



**workshop**

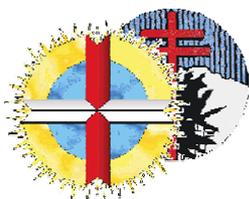
**“PSICOLOGIA DELL’EMERGENZA:  
INTERVENTO SULLE VITTIME PRIMARIE E SECONDARIE DEGLI INCIDENTI  
STRADALI”**

**Venerdì 14 dicembre 2007**

**Sede: Salone d’onore - Comune di Cuneo Via Roma 28, Cuneo**

**Sabato 15 dicembre 2007**

**Sede: Centro Servizi VSSP Via Giolitti 21, Torino**



*ASO S. Croce e Carle  
Cuneo*



ORDINE DEGLI  
PSICOLOGI



Consiglio  
Regionale

# PROGRAMMA

## Venerdì 14 dicembre 2000 Cuneo

**Ore 8.15** - Iscrizioni e registrazione partecipanti

**Ore 8.30** - Inizio lavori

*Dr.ssa Donatella Galliano*, Presidente “Psicologi per i Popoli – Cuneo”

**Ore 8.45** - Interventi e presentazione iniziative da parte delle Autorità competenti

**CHAIRMAN Dr.Luigi Ranzato**, Presidente “Psicologi per i Popoli – Nazionale”

**Ore 9.30** - “L’incidentalità stradale”

*Prof. Luca Pezzullo*, Università di Padova

**Ore 10.45** “Selezione e formazione delle squadre di intervento psicosociale nelle situazioni di emergenza”

*Prof. Fabio Sbattella*, Università Cattolica di Milano, Responsabile dell’Unità di Ricerca in Psicologia dell’Emergenza e dell’Intervento Umanitario.

**Ore 12.00** Break

**Ore 12.15** Discussione a cura della *Prof.ssa Clara Capello* – Università di Torino

**Ore 13.00** Pausa pranzo

**CHAIRMAN Dr.ssa Maria Teresa Fenoglio**, Presidente di Psicologi per i Popoli – Torino e Vicepresidente Psicologi per i Popoli – Nazionale

**Ore 14.30** - “ Il piano di prevenzione incidenti stradali 2006-2008 Regione Piemonte”

*Dr.ssa Laura Marinaro*, Responsabile Regionale Piano Prevenzione Incidenti Stradali Piemonte Piemonte-SOS Epidemiologia ASL18

*Dr. Lorenzo Orione*, Responsabile Coordinamento Screening Oncologico n7-SOS  
Epidemiologia ASL

**Ore 15.00** - “Il modello austriaco di intervento psicosociale nelle emergenze”

**Prof.ssa Brigitte Lueger Schuster**, Università di Vienna e Responsabile dell’ “Acute Support” diVienna.

**Ore 16.30** - Presentazione e discussione di casi clinici a cura della *Prof.ssa Schuster* e del *Prof. Sbattella*

**Ore 17.30** - Presentazione delle squadre SPES

*Dr. Marco Bellagamba* – Vicepresidente Psicologi per i Popoli – Torino

**Ore 18.00** Discussione e chiusura dei lavori a cura della *Dr.ssa Maria Teresa Fenoglio*

## **Sabato 15 dicembre 2007**

### **Torino**

**Ore 9.00-12.00** Supervisione della casistica affrontata dalle squadre SPES - *Prof.ssa Brigitte Lueger Schuster*

**Ore 12.00** - Discussione in plenaria

**Ore 13.00** - Pausa Pranzo

**Ore 14.30-16.30** - Confronto tra il modello adottato dalle squadre SPES ed il modello della Acute Support di Vienna

**Ore 17.00** - Discussione e chiusura lavori

*Apertura dei lavori:*

**Dr. Alberto Valmaggia** – Sindaco di Cuneo

**Dr. Angelo Rosso** – Assessore alla Protezione Civile - Provincia di Cuneo

**Ing. Roberto Gagna** – Coordinatore del volontariato della Protezione Civile -  
Provincia di Cuneo

**Dr. Luigi Salvatico** – Direttore del S.C. Servizio di Psicologia - ASL CN1

**Dr. Giorgio Nova** – Direttore del DEA - Ospedale di Savigliano

**Dr. Mario Raviolo** – Responsabile Provinciale 118

**Dr. Pietro Piumetti** – Referente del Punto Informativo Provinciale dell'Ordine  
degli Psicologi

## *L'incidentalità stradale*

**Prof. Luca Pezzullo** – Università di Padova

L'emergenza psicologica è l'irruzione di un elemento di imprevedibilità all'interno di un contesto strutturato. I greci parlavano di *cosmos*: l'ambiente organizzato, strutturato, dove risiedono le nostre rappresentazioni anticipate di come vanno le cose, di come sono io rispetto alle cose e di come esse evolveranno a breve, medio e lungo termine.

Questo contesto ambientale anticipato mi permette di organizzare, più o meno consapevolmente, il mio progetto di vita che si basa su assunzioni di fondo rispetto al funzionamento della realtà, alle mie aspettative su cosa potrà accadere fra una settimana, un mese, un anno... magari in maniera non precisa, ma in relazione ad assetti fondamentali.

Cosmos, di fatto, significa ordine: la presenza di una logica interna coerente attribuita agli eventi che accadono.

L'emergenza è l'irruzione improvvisa di un *caos* all'interno di questo *cosmos*, un *caos* come destrutturazione profonda di quello che prima, fino ad un attimo prima, era un cosmo ordinato, l'ambiente delle anticipazioni ordinate, delle linee di coerenza che mi permettevano di progettare. Progettare come *proiectum*, lanciarsi oltre. Il *proiectum* è la progettualità, la capacità e la potenzialità di progettarsi e di lanciarsi oltre, nella prospettiva di uno sviluppo, di una crescita.

Un progetto ha bisogno, per essere articolato con una sua logica, di potersi situare all'interno di una rappresentazione anticipata, di punti fermi e condivisi che permettano un'organizzazione esistenziale.

A livello psicologico e relazionale devo sapere che ci sarà una costanza nelle mie relazioni e nei miei affetti e che domani, fra un mese, fra un anno, fra dieci anni, continuerò a vedere i miei cari; che tra un anno, due anni svilupperò la mia professionalità e certe scelte esistenziali si andranno a comparare con strutture stabili del mio ambiente sociale. Tutto questo è il *cosmos*, l'ambiente, l'universo ordinato.

In questo contesto gli incidenti stradali rappresentano un'articolazione particolarmente maligna dell'emergenza.

Emergenza come *ex mergere*: il manifestarsi di qualcosa che probabilmente c'era già nella sua potenzialità, sotto soglia, ma di cui non ci eravamo accorti, che non avevamo visto.

Le tragiche alluvioni, le esondazioni con molte vittime, che ci sono state anche a Cuneo, in Piemonte, così come in Valle d'Aosta, sono considerate tragiche fatalità ma lo sono raramente poiché sono comunque prevedibili in quanto eventi calamitosi costruiti.

Se costruisco nelle aree alluvionali, se ristruttururo con arginature di cemento, sto facendo una violenza al territorio che pone le basi per eventi disastrosi. Quindi, quando accade l'evento critico, c'è veramente l'emersione - l'emergenza - di qualcosa che, sotto soglia, era presente nel suo potenziale. In questi casi parlare di emergenza significa proprio parlare di *ex mergere*, di un potenziale che diventa realtà.

Nell'incidentalità stradale, come in molte altre situazioni di incidentalità, invece, gli eventi sono realmente impreveduti ed improvvisi e l'irruzione del *caos* nel *cosmos* ordinato della mia vita, nel mio progetto di vita e in quello della mia famiglia, dei miei cari, diventa ancora più grave, inelaborabile.

In maniera brutale, siamo messi di fronte all'assenza, al crollo improvviso, all'interruzione di un progetto di vita, non solo a seguito di un evento di decesso, quindi di un evento critico, ma anche, ad esempio, nel caso di un'invalidità permanente, della perdita di un parente. In questo caso ci può essere una morte psicologica, con effetti anche più complessi di quelli di una morte fisica.

Si dice spesso, in psicologia dell'emergenza e psicotraumatologia, che è necessario elaborare l'evento traumatico, la perdita, e noi psicologi e psicoterapeuti abbiamo sviluppato molte tecniche che vanno a focalizzarsi sulle modalità di elaborazione cognitiva, emotiva, immaginativa, psicofisiologica, finalizzate, appunto, alla rielaborazione degli eventi incidentali.

I ricordi di eventi traumatici si presentano spesso come "memorie congelate" (*frozen memories*), come vengono chiamati dagli psicotraumatologi.

La memoria congelata appare scissa e dissociata dal resto delle capacità di elaborazione e del sistema psichico, come fosse una sorta di elemento singolo, separato, alieno, dissociato e impossibile da elaborare; non ci sono enzimi psichici ed emotivi per digerire questo evento. Il problema, però, non è l'evento in sé.

Se ricorriamo a interventi psicotraumatologici anche molto raffinati, tecnicamente molto curati, standardizzati e protocollati e ci focalizziamo solo sulla gestione dell'evento incidentale e sul suo ricordo, provando a fare elaborare il ricordo stesso e le cognizioni direttamente associate, rischiamo di fare un errore molto grave. Infatti se un medico-traumatologo può dire che il momento dell'evento incidentale è il momento in cui l'evento fisico ha creato il trauma, per uno psicologo non è l'evento fisico che conta, ma l'evento psicologico che corrisponde all'evento fisico.

Il trauma, di cui si occupa lo psicologo, è il significato personale ed esistenziale che l'essere diventato invalido porterà con sé per tutto il resto della sua vita. Non è il ricordo singolo, isolato, estratto dall'esperienza di essere investito, ma è il significato che porta

con sé l'interruzione del mio progetto di vita, che possiede una storia passata, un presente e che dovrebbe avere un futuro che l'evento incidentale infrange.

