitare la raccolta delle informazioni inerenti le persone e le richieste formulate: i dati del paziente, le motivazioni della richiesta di aiuto, l'eventuale sintomatologia, la descrizione dei possibili trattamenti. L'utilizzo delle schede permette di semplificare le procedure di assistenza alla popolazione, preservando la qualità degli interventi, in scenari che possono essere più caotici e stressanti anche per l'operatore. Le schede rappresentano e compongono la cartella clinica e hanno il merito di agevolare il passaggio di consegne tra i diversi professionisti. Le schede documentano, come in qualsiasi servizio sanitario, l'accesso dell'assistito all'ambulatorio e gli interventi sanitari disposti dall'operatore. In ogni momento deve essere possibile e agevole recuperare le informazioni che riguardano un percorso assistenziale o di presa in carico e trattamento. Sono state elaborate quattro schede operative. La prima, dedicata allo *screening*, viene utilizzata nella fase di prima accoglienza e permette di collocare i soggetti in classi di priorità di trattamento (si va dall'assenza di sintomi e di psicopatologie, a sintomi lievi e quindi differibili in presenza di maggiore affluenza o di situazioni più gravi, a sintomatologie medio-gravi, a quadri clinici che richiedono l'intervento e l'invio ad altri specialisti). La scheda di screening è stata elaborata nella versione per adulti e per minori.

La scheda di *monitoraggio* permette di annotare gli interventi che gli specialisti effettuano a seguito dello screening. Presenta alcuni item/parametri di indagine psicologica e permette di operare un'analisi e un confronto sull'evoluzione dello stato psicologico ed emotivo delle persone trattate all'interno dell'ambulatorio. Questa scheda testimonia l'avvenuta presa in carico del paziente e rappresenta il diario clinico della cartella.

Nelle situazioni in cui si renderà necessario l'invio a un altro specialista potrà essere utile consegnare al paziente una scheda di *invio*. Essa deve contenere gli elementi clinici significativi da trasmettere al professionista per una successiva presa in carico; per esempio, generalità del paziente, evoluzione del quadro clinico, interventi effettuati, motivi dell'invio.

Un'ultima scheda raccoglie il *consenso* ai possibili interventi psicologici e l'accettazione dell'informativa ex art. 13 DLGS 196/2003.

Riteniamo infine utile sottolineare l'importanza della valutazione dell'efficacia dei trattamenti. Anche in contesto campale possono essere utilizzati i questionari per la misurazione della qualità di vita e della qualità di vita relativa alla salute, con particolare attenzione a quella psichica. Negli ultimi dieci anni la ricerca e la sperimentazione pratica hanno permesso l'elaborazione di strumenti precisi e accurati capaci di raccogliere e trasformare l'opinione del paziente in informazioni fruibili per il ricercatore e per il clinico. I questionari offrono un feedback rispetto all'andamento dei sintomi, al livello di benessere autopercepito, alla qualità degli interventi attivati e all'efficacia della terapia, permettendo al contempo di perseguire un obiettivo clinico. Mediante la somministrazione (o se possibile l'autosomministrazione) di un questionario che rileva lo stato generale di salute e la soddisfazione per la cura si può porre il paziente in una posizione maggiormente responsabile rispetto all'evoluzione della propria situazione di benessere e al proprio equilibrio. Riconoscere il