Trauma etimologicamente significa lesione, ma non si tratta di una lesione fisica, della memoria o del ricordo. Il trauma psicologico è una lesione del significato personale, è l'improvvisa, totale, non mediata, comprensione dell'assenza di significato. L'intero sistema di significati che sosteneva la mia esistenza, il mio progetto di vita, viene istantaneamente, improvvisamente, messo in crisi, interrotto.

Il vero trauma non è solo la sensazione di aver perso dei significati e avere difficoltà ad elaborarli, ma è anche la sensazione che non ci sia più un senso in quello che accade: il sistema psichico ha perso il significato e la capacità di produrre senso a partire dall'esperienza di vita.

Nel momento in cui io sono il genitore che perde contemporaneamente due figli in un incidente stradale, il trauma non è solo il ricordo dell'evento, non è soltanto il fatto che devo elaborare il senso di perdita per tutte le speranze e tutti gli investimenti che ho creato nella mia vita rispetto a loro, ma è anche il fatto che tutto il mio sistema di credenze sul mondo (il mondo è prevedibile, se sono attento non mi succede niente, mi sono sempre comportato bene), fallisce.

Il mondo assume quindi una dimensione di asemia, assenza di significato, non esiste più senso. Tutto quello in cui avevo creduto, tutto quello che aveva segnato la mia crescita psichica di colpo si interrompe e sembra irraggiungibile di nuovo: questa è la lesione del sistema di significati personali, l'impossibilità, l'incapacità di continuare a costruire e a produrre senso.

Elaborare il ricordo della memoria traumatica può avere un'utilità, ma è estremamente riduttivo, dal punto di vista della processualità psicologica, focalizzarsi solo sul ricordo del singolo evento traumatico e delle cognizioni che l'hanno accompagnato.

La vera traumatizzazione è la perdita, più o meno definitiva, più o meno irreversibile della capacità di dare senso alla realtà, è l'improvvisa consapevolezza che il modo che ho avuto per tutta la vita di dare senso a quello che mi stava intorno e a me stesso, viene invalidato massicciamente e in maniera incontrollabile.

A questo punto iniziamo a costruirci, istintivamente, come in un tentativo disperato di auto-guarigione, delle spiegazioni alternative, dei modelli mentali - usiamo il termine che si vuole, più psicologico, più cognitivo, più psicodinamico - che permettano di dare un senso a quello che è successo, magari disperato e per molti aspetti disperante perché legato a un'esperienza estrema.

Nel nostro settore professionale in questo momento c'è molta enfasi sul Disturbo Post-Traumatico da Stress (PTSD), sulla diagnosi e sugli strumenti, ma in queste riflessioni sembra trascurato il fatto che il trauma è un'esperienza psicologica primaria: noi nasciamo e nel corso della nostra vita siamo soggetti ad eventi traumatici, a lutti, abbiamo dovuto

elaborare delle perdite più o meno improvvise e se non improvvise comunque drammatiche. Affronteremo la perdita dei nostri cari e se non saremo noi a farlo saranno i nostri cari ad affrontare la nostra. Nel momento in cui nasciamo siamo destinati a fare esperienza del trauma.

Il PTSD è un'invenzione del 1980 - DSM III - ma già nel primo libro della civiltà occidentale, "L'epopea di Gilgamesh", si racconta del trauma disperato e disperante di Gilgamesh. Questo testo non solo riproduce i sintomi del DSM in maniera perfetta, ma dà anche uno spessore legato ai vissuti che nel DSM, paradossalmente, si è perso. "L'epopea di Gilgamesh" rappresenta il primo tentativo della cultura occidentale di narrare l'elaborazione di sensazioni e di vissuti.

Sono stati elaborati molti approcci diagnostici e tecniche utili nel trattamento del PTSD, tuttavia è necessario evitare di subire quella che è stata definita la "tirannia del PTSD", ossia la tendenza a cercare nelle situazioni di emergenza solo e soltanto la presenza di sintomatologie ben definite, standardizzate e l'incapacità di gestire la situazione senza il ricorso a protocolli specifici per specifiche sintomatologie.

L'esperienza tremenda della perdita di senso e di significato è il nostro specifico professionale in quanto psicologi e in una situazione di emergenza, quindi anche nell'incidente stradale, dobbiamo occuparci della gestione degli spazi transizionali affettivi per l'individuo, la famiglia, il gruppo.

La competenza dello psicologo non si limita al PTSD, ma si struttura su altri aspetti.

Così come il medico del 118 ha la competenza di mettere in sicurezza la fisiologia fisica della persona appena traumatizzata e in fase critica; così come il vigile del fuoco deve mettere in sicurezza le persone e le strutture; lo psicologo deve mettere in sicurezza gli spazi affettivi e relazionali della persona che sta vivendo uno scenario emergenziale, che per definizione è saturato completamente da una dimensione disperata e disperante del "fare immediato".

Il fare qualcosa, qualunque cosa pur che si faccia qualcosa, è quello che proviamo istintivamente in ogni situazione di crisi. Il nostro corpo si è sviluppato da un punto di vista evolutivo per metterci in condizione di agire immediatamente in una situazione di emergenza. In meno di un secondo dalla percezione di un segnale di rischio il nostro encefalo comunica all'ipotalamo, che comunica all'ipofisi, che comunica alle surrenali, che mettono in circolo l'adrenalina per consentirci di scappare o di combattere. Subito sentiamo la scarica di adrenalina, il nostro intero corpo, la nostra intera psicofisiologia si mobilita intorno all'asse del fare qualcosa, qualunque cosa purché subito. Questo, per chi si occupa di soccorso, sto pensando allo scenario di un incidente stradale, è utile da un certo punto di vista, ma è pericoloso da un altro.

In psicologia c'è un termine per definire le azioni senza pensiero, l' *acting out*. costruire un fare senza il pensiero. Ma se il pensiero è assente si rischia l'agito, che può essere anche

confuso; per questo motivo alcune professioni, con esperienza prioritaria nell'emergenza, hanno prodotto dei protocolli.

Un protocollo struttura il massimo dell'efficacia e dell'efficienza nell'azione tecnica che si compie in una situazione emergenziale, esso ha uno scopo pragmatico, deriva dall'esperienza ed è utilizzato per far sì che l'operatore tecnico sia in grado di gestire nella maniera più efficace, efficiente e rapida possibile la situazione di emergenza.

Accanto a questo scopo esplicito del protocollo, c'è anche però una dimensione implicita. Qual è la dimensione implicita del protocollo? Lo scenario dell'emergenza è magmatico dal punto di vista emotivo, ma lo è anche nelle relazioni interrotte che si possono osservare.

Immaginiamo uno scenario incidentale con fidanzato e fidanzata, la fidanzata priva di sensi, incarcerata nelle lamiere e il fidanzato che urla, cercando di svegliarla o di tirarla fuori e che attende disperato l'arrivo della squadra dei Vigili del fuoco o dei sanitari che gli diano una rassicurazione. Questo individuo sta vivendo una coartazione del suo spazio affettivo e relazionale terrificante ed è completamente eluso uno spazio di pensiero che in quel momento è totalmente impossibile.

Gli operatori che arrivano su uno scenario di questo tipo non possono farsi travolgere dai vissuti emotivi profondi, arcaici e magmatici, traumatizzanti.

In emergenza si tende a perdere la membrana separativa individuativa della soggettività, dello spazio relazionale e psichico rispetto alle persone in difficoltà. Si attivano immediatamente delle reazioni che vanno al di là di quelle transferali e controtransferali: siamo in una dimensione empatica quasi animale, dell'animale che vede l'altro animale del suo branco ferito, siamo in una situazione di rischio, siamo quindi a livelli processuali psicologici arcaici, profondissimi e potentissimi, quasi psicotizzanti.

Il protocollo serve quindi a costruire una terzietà tra me e la persona che sta male che mi permetta di triangolare tra me, l'altro e il protocollo, di internalizzare l'oggetto protocollo, la procedura. Questa terzietà mi permette quel distanziamento che, nello scenario confusionale dell'emergenza, consente il recupero di uno spazio di pensiero, separato rispetto alla fusionalità che sperimento, uno spazio di discriminazione, uno spazio di mentalizzazione, di simbolizzazione di quanto sta succedendo.

La funzione pragmatica d'uso del protocollo tecnico, che naturalmente c'è e ci deve essere, è soprattutto ansiolitica perché l'operatore in situazione di emergenza ha paura, non sa cosa fare. Anche l'operatore esperto nella situazione di emergenza si trova fuori dallo schema, ha a che fare con l'irruzione dello straordinario nell'ordinario.

Un medico ci racconta: "ho finito il mio servizio nel pronto soccorso, sono tornato a casa nella normalità ... ho visto cose che nella normalità non esistono", è come dire "sono stato in uno spazio emotivo alieno, estraneo al *cosmos* ordinato, prevedibile, rassicurante della mia quotidianità. Sono stato in uno spazio straordinario. Però quello che ho vissuto ho

dovuto riportarlo immediatamente nella mia realtà, sono rimasto in una fase di transizione, senza poter elaborare il senso di questa transizione dallo spazio della straordinarietà, cioè di una realtà alternativa rispetto alla prevedibilità del mio *cosmos* quotidiano. Questo *caos* improvviso ha irrotto nell'esistenza di queste madri e nella mia, adesso di colpo è come se non fosse successo niente. Mi trovo a tornare a casa e a trovare mia moglie che mi ha preparato la colazione, i miei figli che si preparano ad andare a scuola, come ieri". C'è una discrasia enorme tra quello che devi vivere e quello che senti dentro, come se ti trovassi in uno spazio di alterità ed è certo che ci sia dissonanza, disorientamento, confusione. E' qui che dovrebbero esserci gli spazi di demobilizzazione (*demobilization*), cioè di rielaborazione dell'esperienza vissuta per i tecnici del soccorso alla fine di un intervento, per poter elaborare tra pari - *peer support* – il significato dell'esperienza vissuta, la transizione.

La *demobilization* non è una tecnica per mettere in ordine i pensieri e le cognizioni, è la rinegoziazione della transizione tra lo spazio straordinario dell'evento critico e lo spazio ordinario del mio *cosmos* di vita abituale, tra l'assenza di senso e di strutturazione e la ripresa della prevedibilità ordinaria della quotidianità. In questa negoziazione e comprensione tra pari si trova un nuovo significato.

Il protocollo, nella situazione incidentale, serve ad ordinare le azioni e aiuta a sapere cosa fare; è una traccia, una linea guida universale, standardizzata, che posso applicare nei suoi aspetti di base in una varietà infinita di situazioni.

Può quindi anche succedere che la situazione io non l'abbia mai vissuta e che psicologicamente sia angosciante ritrovarmi in uno spazio sconosciuto, uscire dal mio spazio di vita ed entrare in uno spazio altro, ma se ho un protocollo interiorizzato che garantisce la continuità della mia esperienza, della mia operatività rispetto a scenari che conosco, potrò esserne rassicurato e potrò ancorarmi quando mi sentirò in difficoltà rispetto a quello che sta succedendo.

Per lo psicologo nella situazione di emergenza il discorso è diverso.

L'operatore sanitario ha un protocollo sanitario, l'operatore del soccorso tecnico ha un protocollo di soccorso tecnico, hanno oggetti visibili – la pinza idraulica, il laringoscopio per l'intubazione.

Lo psicologo che arriva nella situazione di emergenza non ha strumenti né protocolli; arriva in una situazione che per definizione è caratterizzata dalla drammaticità a livello relazionale e mentre tutti gli altri, pur percependola, se ne possono tenere un po' distanti perché sono giustamente e necessariamente focalizzati sul saper fare concreto, lo psicologo va a cercarsi l'affettività magmatica e coartata, senza filtri, senza membrane, senza poter fare qualcosa di materiale che possa allontanare la drammaticità dell'evento.

Dal punto di vista psicologico, se lo psicologo ha paura quando arriva su uno scenario di questo tipo, ha tutte le ragioni per avere paura.

Lo psicologo, a questo punto, può esplicitare a se stesso il fatto che ha paura e che sarebbe piuttosto psicopatico se non ne avesse, perché andare a comunicare la morte di un figlio a una madre ha una connotazione pesantissima e significa sapere che in quel momento si entrerà a far parte del momento più brutto dell'intera vita di un'altra persona. Io non sto rovinando il mio vissuto soggettivo, io sto facendo un atto terribile; se non sto male, osservando dentro di me quello che sto facendo, in psicopatologia si dice che sono psicopatico. Ciò non significa, naturalmente, che devo farmi prendere dalla comunicazione della tragedia e finire per stare peggio io della madre. Ci deve essere un minimo di elaborazione rispetto a quello che si sta andando a fare, esistono delle modalità, ci deve essere un senso in quello che si fa.

Il fatto che si vada comunque a stare male, facendo una cosa del genere, deve essere pienamente accettato, esplicitato, altrimenti staremo male lo stesso e rischieremo però di fare agiti, di negare ed eludere uno spazio di pensiero pur continuando ad agire. Questo può diventare veramente drammatico.

Può essere comprensibile che lo psicologo voglia difendersi dalla sua quota di ansia, però non deve farlo a discapito del benessere della persona che ha di fronte e che in quel momento ha tutti i diritti di ricevere qualcosa di diverso.

Lo psicologo, per gestire questi casi, si è inventato a sua volta protocolli e tecniche di intervento immediato, con relative "siglette", come punti di riferimento psicologici fermi. Il rischio è però quello di utilizzare questi protocolli in maniera meccanica, "non so cosa fare adesso, sono giustamente in ansia per la situazione, il protocollo mi dice fai così, così e così e io lo faccio", senza magari creare lo spazio di significato sullo specifico di quello che sta succedendo all'altra persona.

Questo crea un paradosso: noi siamo quelli che nella situazione di emergenza dovrebbero andare a tutelare gli spazi di possibile simbolizzazione, di ripresa di significato rispetto a quanto occorso, gli spazi di affetto e relazione che la persona ha visto spazzati via dall'evento emergenziale, e siamo i primi che rinunciano ai loro spazi di pensiero, applicando meccanicamente un protocollo, con il pensiero magico e onnipotente che l'applicazione corretta del protocollo possa ridurre e annullare la sofferenza dell'altro.

Il pensiero magico va subito riconosciuto, così come la sensazione di paura; sappiamo che stiamo rovinando la vita di una persona e abbiamo, come esseri umani, il disperato bisogno di credere che esiste un modo giusto per farlo e che un giorno lo imparerò, se leggerò abbastanza libri, e scoprirò come far soffrire di meno una madre dicendole che suo figlio è morto.

Questo modo non esiste ma esistono sicuramente modi migliori o peggiori di comunicare un decesso, ma è una fantasia delirante credere che, davanti a una notizia di questo tipo, se io sono uno psicologo attento ed empatico ed applico molto bene un protocollo standardizzato, annullerò magicamente la sofferenza.

Non esiste la guarigione davanti a un dolore così vivo. Questo è un tema molto importante per gli operatori di pronto soccorso, proprio in riferimento alle vittime di incidenti stradali, ben rappresentato dalla storia di Esculapio.

Esculapio, nella mitologia greca, era un medico bravissimo che non solo era in grado di curare e guarire qualunque affezione, ma che arrivò addirittura a guarire la morte. Esculapio faceva resuscitare i morti e per questo atto di arroganza Zeus lo uccise, perché aveva invertito le regole della natura; egli non voleva più guarire le malattie, voleva guarire la morte che, per definizione, non si può guarire.

A livello linguistico gli inglesi questo lo capiscono meglio degli italiani. In inglese esiste l'espressione *to heal* – guarire – che si riferisce al guarire completamente, all'annullare la patologia e che si differenzia da *to care* - “prendersi cura”.

Noi italiani usiamo sempre l'espressione “curare” che però porta con sé una possibile ambiguità di significato. In inglese invece è ben distinto: se io dico *to heal* vuol dire che guarisco, dal punto di vista psicologico, annullo la patologia; dicendo *to care*, invece, mi prendo cura.

Ora quello che si può fare in molti casi è “guarire” le malattie e “prendersi cura” della morte, del morire, quando non si può più guarire la patologia.

Noi psicologi spesso, in caso di comunicazioni di decesso per incidenti stradali, abbiamo bisogno - perché è un nostro bisogno, come sarebbe il bisogno di chiunque altro - di pensare di poter onnipotentemente guarire la sofferenza del dolore e della morte, invece di capire che possiamo solo prendercene cura. Non possiamo *to heal*, possiamo solo *to care*.

Nessun protocollo di comunicazione di decesso può guarire dal dolore della morte, non si può guarire il dolore della morte, pensare di poterlo fare è un atto di onnipotenza, esattamente come quello commesso da Esculapio.

L'equivalente del guarire la morte, per uno psicologo, è pensare di poter guarire il dolore della morte. Il medico, davanti alla morte, può solo prendersi cura del morente, così come lo psicologo, davanti al dolore per la morte, può solo prendersi cura di chi si trova in quella situazione.

Lui per primo non deve pensare di guarire, perché se guarisce - se si illude di guarire - lui per primo non ha elaborato né accettato il suo limite.

Nella consultazione in pronto soccorso, ma non sarà solamente quello il momento, io devo far accettare alla persona che ho di fronte il limite peggiore della sua vita. Se io per primo non sono in grado di accettare il mio limite interno, ossia che non potrò annullare magicamente la sofferenza e potrò solo prendermi cura dell'altro mentre sta male, questo farà stare anche male me.

Se dentro di me non riesco ad accettare il limite, non posso elaborarlo e quindi non lo posso trasmettere; sono il primo che rifiuta il limite e a maggior ragione l'altro, che ne ha uno ben peggiore da accettare, ha tutto il diritto di essere in difficoltà.

Ma se il nostro obiettivo è essere d'aiuto, abbiamo l'onere di elaborare ed accettare il nostro limite. La persona che soffre deve essere sostenuta nell'accettare i limiti e non invece incontrare qualcuno che a livello controtransferale rifiuta il limite, perché ne ha paura. Fa paura a noi e quindi figuriamoci all'altra persona; osservando quanto fa paura a noi possiamo avere un'idea di quanto sta facendo paura a lei.

Non deneghiamo questa nostra spia interna, perché è la migliore risorsa che abbiamo per capire l'intensità del dolore altrui. Noi accettiamo il carico di ansia, perché è quell'ansia che ci aiuta a "prenderci cura di", che, detto sinceramente, è molto più difficile che guarire. Guarire qualcuno, dal punto di vista psicologico, è molto più facile che prendersi cura, perché se applicando il protocollo x o dando la medicina y, posso guarire il dolore, tutto appare più facile.

Il prendersi cura sapendo che non si può far guarire richiede, invece, un lavoro interno molto più difficile.

Per quanto riguarda l'incidentalità stradale rileviamo che in Italia, dal 1970 ad oggi, ci sono stati quasi trecentomila morti, trecentomila morti in trenta anni, cioè circa sei volte la città di Cuneo.

Trecentomila morti significa che bisogna calcolare che oltre all'interruzione della vita c'è l'interruzione del progetto esistenziale e del mondo significativo almeno per un milione, un milione e mezzo di persone e cioè i parenti di primo grado, padri, madri, figli, fratelli, partner delle persone che sono morte.

Molto spesso, pensando all'emergenza, facciamo riferimento a fenomeni come alluvioni e terremoti, ma in Italia abbiamo avuto un milione e mezzo di interruzioni di piani esistenziali su tutto il territorio nazionale, con le morti e le invalidità permanenti provocate dagli incidenti stradali.

Le persone che rimangono invalide non solo devono ristrutturare quello che fanno e quello che vogliono fare, ma le loro famiglie devono ristrutturare il senso dei loro investimenti. Il pianista che non può più suonare perché ha perso un braccio, non ha solo da ristrutturare il senso della sua vita futura, ma deve dare un nuovo significato a tutti gli eventi e a tutti gli investimenti, il lavoro, gli studi che perdono senso improvvisamente. La sua vita passata diventa un progetto fragile, di cartone, che si scioglie. La sua famiglia, che lo aveva sostenuto per trenta anni perché arrivasse a essere il pianista che è, ha perso il senso di tutti gli investimenti; lui stesso non si sentirà solo in difficoltà per il fallimento del suo progetto di vita, ma anche perché sente che ha fatto fallire il progetto di investimenti di decenni dei suoi genitori e dei suoi cari. Tutto ha perso di senso.