paziente come fonte attendibile di dati complementari a quelli rilevati dal clinico significa lavorare al miglioramento dei risultati degli interventi, evitando che l'assistito assuma una posizione passiva e delegante nei confronti dello specialista e dello stesso trattamento. Questo aspetto ci pare acquisisca particolare valore nel contesto dell'intervento in emergenza, caratterizzato dalla necessità di ottimizzare tempi e interventi e restituire alle persone assistite la responsabilità delle loro esistenze. Dal punto di vista psicologico risulta di particolare interesse l'applicazione della Symptom Checklist 90 (SCL-90), una scala creata per l'autovalutazione della psicopatologia generale. Gli item, che prevedono risposte su una scala che va da 0 ("per niente") a 4 ("moltissimo"), sono raggruppati in nove cluster (Somatizzazione, Ossessività-compulsività, Sensitività interpersonale, Depressione, Ansia, Ira-ostilità, Ansia fobica, Ideazione paranoidea e Psicoticismo). Data la facilità di impiego e l'ampia gamma di sintomi esplorati, la SCL-90 può essere utilizzata come strumento di screening e monitoraggio non solo in un contesto psicologico ma anche in altri ambiti sanitari. Essa appare sufficientemente sensibile al rilevamento dei cambiamenti e si presta alla valutazione ripetuta della sintomatologia evidenziata dal paziente. Della SCL-90 esiste anche una versione computerizzata che può essere indicata per una popolazione giovane in quanto consente la compilazione direttamente al computer (Preti, Prunai e Sarno, 2009).

Attrezzature e arredamento

Nel progettare gli spazi dell'ambulatorio si è tenuto conto dell'importanza del setting nell'intervento psicologico e della difficoltà di replicarlo in un contesto emergenziale. Vanno comunque garantite condizioni di riservatezza e tranquillità: un ambiente accogliente e confortevole che trasmetta sicurezza all'utenza. L'arredamento dell'ambulatorio è piuttosto essenziale e semplice ma funzionale, in quanto deve sia ottimizzare gli spazi sia essere facilmente trasportabile, senza ingombrare troppo. Si sono infatti privilegiati arredi come sedie, scrivanie e lettini pieghevoli da usare al bisogno e armadietti bassi che si possano chiudere a chiave. Nella progettazione abbiamo cercato di garantire all'ambulatorio un'autonomia logistica che lo renda capace di rispondere ai bisogni della popolazione in tempi brevi. Gli arredi e gli strumenti clinici sono stati pensati per essere facilmente trasportabili, anche dalle operatrici. L'ambulatorio psicologico è stato dotato di strumentazione informatica essenziale ma sufficiente a svolgere l'attività di servizio e di comunicazione con l'esterno. Nell'ambulatorio si trova tutto l'occorrente per avviare un lavoro qualificato di assistenza alle persone e un'attività psicologica clinica adeguata al contesto campale.

Donatella Galliano, Stefania Greco, Sabrina Rocchia, Nicoletta Serraino, Psicologi per i Popoli - Cuneo.

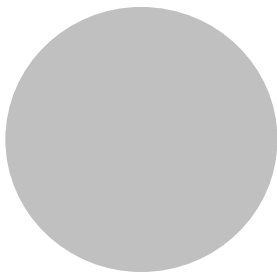
Federico Federighi, Dipartimento di Protezione Civile, Roma.