La perdita di senso strutturale, profonda, esistenziale, che coincide con il trauma dell'incidentalità stradale, non è il ricordo del momento in cui sono andato a sbattere contro il muro. Se continuiamo ad immaginare il nostro specifico professionale come elaborazione del singolo evento, stiamo facendo un errore concettuale terribile, perché può essere stato rielaborato il ricordo, ma resta da gestire il significato che assume.

Recentemente è stata studiata una terapia a base di anestetici da utilizzare nell'immediatezza di un post evento, per bloccare la funzionalità di amigdala e ippocampo, provocando la cancellazione del ricordo delle ultime ore, senza possibilità di recupero.

Da qui la proposta che in pronto soccorso, a seguito di incidenti stradali gravi, di incidenti sul lavoro, di tentativi di violenza sessuale e di qualunque evento di questo tipo, venga immediatamente iniettata la fiala utile a cancellare i ricordi. Ma se io ho avuto un incidente stradale perdendo un braccio, il mio ricordo può venire sì dissociato dal resto del sistema di significati ma io il braccio l'ho perso comunque.

I significati personali e relazionali legati all'invalidità restano, ma io ho perso il ricordo da cui tutto è partito. Se tutto perde di senso e devo ricostruire faticosamente una nuova biografia futura a partire dal trauma, cercherò di ricordarmi faticosamente di quando tutto ha avuto inizio e se quel ricordo sarà stato cancellato, annullato, ci sarà un buco nero nel mio progetto di ristrutturazione. E' come dire: la mia vita di prima ha perso di senso, la mia vita nuova la devo riprogettare e il momento di crisi, il punto di svolta, non riesco neanche a ricordarlo. Il ricordo dell'evento incidentale può essere terribile e deve essere appunto preso in cura – *caring* – ma non possiamo eliminarlo, per quanto disperante sia.

Chirone, il maestro di Esculapio, aveva anche lui un problema. Era un centauro, maestro in medicina, che era stato ferito da una freccia avvelenata con un veleno magico e, nonostante le sue grandissime capacità di guaritore, non poteva rimarginare la sua ferita. Però, siccome era un ottimo medico, riusciva, drenandola ogni giorno, a rimanere vivo nonostante la sofferenza. Quindi Chirone si prendeva cura, faceva un *caring* di se stesso, e questo gli permetteva di andare avanti anche se non poteva annullare l'incidente che gli era occorso.

Ma perché era un medico così bravo? Perché soffriva e la sua sofferenza, la sua ferita, diventavano una feritoia dal suo mondo interno verso la sofferenza degli altri, che gli permetteva di rispecchiarla, di comprenderla e quindi di essere un medico più attento e sensibile perché conosceva il significato del dolore.

Non basta essere feriti per essere buoni guaritori. Chirone si prendeva cura tutti i giorni della sua ferita, la monitorava, la elaborava così come uno psicologo deve monitorare, supervisionare, elaborare i suoi significati. A volte rimangono le cicatrici psicologiche, difficili da accettare, che ci ricordano tuttavia di continuare a prenderci cura di noi stessi e di trasmettere questo concetto alle persone con cui entriamo in contatto nel nostro lavoro.

# *Selezione e formazione delle squadre di intervento psicosociale nelle situazioni di emergenza*

**Prof. Fabio Sbattella** – Università Cattolica di Milano – Responsabile dell'Unità di ricerca  
in psicologia dell'emergenza e dell'intervento umanitario

## **1. Contesti d'emergenza e bisogni psicosociali**

Per discutere della selezione e formazione delle persone per gli interventi psicosociali di emergenza, è necessario domandarsi quali siano i bisogni psicosociali che si manifestano nelle situazioni critiche, cosa significhi operare nell'emergenza e quali siano le competenze necessarie per farlo.

E' dunque utile, innanzitutto, ricordare che le emergenze, anche dal punto di vista psicosociale, possono essere distinte su tre livelli: **incidenti semplici, incidenti collettivi e disastri**. Qual è la differenza?

**L'incidente singolo** è un evento che accade ad una persona o ad un gruppo limitato e circoscritto di persone. Ad esempio, rientrano in questa tipologia la maggior parte degli incidenti automobilistici (dove sono coinvolti tre o quattro veicoli), gli incidenti domestici e sul lavoro (dove uno o più lavoratori sono vittime senza che si abbia dispersione di sostanze tossiche nell'ambiente). In questi casi, accade spesso che la vita di una persona venga spezzata o gravemente compromessa, con forti ripercussioni sui suoi familiari e sul suo stesso progetto di vita. Sebbene questi incidenti siano molto frequenti, al punto da mietere oggi più vite umane di quanto facciano le grandi catastrofi naturali, dal punto di vista della collettività essi appaiono, quotidianamente, come vicende "private", che hanno poche conseguenze psicosociali sulla collettività. In qualche modo, la comunità spesso chiede di dimenticare velocemente l'accaduto, poiché desidera "andare avanti". Oppure delega alle autorità la messa a punto di un immediato provvedimento legislativo affinché certi eventi non accadano più. Queste dinamiche possono creare una grave frattura tra i pochi che hanno visto improvvisamente cambiare la propria vita e gli "altri" che "*continuano come se nulla fosse accaduto*". Possono quindi emergere (da parte delle collettività) bisogni di assicurazione e rapida elaborazione del lutto e, contemporaneamente, bisogni di ascolto, vicinanza, comprensione, inclusione sociale, riconoscimento, riorganizzazione del progetto di vita da parte dei sopravvissuti o dei familiari delle vittime. Questi bisogni non sono di per sé in contrasto, ma possono essere percepiti come tali. La stessa messa in campo di un professionista psicologo può essere ricercato dalla collettività come strumento per sfuggire al doveroso ascolto del dolore altrui e nello stesso tempo rifiutato dai sopravvissuti che vorrebbero essere riconosciuti come persone "*umanamente*" (cioè "*normalmente*") disperate. Un grave incidente può

rappresentare, dunque, il crollo di un mondo intero, per chi ne è vittima, mentre un fastidioso contrattempo per gli “*altri*”. Tra gli “*altri*” ci sono anche i professionisti del soccorso, che appaiono a volte in questi casi “cinici”, sbrigativi, incapaci di fermarsi ad ascoltare realmente.

Rispondere a questi diversi bisogni è necessario e possibile a diversi livelli. Buona educazione, intelligenza emotiva e cura degli aspetti deontologici della propria professione dovrebbero indubbiamente caratterizzare ogni protagonista dei soccorsi. Molto può e deve essere fatto per escludere dai servizi coloro che non sono in grado di mantenere nel tempo questi requisiti di base o, in alternativa, per andare alla radice dello stress e della de-formazione che hanno soffocato la loro umanità. Non bisogna tuttavia confondere la calda sensibilità prosociale e la discrezione dei soccorritori più maturi con gli specifici interventi che possono mettere in campo i professionisti della mente. In alcuni casi di incidenti individuali, la comunicazione di “*bad news*”, l’avvio dell’elaborazione del lutto traumatico, la prevenzione dei disturbi post traumatici e la gestione delle conseguenze familiari di una crisi improvvisa richiedono competenze molto più complesse, proprie esclusivamente di chi ha superato un esame di Stato dopo una formazione specifica durata cinque anni (specialisti in Psicologia) o nove anni (Psicoterapeuti).

Ma torniamo alla tipologia delle emergenze. Gli incidenti collettivi muovono bisogni psicosociali più complessi di quelli sopra illustrati. Si definisce incidente collettivo, dal punto di vista psicologico, quello in cui un gruppo di persone, relativamente ampio, si trova a condividere per un certo tempo una situazione drammatica. Si pensi, ad esempio, ad un gruppo di persone prese in ostaggio da rapinatori o terroristi e minacciato. Oppure ad un gruppo di parenti disperati che per ore attendono, insieme, notizie sui familiari imbarcati su un aereo (come è accaduto a Linate, o a Ustica). Si pensi ai passeggeri di un treno, un autobus, una nave, feriti insieme. Oppure ai condomini di una casa crollata per una fuga di gas. In questi casi, i drammi personali, dolorosi per ciascuno in modo imparagonabile, si intrecciano e si rinforzano a vicenda. La condivisione delle drammatiche condizioni di angoscia porta con sé dinamiche in cui si alternano gesti di supporto reciproco e aspri conflitti, fenomeni di contagio emotivo e positive azioni di mutuo aiuto. I confronti, le differenze tra chi, alla fine, sopravvive e chi no, scatenano rabbia e sensi di colpa. Le domande sulle ragioni della violenza subita si organizzano ed orientano verso strumenti di rivendicazione legale. La significatività dell’evento comporta spesso una maggiore visibilità, che attiva i mass media e, con loro, l’emozionata solidarietà della comunità civile (ma anche, a volte, la morbosa curiosità intrusiva o le sadiche fantasie punitive di alcuni). Il dramma condiviso diviene così un’esperienza specifica, che necessita di strategie di supporto diverse. L’angoscia del gruppo in attesa, i rapporti con la comunità più ampia, il desiderio rivendicativo che si fa forte dell’unità del gruppo, i ricordi delle emozioni condivise, chiedono di essere ascoltati con peculiari attenzioni. Rispondere a questi bisogni con le stesse risorse umane e le stesse metodologie messe in campo per gli incidenti semplici sarebbe un errore. La dimensione collettiva, infatti, richiede uno sguardo capace di cogliere le dinamiche di gruppo, valutare i sistemi relazionali attivati, cogliere l’inconscio collettivo, co-costruire narrazioni significative. Nello stesso tempo, permane la

dimensione personalissima dell'esperienza dolorosa, che non può rimanere ignota, ma va intrecciata e connessa alle azioni degli altri, per poi potersi, successivamente, raccogliere in sé. Anche in questo caso, una formazione di base al lavoro di squadra, all'osservazione di contesti, alla comprensione del fatto che *“un insieme non è mai semplicemente la somma delle sue parti”* appare necessaria per tutti gli operatori del soccorso. I professionisti della mente operativi in questi ambiti saranno, invece, quelli più preparati alla gestione dei gruppi, delle organizzazioni, delle comunicazioni collettive e dell'elaborazione del lutto condiviso.