Bibliografia

- Albasi C. (2006), *Attaccamenti traumatici. I modelli operativi interni dissociati*, UTET, Torino.
- Amerio P. (2000), *Psicologia di comunità*, Il Mulino, Bologna.
- Amerio P. (2004), *Problemi umani in comunità di massa*, Einaudi, Torino.
- American Psychiatric Association (2002), *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali (DSM-IV)*, Masson, Milano.
- Amselle J.L. (1999), *Logiche meticce. Antropologia dell'identità in Africa e altrove*, Bollati Boringhieri, Torino.
- Axia V. (2006), *Emergenza e psicologia*, Il Mulino, Bologna.
- Beneduce R. (1998), *Frontiere dell'identità e della memoria*, Franco Angeli, Milano.
- Bion W.R. (1961), *Esperienze nei gruppi*, Armando editore, Roma.
- Bion W.R. (1965), *Trasformazioni*, Armando editore, Roma.
- Bion W.R. (1972), *Apprendere dall'esperienza*, Armando editore, Roma.
- Bion W.R. (1981), *Il cambiamento catastrofico*, Loescher, Torino.
- Bonomi C. e Borgogno F. (a cura di) (2001), *La catastrofe e i suoi simboli*, Utet, Torino.
- Bowlby J. (1972), *Attaccamento e perdita, vol 1, L'attaccamento alla madre*, Torino, Boringhieri.
- Bowlby J. (1975), *Attaccamento e perdita, vol 2, La separazione dalla madre*, Torino, Boringhieri.
- Bowlby J. (1980), *Attaccamento e perdita, vol 3, La perdita della madre*, Torino, Boringhieri.
- Caffo E., Forresi B. e Scrimin S. (2010), *Primo soccorso psicologico. Guida all'operatività sul campo*, Edizioni Guerini e associati, Milano.
- Camaioni L. (a cura di) (1993), *Manuale di psicologia dello sviluppo*, Il Mulino, Bologna.
- Canali S. e Pani L. (2003), *Emozioni e malattia*, B. Mondadori, Milano.
- Capello C. (2008), *Le prigioni invisibili*, Franco Angeli, Milano.
- Castelli C. e Sbattella F. (2003), *Psicologia dei disastri*, Carocci, Roma.
- Castelli C. e Sbattella F. (a cura di) (2008), *Psicologia dei cicli di vita*, Angeli, Milano.
- Cattarinussi B. e Pelanda C. (1981), *Disastro e azione umana. Introduzione multidisciplinare allo studio del comportamento sociale in ambienti estremi*, Angeli, Milano.
- Cherubini P. (a cura di) (2012), *Psicologia generale*, Cortina, Milano.
- Coppo P. (2003), *Tra psiche e culture. Elementi di etnopsichiatria*, Bollati Boringhieri, Torino.
- De Piccoli N. (2007), *Individui e contesti in psicologia di comunità*, Unicopli, Milano.
- De Piccolo N. e Lavanco G. (a cura di) (2003), *Setting di comunità. Gli interventi psicologici nel sociale*, Unicopli, Milano.

- Del Corno F. e Lang M. (2002), *Modelli di colloquio in psicologia clinica*, Angeli, Milano.
- Del Corno F. e Rizzi P. (2010), *La ricerca qualitativa in psicologia clinica*, Cortina, Milano.
- Dipartimento della Protezione Civile (1997), *Linee guida sull'organizzazione sanitaria in caso di catastrofi sociali*, DPC, Roma.
- Dipartimento della Protezione Civile (2000), *Manuale procedurale per la gestione della comunicazione in situazioni di crisi*, DPC, Roma.
- Direttiva del presidente del consiglio dei ministri 13 giugno 2006, *Criteri di massima sugli interventi psicosociali da attuare nelle catastrofi*, Gazzetta Ufficiale n. 200 del 29 agosto 2006.
- Douglas M. (1991), *Come percepiamo il pericolo*, Feltrinelli, Milano.
- Fanon F. (2000), *I dannati della terra*, Edizioni di comunità, Torino.
- Fenoglio M.T. (2001), *Stranieri in casa propria*, "Psicologia e Psicologi", 1(3), Erickson, Trento.
- Ferrero A. (2004), *L'elaborazione del distacco in una esperienza di psicoterapia psicodinamica breve presso un D.S.M.*, Saiga Institute of Research, Torino.
- Flegenheimer W.V. e Pollack J. (1989), *The time limit in brief psychotherapy*, "Bulletin of the Menninger clinic", 53(1), 44-51.
- Francescato D. e Ghirelli G. (2002), *Fondamenti di psicologia di comunità*, Carocci, Roma.
- Gazzillo F. (2012), *I sabotatori interni. Il funzionamento delle organizzazioni patologiche di personalità*, Cortina, Milano.
- Gazzillo F., Albaci C. e Lingiardi V. (2008), *Strumenti in progress per la valutazione dei costrutti del PDM*. Relazione al X Congresso Nazionale dell'Associazione Italiana di Psicologia (AIP) – Sezione di Psicologia clinica Dinamica. Padova, 12-14 settembre 2008. In Estratti, Celup, Padova.
- Giannantonio M. (a cura di) (2003), *Psicotraumatologia e psicologia dell'emergenza*, Ecomind, Salerno.
- Haynal A. (1977), *Le sens du désespoir*, "Revue Française de Psychanalyse", XLI, 17-186.
- Haynal A. (1987), *Dépression et créativité*, Césura, Lyon.
- IASC (2007), *Guidelines on mental health and psychosocial support in emergency settings*, www.humanitarianinfo.org/iasc/content/products/docs.
- Loriedo C., Nardone G., Watzlawick P. e Zeig J.K. (2002), *Strategie e stratagemmi della psicoterapia. Tecniche ipnotiche e non ipnotiche per la soluzione, in tempi brevi, di problemi complessi*, Franco Angeli, Milano.
- Mangini E., Marigo R., Marino L. (2001), *Il tempo della separazione. Un modello di psicoterapia psicoanalitica breve nell'istituzione*, LED, Milano.
- Mann J. (1973), *Time limited psychotherapy*, Harvard University Press, Cambridge.
- McKenzie K.R. (1988), *Recent development in brief psychotherapy*, "Hosp