Cosa accade, infine nelle situazioni che abbiamo definito “disastri”? Dal punto di vista psicologico, il “disastro” è l'insieme delle condizioni che si vengono a creare quando un evento distruttivo (di ordine naturale, tecnologico o sociale) ha perturbato una comunità vulnerabile, compromettendo non solo la vita o la salute di molte persone, ma soprattutto disperdendo molte risorse cruciali per la comunità stessa. Un terremoto, un'inondazione, un uragano sono disastrosi non perché fanno molte vittime (a volte ne provocano meno degli incidenti stradali), ma perché spezzano linee elettriche, acquedotti, vie di comunicazione. Essi distruggono beni, luoghi di produzione e di ricovero, istituzioni e servizi, mettendo in crisi anche le forze di soccorso locale, al punto da costringere la comunità ad aprire le proprie porte a forze di aiuto “straniere” per quel territorio. Anche una nube radioattiva o tossica (eventi disastrosi di origine tecnologica) possono mettere in ginocchio un territorio e gettare nell'angoscia migliaia di nuclei familiari e di persone singole. Per non parlare delle guerre (disastri “sociali”), oggi particolarmente capaci di coinvolgere la popolazione civile, che sono in assoluto la catastrofe più distruttiva per l'umanità.

Questo livello di complessità pone alla psicologia dell'emergenza delle sfide totalmente diverse. Rimane identica, per certi aspetti, la necessità per i singoli sopravvissuti di attraversare il proprio dolore. Rimane anche, molto spesso diffusa, l'esigenza di rielaborare gli eventi attraverso cui interi gruppi familiari, o classi, o reparti, hanno combattuto e superato, (feriti), le aggressioni proprie della catastrofe. Eppure c'è anche qualche bisogno psico sociale in più. C'è infatti da ripensare e riorganizzare l'intera comunità. Bisogna prendere decisioni cruciali per la sopravvivenza comune nel breve termine, recuperare risorse e prospettive per il medio e lungo termine. Tutti sono colpiti. Tutti, in qualche modo possono essere, o essere stati, vittime e sopravvissuti. Il senso di coesione si fa all'inizio più forte, per poi lasciar spazio, classicamente, a confronti, conflitti e fratture profonde, che segneranno a lungo la comunità dei rimasti. La lesione della struttura dei servizi lascia ciascuno allo scoperto, senza le certezze minime che offrono, alla nostra quotidianità, un rubinetto d'acqua potabile ed un filo di corrente elettrica. La caduta, o il forte stress delle istituzioni preposte a mantenere ordine, supporto, protezione e soccorso nella comunità, facilitano l'emergere dei più tristi fantasmi che albergano nell'animo umano: ansie abbandoniche, angosce mortifere, pulsioni gravemente aggressive. L'assenza di una struttura di contenimento e orientamento dei singoli e dei gruppi è spesso evidenziata anche dall'assenza di un pubblico, o di una controparte vicina, rispetto a cui definirsi *“vittima”*: se tutti sono colpiti, non c'è nessuno di preciso

presso cui rivendicare o chiedere conforto. Diventano così controparte e punti di riferimento “*quelli di fuori*”: soccorritori e mass media che la solidarietà nazionale o internazionale di un mondo globalizzato riesce ad offrire. Il rapporto con lo “*straniero*”, pone dunque ulteriori sfide psicosociali: i soccorritori vengono spesso percepiti come gruppi di estranei (lo sono, in questi contesti, per definizione), più forti, più ricchi e più invidiabili (almeno al momento e in confronto alla distruzione diffusa) di chi si trova in condizioni di grave bisogno.

In questi contesti, le metodologie, le tecniche e le strategie di intervento psicosociale sono necessariamente di più ampio respiro e richiedono ulteriori competenze professionali. Anche in questo caso, usare le metodologie proprie di un livello di complessità inferiore sarebbe un errore. E' infatti il contesto che definisce gli spazi di azione e soprattutto i significati che possono essere condivisi. Sebbene il lutto ed il dolore si manifestino nelle stesse forme che abbiamo visto emergere negli incidenti singoli e collettivi, diversa è la prospettiva in cui si collocano le domande e le offerte di aiuto. Ad esempio, diverso è pensare, per le vittime, che le forme dell'aiuto schierate saranno sempre accessibili (poiché, ad esempio, i sopravvissuti ad un incidente collettivo potranno a lungo rivolgersi allo stesso ospedale) oppure si ritireranno a breve (come sempre accade per gli aiuti eccezionali). Per chi volesse promuovere interventi psicosociali all'interno di disastri di qualsiasi natura, la mancata consapevolezza della propria posizione nel contesto generale dei soccorsi rappresenta un errore intollerabile.

## **2. Tempi dell'intervento psicosociale**

Per tracciare un quadro ancor più chiaro dei comportamenti, dei ruoli e delle mansioni, di chi realizza interventi psicosociali in contesti di emergenza, è necessario spendere alcune parole sui possibili ambiti e tempi dell'intervento psicologico. Come previsto dalla legge sulla Protezione Civile in Italia, distinguiamo quattro fasi importanti dell'intervento psicologico: previsione, prevenzione, soccorso e riparazione.

La fase forse oggi più nota al grande pubblico è quella del soccorso. Competenze psicologiche, (specialistiche e non) vengono oggi proposte e richieste sul luogo del “crash”: a supporto dei feriti traumatizzati e degli operatori emotivamente coinvolti, vicino ai familiari in attesa, nei luoghi di riconoscimento delle salme e nei punti di raccolta dei feriti e degli scampati. Esistono in questo ambito molte esperienze positive in tutta Europa che confermano l'utilità della presenza di risorse specifiche altamente competenti nel tempo del soccorso.

Anche gli interventi di riparazione sono facilmente comprensibili: psicoterapeuti individuali e familiari, psichiatri e psicotraumatologi si confrontano da decenni con la sfida impegnativa posta dal bisogno di rimarginare le ferite psichiche di un evento lesivo improvviso. Nel caso di disastri di ampia portata, l'azione di ri-orientamento e riorganizzazione sociale si articola oggi anche in raffinati interventi di psicologia di Comunità, che puntano al rilancio delle risorse delle reti e della cultura locale, evitando il dispersivo impegno in migliaia di psicoterapie individuali.

Vorremmo in questa sede sottolineare che la sfida maggiormente innovativa è oggi, per la psicologia dell'emergenza, quella di lavorare sulle altre due fasi degli interventi: previsione e prevenzione.

Fare prevenzione delle emergenze, in termini psicosociali, significa puntare ad aumentare le risorse di resilienza dei singoli e dei gruppi, sviluppare le capacità di far fronte (coping) agli eventi minacciosi, trovare i modi attraverso i quali le informazioni utili si radichino nella mente dei soggetti esposti ai rischi. Ogni comunità, infatti, risulta meno vulnerabile agli eventi negativi se ha maturato per tempo atteggiamenti protettivi, comportamenti efficienti e strumenti di comunicazione adeguati. Anche dal punto di vista dei singoli, un adeguato addestramento può risultare importante per reggere lo stress dei contesti emergenziali. E non si tratta solamente di conoscere ed introiettare le procedure ritenute più funzionali alla sopravvivenza in condizioni critiche. Lo "*spirito di corpo*", così come la consapevolezza di poter lottare sempre, anche quando le condizioni sembrano disperate, aumentano notevolmente la probabilità di mettere in atto comportamenti psicologicamente funzionali nei momenti più impegnativi. In questo senso, la psicologia offre il proprio contributo in direzione preventiva, rendendo più efficaci i processi di apprendimento e di preparazione agli eventi negativi. Troppo spesso, infatti, si è pensato che per sviluppare buone azioni preventive fosse sufficiente fornire alle persone le informazioni "tecniche" sui rischi a cui sono esposte. Una buona strategia comunicativa ed una competenza tecnica sui contenuti sembravano essere le uniche competenze necessarie. Veniva in questi casi sottovalutata, con atteggiamento razionalistico, la dinamica emotiva che viene sollevata ogni qualvolta si chiede alla gente di prepararsi ad un evento negativo di cui non vede al momento l'urgenza. Sottovalutare la dimensione psicologica nelle azioni di prevenzione significa dimenticare che le informazioni diffuse sui rischi sollevano ansie. A volte, per difendersi dall'ansia, le persone aumentano, invece che diminuire, i comportamenti a rischio, per dimostrare a se stesse che possono governare il rischio stesso. La mente umana è infatti più complessa di quello che spesso immaginano i professionisti di area tecnica e non sempre è propensa ad usare il buon senso. Ciò è particolarmente vero nel caso di azioni preventive rivolte a fasce di popolazione peculiari, come i bambini, gli adolescenti, gli anziani, le cui visioni del mondo e i cui processi cognitivi differiscono da quelli degli adulti preparati.

Un passaggio ancora ulteriore è dato dall'impiego di competenze psicologiche nella fase di previsione. Tutti gli studi di Protezione Civile si basano su studi previsionali, che elaborano scenari ipotetici di tipo dinamico rispetto ai quali organizzare azioni di contrasto. Quali sono i rischi che gravano su un territorio? Quanto è probabile il loro manifestarsi in termini di intensità e frequenza? Quali sono i fattori che possono aumentare o diminuire la loro distruttività? Cosa accadrebbe, ad esempio se il Vesuvio intensificasse la sua attività? I modelli elaborati dagli esperti di vulcanologia sulla base dello studio di centinaia di eventi passati cercano di dare una risposta a questa domanda. Lo stesso accade per i modelli previsionali elaborati da meteorologi e geologi, esperti di traffico, di scienze ambientali e di strutture architettoniche. Scenari più complessi vengono elaborati intrecciando questi eventi con lo studio della variabile umana, che appare decisamente cruciale nel

determinare, così come arginare, incidenti e disastri. Dal punto di vista economico, sociologico, militare, diplomatico, non è difficile provare ad intrecciare ciò che sappiamo sui comportamenti umani e ciò che si riesce ad ipotizzare sull'evolvere di determinati scenari di rischio. Lo stesso può essere fatto a partire da modelli dinamici del comportamento umano. Sebbene la mente umana sia incredibilmente complessa, non funzioni in termini deterministici e sia capace di apprendere anche dagli errori altrui (così da accumulare esperienza e comportarsi in ogni nuova occasione in modo più raffinato), appare indispensabile sviluppare modelli dei comportamenti umani probabilmente attesi all'interno di determinati scenari di emergenza. Senza tali modelli si compie l'errore di presupporre che le reazioni umane siano insignificanti all'interno degli scenari di rischio. Senza ipotesi sulla componente umana, non è neppure sensato proporre azioni di prevenzione.

Lo studio dei comportamenti agiti realmente, in situazioni critiche, può dunque molto aiutare la riflessione in questo senso, superando le ingenuità proprie di chi crede che le proprie personali esperienze, così come sceneggiature dei film drammatici, offrano informazioni attendibili sui comportamenti umani più diffusi o probabili.

### **3. Formare le competenze**

Vista la complessità delle fasi di intervento, dei diversi livelli di emergenza e dei bisogni psicosociali ad essi associati, può risultare facile comprendere come la formazione degli psicologi dell'emergenza non possa che essere molto articolata. In questa sede ci limiteremo ad esplorare il tema della formazione dei componenti delle squadre di intervento psicosociale attive nei momenti di soccorso.

Può essere utile, innanzitutto, distinguere tra la formazione specifica degli specialisti di psicologia (psicologi e psicoterapeuti che vogliono operare in emergenza) e il rinforzo delle capacità prosociali di tutti gli altri operatori. Può diventare infatti altamente confusivo affermare che tutti possono fare qualcosa per offrire "sostegno psicologico" alle persone travolte dall'emergenza. Tutti sono sicuramente in grado di (e anzi devono fare del proprio meglio per) offrire conforto, consolazione, solidarietà, coraggio e rispetto, sia alle vittime che ai loro congiunti, così come ai colleghi soccorritori. Tutti debbono mettere in campo le proprie migliori risorse di intelligenza emotiva, empatia, "*savoir faire*", umanità, buona educazione, correttezza professionale e civismo. Volontari, sanitari, militari e tecnici che non si impegnassero ad usare e a migliorare la propria mente e il proprio cuore prima di agire, non sarebbero buoni operatori dell'emergenza perché sostanzialmente non "umanitari". Ma dire che tutti possono fare "sostegno psicologico" tende, oggi in Italia, a generare l'equivoco che qualsivoglia preparazione di base sia in grado di supplire o sostituire le competenze specifiche dei professionisti della mente. Si tratta decisamente di una posizione scorretta. L'utilizzo di schemi di azione, protocolli, indicazioni, suggerimenti e tecniche apprese in assenza di ampie conoscenze scientifiche su cosa sia la complessità della mente è potenzialmente pericolosa. In molte situazioni complesse (e l'emergenza lo è sicuramente), abbiamo visto operare con successo équipe ricche di

competenze miste, che, lavorando congiuntamente, assumono il compito di sviluppare azioni di un supporto che non a caso viene chiamato “psico-sociale”. Si tratta di squadre, che sotto il diretto coordinamento di uno psicologo esperto in emergenze, raggruppano figure quali psicologi e psicoterapeuti, un educatore, un assistente sociale e/o una figura sanitaria. Ciascuna professionalità concorre in questi casi a realizzare azioni collettive di salute mentale, come d’altro canto avviene in tutti i servizi di salute mentale in Italia. In particolare, la dimensione “sociale” dell’intervento non può che arricchirsi dall’intreccio delle competenze di chi, per specifico mandato professionale, è portatore di strumenti funzionali all’analisi delle variabili demografiche, storiche, economiche, legali e culturali proprie di ogni gruppo sociale. Al contrario, gruppi costituiti da volontari generici o da soccorritori professionali non psicologi, non coordinati da professionisti della mente e preparati con percorsi di formazione esterni alle Università e agli Ordini professionali dovrebbero per chiarezza essere chiamati semplicemente di “supporto umanitario”.

Fatte queste premesse, possiamo affermare che lo sviluppo di competenze emotive e comportamentali può risultare utile a tutti i livelli. Per questo, è utile differenziare i livelli della formazione in relazione ai target, agli obiettivi e ai format delle proposte formative. La tabella che segue riassume queste possibilità.

### **TABELLA 1: Livelli della formazione**

<p><b>TARGET:</b></p> <p>A) Professionisti non psicologi impegnati in contesti di crisi (Medici, infermieri, forze dell’ordine, vigili del fuoco, educatori di strada, assistenti sociali)</p> <p>B) Specialisti della mente preposti specificatamente all’emergenza (Psicologi, Psicoterapeuti, psichiatri. )</p> <p>Gli <b>OBIETTIVI</b> formativi ipotizzabili in riferimento ai diversi target sono:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Professionisti non psicologi: miglioramento delle competenze comunicative e relazionali; rinforzo della consapevolezza e degli strumenti per monitorare i propri bisogni emotivi; affinamento delle capacità di individuazione dei bisogni da indirizzare verso risposte di supporto psicosociale.</li> <li>■ Professionisti della mente: specializzazione; acquisizione di conoscenze per operare nel contesto specifico e per interfacciarsi con le altre professionalità; acquisizione di tecniche e metodologie specifiche per la gestione di singoli, gruppi ed aggregati in emergenza; calibrazione delle competenze relazionali e di coping personali.</li> </ul> <p>Il <b>FORMAT</b> delle iniziative formative non può che essere diversificato:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Professionisti non psicologi: Corsi strutturati in più incontri.</li> <li>■ Specialisti della mente : Master universitari; Corsi di perfezionamento; corsi strutturati con stage o tirocinio.</li> </ul>
---

Per quanto riguarda le competenze da sviluppare per giungere ad una alta qualità degli interventi, è necessario distinguere tra competenze di superficie e competenze profonde. Le prime si riferiscono a strategie efficaci che possono essere apprese in tempi relativamente brevi con percorsi di formazione mirati, le seconde riguardano invece aspetti

relativi alla struttura di personalità e agli atteggiamenti fondamentali, che si sedimentano nel tempo e sono frutto di molte esperienze, incontri, letture e riflessioni. Per ciascun gruppo di competenze si possono distinguere conoscenze necessarie (che rappresentano la base informativa di riferimento e la strumentazione concettuale necessaria ad utilizzare con consapevolezza e flessibilità le tecniche) e Skills, cioè abilità comportamentali osservabili e misurabili.

Nelle liste allegate nelle tabelle 3 e 4 competenze superficiali e profonde, conoscenze e skills sono presentati per aree, immaginando che ogni professionista della mente attivo in squadre di intervento psicosociale debba conquistare competenze di ordine psicologico, socio-contestuale, logistico - organizzativo e sanitario.

Come si può osservare nella prima lista, i professionisti della mente non solo devono conoscere bene la psicologia di base (generale, dello sviluppo, sociale e clinica) ma anche approfondire i peculiari contributi della psicologia dell'emergenza. Sempre a livello di conoscenze, è necessario che acquisiscano informazioni per collocare correttamente le proprie azioni nel contesto specifico. I contesti in cui andranno ad operare sono infatti inusuali per la ricerca psicologica classica: le azioni di supporto vanno attivate in spazi spesso precari, ben diversi dagli studi opportunamente arredati e dalle rassicuranti mura delle istituzioni. Poiché in emergenza sono sempre presenti molti bisogni e molti soccorritori, è indispensabile una buona conoscenza della logica complessiva delle strategie di soccorso e protezione civile, nonché delle logiche che guidano i comportamenti delle altre categorie professionali. Priorità ed urgenze vengono infatti definite diversamente dal punto di vista della sicurezza, dell'ordine pubblico, della medicina d'urgenza, della burocrazia, della disperazione personale.

Per quanto riguarda gli skills, l'elenco presentato non è volutamente esaustivo, ma rappresenta una proposta di riferimento. Tra le abilità selezionate, abbiamo posto in evidenza la capacità di gestire gruppi, ed in particolare gruppi di lavoro. Le varie correnti della psicologia hanno ovviamente proposte diverse in questo ambito, ma, per i motivi sopra esposti, riteniamo che la capacità di gestire gruppi rappresenti una competenza di primaria importanza.

E' anche necessario imparare a comunicare in maniera molto efficace, brevemente, chiaramente, emotivamente, nonché condurre attività specifiche quali i processi di disattivazione emotiva e di debriefing. Tra le varie competenze, vogliamo sottolineare l'abilità ludica. Saper giocare veramente, in condizione di emergenza, è una competenza molto raffinata, poiché il gioco rappresenta spesso per i bambini sia lo strumento per rivivere i traumi che la via per rielaborarli. Una competenza superficiale in questo ambito, che non riesca a distinguere gioco compulsivo e gioco terapeutico può essere estremamente dannosa.

Pensando ai possibili interventi all'interno di disastri ed incidenti collettivi, non può mancare, nel bagaglio delle competenze, la capacità di promuovere azioni di

rielaborazione emotiva collettiva. Drammatizzazioni, dialoghi, tecniche proprie della psicologia culturale e narrativa possono rivelarsi indispensabili.

Per altri aspetti, non può mancare qualche skills relativo alla psico-traumatologia: saper riconoscere i sintomi del di-stress, individuare traumi, contrastare le dinamiche di strutturazione del trauma sono competenze specifiche.

In molte situazioni, inoltre, sarà necessario essere in grado di realizzare un ascolto profondo, con tecniche rogersiane o semidirettive, usare tecniche di mediazione, di negoziazione, di gestione dei conflitti.