- Community Psychiatry”, July, 39(7), 742-52.
- Moro M.R. (2002), *Genitori in esilio*, Cortina, Milano.
- Nathan T. (1996), *Principi di etnopsicoanalisi*, Bollati Boringhieri, Torino.
- Nathan T. (1990), *La follia degli altri*, Ponte alle Grazie, Firenze.
- O’Connel B. (2002), *La terapia centrata sulla soluzione. Guida alla terapia breve e al counselling*, Ecomind, Salerno.
- Parkes C.M., Stevenson-Hinde J. e Marris P. (1995), *L’attaccamento nel ciclo di vita*, Il pensiero scientifico, Roma.
- Piano Sanitario Regionale 2012-2015, Regione Piemonte, <http://www.regione.piemonte.it>.
- PDM Task Force (2008), *Manuale Diagnostico Psicodinamico*, Cortina, Milano.
- Preti E., Prunas A. e Sarno A. (2009), *La SCL-90-R: una copertura quasi completa dello spettro psicopatologico*, Items, Giunti O.S., Firenze.
- Remotti F. (2001), *Contro l’identità*, Laterza, Roma-Bari.
- Remotti F. (2009), *Noi, primitivi. Lo specchio dell’antropologia*, Bollati Boringhieri, Torino.
- Rholes W.S. e Simpson J.A. (a cura di) (2007), *Teoria e ricerca nell’adattamento adulto*, Cortina, Milano.
- Sayad A. (2004), *La doppia assenza*, Cortina, Milano.
- Sbattella F. (1997), *Aiutare ad aiutarsi*, Unicopli, Milano.
- Sbattella F. (2009), *Manuale di psicologia dell’emergenza*, Angeli, Milano.
- Stern D. N. (1987), *Il mondo interpersonale del bambino*, Bollati Boringhieri, Torino.
- Quinodoz J.M. (1991), *La solitudine addomesticata*, Borla, Roma.
- Young B.H., Julian D.F., Ruzek J.I., Friedman M.J. e Gusman F.D. (2002), *L’assistenza psicologica nelle emergenze. Manuale per operatori e organizzazioni nei disastri e nelle calamità*, Erickson, Trento.
- Zennaro A. (2011), *Lo sviluppo della psicopatologia. Fattori biologici, ambientali e relazionali*, Il Mulino, Bologna.
- Zuliani A. (2006), *Manuale di psicologia dell’Emergenza*, Maggioli, Sant’Arcangelo di Romagna.



VI CAMPO SCUOLA DI PSICOLOGIA DELL'EMERGENZA
Marco di Rovereto (TN)
21-23 settembre 2012

TEMI previsti:

Lo stato dell'arte della psicologia dell'emergenza in Italia. Sfide raccolte e priorità 2013
Corso certificato per i requisiti sicurezza volontari Protezione Civile
Memoria e trauma in contesto internazionale
Supporto psicologico e primo soccorso sanitario (PMA, PASS e dintorni)
Preparazione delle simulazioni
Codici etici e regolamenti per i volontari di PC.

Il campo scuola è **rivolto ai soci delle associazioni regionali e provinciali aderenti alla Federazione Psicologi per i Popoli.**

Per iscrizioni rivolgersi al Consiglio direttivo dell'associazione PXP di appartenenza.

È previsto rilascio attestato di partecipazione e certificato corso sicurezza.