Tra gli skills dell'area socio contestuale, al primo posto sta la capacità di realizzare analisi di tipo sistemico. La prima cosa da fare in emergenza, anche dal punto di vista psicosociale, è quella di raccogliere il massimo di informazioni nel più breve tempo possibile. Ciò significa ad esempio, in caso di disastri, essere in grado di ampliare lo sguardo fino a comprendere tutto quanto riguarda della cultura del luogo in cui si è chiamati ad operare: miti, riti, tradizioni, usanze, calendario, malattie, eventi precedenti costituiscono elementi importante per costruire o decostruire la trama di significati feriti dall'evento imprevisto. Se si vogliono superare i pregiudizi, che spesso necessariamente scattano quando molti estranei sono chiamati a capire velocemente gli altri, è necessario mantenere aperte strategie di osservazione, valutazione ed esplorazione rapida della realtà sociale in cui si è chiamati.

Sviluppare e sostenere processi di Empowerment e saper lavorare con i ruoli formali e informali sono altrettanto importanti. I contesti di emergenza sono infatti caratterizzati da brusche cadute delle barriere sociali e da reiterati tentativi di privare vittime e sopravvissuti, in condizioni di debolezza, della loro capacità di autodeterminazione. Sviluppare empowerment in queste situazioni significa ricordare che mantenere il controllo che rimane possibile sulla propria vita, rappresenta una risorsa fondamentale per la ripresa psicosociale rapida ed efficace.

Conoscere la terminologia, i protocolli, le normative e le sigle utilizzate da tutte le forze in campo significa, ovviamente, poter comunicare con esse, nonché caratterizzarsi come forza integrata di azioni di ampio respiro.

Riguardo all'area sanitaria è indispensabile sapere come funzionano i soccorsi in urgenza, nonché conoscere le norme igieniche e le regole di auto-protezione sanitaria fondamentali in emergenza.

#### TABELLA 3 : LISTA 1 Competenze di superficie

##### AREA PSICOLOGICA.

- **CONOSCENZE:** conoscenza dei modelli teorici e dei settori di ricerca propri della psicologia dell'emergenza.

- SKILLS; avere padronanza delle metodologie di gestione dei gruppi e dei gruppi di lavoro in particolare;
- saper utilizzare tecniche comunicative efficaci;
- saper condurre attività di debriefing e defusing;
- saper proporre attività di rielaborazione ludica;
- saper attivare azioni di rielaborazione emotiva collettiva con diversi linguaggi;
- saper riconoscere i segnali di stress ed i sintomi di trauma individuali e comunitari;
- saper ascoltare;
- saper utilizzare tecniche di mediazione, negoziazione e gestione dei conflitti.

#### AREA SOCIO- CONTESTUALE.

CONOSCENZE: conoscenza del contesto socio-culturale in cui si è chiamati ad operare;

- conoscenza del contesto geografico - storico.

#### SKILLS:

- saper realizzare una dettagliata analisi del contesto;
- saper individuare bisogni, risorse, potenzialità, vincoli del territorio e della rete sociale;
- saper attivare reti e promuovere il lavoro di rete;
- saper utilizzare tecniche partecipative e di empowerment;
- saper identificare i ruoli formali ed informali nelle organizzazioni complesse;
- saper lavorare in équipe;
- saper riconoscere i limiti del proprio ruolo;
- saper rispettare ruoli e gerarchie;
- saper regolare reti tra organizzazioni;
- saper formulare progetti;
- saper utilizzare strumenti di coordinamento;
- saper generare soluzioni creative.

#### AREA LOGISTICO- ORGANIZZATIVA:

##### CONOSCENZE:

- conoscenza della terminologia di settore;
- conoscenza della normativa di settore;
- conoscenza dei protocolli operativi.

##### SKILLS

saper amministrare risorse;

- sapere pianificare risorse in relazione a tempi ed obiettivi;
- saper prendere decisioni in posizioni di coordinamento;
- saper stendere progetti e programmi.

#### AREA SANITARIA

##### CONOSCENZE

- avere nozioni di primo soccorso;
- avere nozioni di igiene .

## SKILLS

- Seguire regole di autoprotezione

Più complessa è la lista delle **competenze profonde**. Essa comprende atteggiamenti, valori e caratteristiche del Sé che sono spesso il frutto di percorsi di auto educazione continua.

Prese separatamente, queste competenze possono apparire caratteristiche ideali, tutte chiaramente auspicabili per ogni mansione e ruolo professionale. Molte di esse assumono tuttavia, in emergenza, un valore che fa la differenza. Ad esempio, le capacità di agire rapidamente, essere assertivi, orientarsi bene nello spazio, utilizzare un pensiero creativo, possono facilitare non poco la scelta dei gesti e delle parole giuste al momento giusto. Anche la disponibilità all'improvvisazione è particolarmente importante. Sebbene alcuni protocolli predisposti per le emergenze scoraggino e disincentivino l'iniziativa personale di ordine creativo, non bisogna dimenticare che in una vera emergenza, molte poche cose funzionano realmente come dovrebbero funzionare.

Alla fine di tutto l'elenco abbiamo inserito la capacità di autoironia: chiedere a sé stessi e agli altri di possedere tutte o anche solo la maggioranza delle competenze raccolte nella lista sarebbe decisamente eccessivo: nessuno è perfetto, ed anche le debolezze del Sé possono essere una risorsa se si è capaci di riderci sopra!

Come ultimo aspetto vogliamo sottolineare l'importanza della dimensione valoriale come competenza profonda. Entrare in emergenza vuol dire dar valore alla vita, dar valore alle persone. Bisogna saper fare delle scelte valoriali, soprattutto in contesti violenti e caotici, dove è facile lo sciacallaggio: sciacallaggio mediatico, morale, economico e culturale che approfitta della debolezza dell'altro. Nessuna competenza psicologica ha valore senza una chiara presa di posizione su questo aspetto!

TABELLA 4: Lista 2: Competenze profonde:

### ATTEGGIAMENTI:

- saper agire rapidamente;
- essere assertivi; saper operare in autonomia;
- avere capacità di autovalutazione;
- disporre di sufficienti capacità manuali e di orientamento;
- essere socievoli;
- essere disponibili al confronto;
- avere un pensiero creativo ed essere disponibili all'improvvisazione;
- avere capacità diplomatiche (capacità di rispettare l'immagine di sé dell'altro);

- essere orientati all'efficacia;
- essere orientati all'efficienza;
- avere buone capacità empatiche;
- essere flessibili;
- essere disponibili ad assumersi responsabilità;
- saper mantenere il setting professionale;
- sapersi mettere in gioco;
- avere buone capacità osservative;
- avere diversificate strategie di problem solving;
- saper reggere incertezza;
- sapersi uniformare alle direttive del leader;
- saper valorizzare le risorse altrui.

#### IMMAGINE DI SE':

- saper ascoltare e regolare le proprie emozioni;
- avere un buon grado di autocontrollo;
- avere buona consapevolezza di sé stessi e del proprio ruolo;
- saper riconoscere i propri limiti;
- disporre di strategie di coping adeguate;
- saper gestire le emozioni personali;
- avere una buona tolleranza della morte e della perdita;
- saper tollerare e gestire lo stress;

#### VALORI:

- essere disponibili al confronto con l'alterità;
- essere disponibili all'impegno civile.

### Riferimenti Bibliografici

F Sbattella E. Pini **Strategie di coping ed emozioni nei soccorritori**. in Nuove tendenze della psicologia, Vol. 2 N.1, marzo 2004.

F Sbattella E. Pini **Traumi nei bambini e nei soccorritori: una ricerca sulle strategie di coping**. Symbolon. Traumi psichici e psicopatologia. rivista scientifica on line, 2005. [www.psicotraumatologia.it](http://www.psicotraumatologia.it)

F Sbattella **Competenze psicologiche nelle emergenze: Verso una definizione di ruoli e saperi** in Nuove tendenze della psicologia, Vol. 3 N.3, settembre 2005.

F Sbattella M. Tettamanzi e F. Iacchetti **Basic therapeutic actions Un modello di intervento psicosociale per le vittime dello tsunami** in Nuove tendenze della psicologia, Vol. 3 N.4, dicembre 2005.

F Sbattella **Emozioni infantili in contesti d'emergenza** in Minori oggi tra solitudine e

globalizzazione, Vita e Pensiero, Milano, 2005.

F Sbattella ***Psicologi e psicologie in contesti di emergenza: una sfida per le conoscenze psicologiche.*** in C. Kaneklin A. Bruno G. Scaratti (a cura di), I processi di generazione delle conoscenze nei contesti organizzativi e di lavoro, Vita e Pensiero, Milano, 2005

F. Sbattella, M. Tettamanzi, ***La gestione della morte improvvisa e del lutto: comunicazione e supporto***, in G.Trabucco, F. Buonocore (a cura di), *Pronto Soccorso Triage. Accoglienza, assicurazione, cura, aspettative, vissuti psicologici, bisogni.* pp. 181-187, Edizioni Libreria Cortina Verona, Verona, 2007.

F. Sbattella M. Molteni ***Umore ed emergenza*** Quaderno di Psicologia dell'emergenza N.2, DSU, Un. Cattolica, Milano, 2008.

M. Tettamanzi F. Sbattella ***Le conseguenze psicologiche degli incidenti stradali*** Quaderno di Psicologia dell'emergenza N.1, DSU, Un. Cattolica, Milano, 2007.

Per approfondimenti: [www.unicatt.it/psicoemergenza](http://www.unicatt.it/psicoemergenza)

*Conclude i lavori della mattina la Prof.ssa Clara Capello – Università di Torino, conducendo la discussione aperta sulle tematiche emerse e sulle riflessioni dei partecipanti.*

## *Il piano di prevenzione incidenti stradali della Regione Piemonte,*

**Orione L., Bedogni C., Fossati A.M., Rimondot M., Cacciatore A.M., Marinaro L.**

A.S.L. CN1, A.S.L. CN2

L'incidentalità stradale rappresenta un problema di assoluta priorità per la Sanità Pubblica a causa dell'elevato numero di morti e di invalidità permanenti e temporanee conseguenti; con 1.260.000 decessi annuali mondiali, essa copre infatti il 2,2% della mortalità globale. Tale fenomeno sanitario rappresenta anche un grave carico socioeconomico e nel nostro Paese si colloca al primo posto tra le cause di morte violenta nonché come causa di decesso di soggetti con età inferiore ai 40 anni. Un ulteriore, drammatico aspetto, consiste nel fatto che circa un quarto delle morti a causa di incidenti stradali interessa giovani con età inferiore a 23 anni.

Nella nostra Regione i dati ISTAT-ACI riportano mediamente 11 decessi e 418 feriti ogni settimana, i quali valori collocano il Piemonte tra le regioni a maggior rischio, con un tasso di mortalità di 12,6/100.000 abitanti (in Italia il valore è di 10,39/100.000 abitanti). Nell'anno 2003 si è osservata una riduzione degli incidenti pari al 12%, dei morti pari al 6% e dei feriti pari al 13%, apparentemente legata all'entrata in vigore del D.L. 151/2003 che ha introdotto modifiche al codice della strada, ivi compresa la cosiddetta patente a punti.

L'indice di mortalità in Piemonte nel 2003, che costituisce il numero di decessi ogni 100 incidenti con morti o feriti all'anno, è pari a 3,66, rispetto a 2,67 a livello italiano. Nei 12 anni precedenti esso era comunque mediamente più elevato e nel 1991 si attestava a 6,48; hanno certamente contribuito a tale declino il miglioramento dei sistemi di sicurezza autoveicolare, le normative aggiornate in tema di sicurezza stradale a cominciare dall'uso del casco e delle cinture di sicurezza ed il miglioramento dei servizi offerti dai dipartimenti di emergenza e accettazione e dalle strutture sanitarie. Al vertice della mortalità piemontese si colloca la provincia di Cuneo, con un indice di mortalità pari a 6,34. Per quanto riguarda i tassi standardizzati di mortalità e gli anni di vita persi a 75 anni nella popolazione maschile, il dato più drammatico è offerto dai territori delle quattro A.S.L. cuneesi e da quella di Ivrea, mentre per le femmine si collocano ai vertici l'A.S.L. 15 cuneese, la 17 saviglianese e la 10 di Pinerolo. Sulla base delle schede di morte ISTAT, nello stesso periodo gli incidenti stradali hanno causato la perdita di 96.080 anni di vita nei maschi e di 29.063 nelle femmine.

Rispetto ai 54.575 infortuni con indennizzo INAIL, 5.230 risultano come infortuni in itinere, all'interno dei quali l'incidentalità stradale rappresenta indubbiamente la componente fondamentale.

Tra il 1980 ed il 2000 in Piemonte sono morti a causa degli incidenti stradali 3124 ragazzi e 748 ragazze di età compresa tra 15 e 24 anni e 2575 maschi e 672 femmine tra 25 e 39 anni.

I dati di epidemiologia descrittiva hanno condotto i decisori istituzionali a mettere in atto strategie di contrasto e prevenzione del fenomeno dell'incidentalità stradale e già la Legge 144/1999 ha istituito il Piano Nazionale per la Sicurezza Stradale, sulla base del quale la Regione Piemonte è intervenuta con il Piano di Prevenzione Incidenti Stradali 2005-2007, che ha individuato la Sicurezza Stradale come Obiettivo Salute, finalizzandosi a contribuire alla riduzione degli eventi e degli effetti di mortalità, morbosità e conseguenze invalidanti. Tale risultato dovrà essere conseguito attraverso l'applicazione di azioni la cui efficacia è comprovata, al fine di modificare i comportamenti a rischio, favorire l'impiego dei mezzi di protezione individuale, intervenire sui segmenti stradali meno sicuri. Il Piano regionale individua a tal fine le tre aree della Prevenzione, della Sorveglianza e della Documentazione, quest'ultima di intersezione tra le precedenti.

L'area della Sorveglianza si costituisce di obiettivi quali l'implementazione di un sistema di sorveglianza dell'impatto sulla salute degli incidenti stradali ed il rafforzamento dell'analisi epidemiologica sui fattori di rischio inerenti la traumatologia stradale, con particolare riferimento al non uso dei dispositivi di protezione individuale. L'area della Prevenzione si rivolge a promuovere e ad attuare nuovi interventi di prevenzione basati su prove di efficacia, prevenire gli infortuni da incidente stradale nel settore dell'autotrasporto e sviluppare campagne informative-formative per la comunità utilizzando strumenti efficaci di comunicazione. Tutte le azioni previste fanno capo alle Strutture di Epidemiologia dei Dipartimenti di Prevenzione delle Aziende Sanitarie Locali e si avvalgono della collaborazione del centro di Documentazione regionale DoRS, del Servizio Regionale di Epidemiologia, dell'Assessorato Tutela della Salute e Sanità della Regione Piemonte e degli altri Assessorati di Trasporti, Polizia Locale, Comunicazione Istituzionale, Programmazione Statistica, Politiche Giovanili, nonché delle Amministrazioni Comunali e Provinciali e delle Forze dell'Ordine.

Sarà fondamentale lo sviluppo di un sistema di Sorveglianza Integrata delle diverse fonti informative riguardanti l'incidentalità stradale, alcune delle quali riconoscono una genesi sanitaria, mentre altre no; ognuna di esse, infatti, pur preziosa, non è in grado di fornire un quadro esaustivo della situazione. Attualmente le principali fonti informative consistono nel rapporto statistico di incidente stradale ISTAT-ACI, nelle schede di morte ISTAT e nelle schede di dimissione ospedaliera (SDO). È chiaro che, rispetto alla descrizione del fenomeno, i dati di mortalità, morbosità e disabilità desunti da tali schede presentano limiti di sensibilità e di specificità. Risultano altresì limitate le possibilità di risalire sia ai fattori di rischio correlati agli incidenti che alla dimensione quantitativa della ricaduta delle diverse strategie adottate nei confronti del fenomeno.

Nell'ambito del Piano assume rilevanza anche lo sviluppo di campagne informative-educative, intese come azioni di rinforzo per diffondere la cultura della guida sicura e di

supporto al cambiamento dei comportamenti a rischio, come l'assunzione di bevande alcoliche o di altre sostanze psicotrope, il sistematico impiego dei dispositivi di sicurezza individuale, l'eccesso di velocità e l'incremento della percezione del rischio. La Regione proseguirà gli interventi ad hoc nelle scuole, dalle materne alle superiori, la campagna "Bob" volta a promuovere il cosiddetto "guidatore designato", la formazione a livello dei formatori delle scuole guida sui temi dell'alcol e delle tossicodipendenze, la campagna "Piemonte Strade Sicure", che punta sull'assunzione di responsabilità individuali, nonché sulla formazione degli autotrasportatori e delle altre categorie professionali coinvolte alla guida.

L'elemento informativo-educativo riveste una notevole rilevanza in termini di prevenzione degli incidenti stradali; è infatti noto come il 60% di essi sia riconducibile a fattori di rischio umani, il 30% a fattori ambientali e solo il 10% a cause legate al veicolo. Se si considera tuttavia la compresenza dell'elemento umano, in ben il 90% degli incidenti stradali è riconoscibile la sua presenza.

A titolo di esempio, è noto come un'alcolemia superiore a 80 mg/dl sia associata ad un aumento geometrico del rischio relativo. Anche i farmaci ansiolitici od ipnotici, nonché gli antidepressivi agiscono aumentando il rischio di incidente grave o mortale, così come l'eroina e gli oppiacei, che esercitano un effetto inibitore sul nevrasso, allungando i tempi di reazione. Al polo opposto si hanno i pericolosissimi effetti sulla guida delle sostanze stimolanti, che agiscono inibendo la percezione del rischio; in tal senso si ricordano l'uso di cocaina e di l'amfetamina (ad esempio del derivato 3,4 metilendioossimetamfetamina, noto come ecstasy). Gravi anche le conseguenze dell'utilizzo degli allucinogeni e della marijuana che, secondo l'Istituto Superiore di Sanità, rivestirebbe il ruolo principale tra le sostanze stupefacenti, in caso di incidente stradale.

La Struttura di Epidemiologia/Unità di Valutazione ed Organizzazione dello Screening oncologico dell'Azienda Sanitaria Locale n. 15 di Cuneo ha condotto diversi studi relativi all'impatto sanitario degli incidenti stradali sul territorio dei cinquantatré comuni che la costituiscono; i dati più recenti riguardano gli anni 2005 e 2006, i cui risultati preliminari vengono presentati in questa sede. È stata posta l'attenzione, in particolare, su alcuni aspetti, relativi all'andamento dell'incidentalità rispetto al momento dell'evento.

Considerando come incidenti solo gli eventi che hanno prodotto morti e/o feriti, nel corso del 2005 si sono avuti 588 incidenti e nel 2006 541. Il comune di Cuneo è stato interessato da 302 e 283 di essi, rispettivamente nei due anni. Un precedente studio, relativo all'anno 2000, aveva evidenziato 641 incidenti complessivi di cui 350 sul capoluogo. Tale dato indica una tendenza, pur del tutto insoddisfacente, alla diminuzione.

Circa i mesi, nel corso del 2005 si sono verificati meno di 40 incidenti a marzo (35) e ad aprile (36), più di 50 a febbraio, maggio e negli ultimi sei mesi dell'anno, con un valore massimo a luglio (57). Nel 2006 i mesi con meno di 40 incidenti risultano gennaio (33) e marzo (32), quelli con più di 50, luglio, settembre, ottobre e dicembre, che presenta il

valore massimo di 54 incidenti con morti e/o feriti. Giugno e luglio 2000, con 72 incidenti, hanno rappresentato il picco del rischio di quell'anno.

Volendo considerare i giorni della settimana, nel 2005 il giorno più a rischio è stato il sabato, con 93 incidenti, nel 2006 il lunedì ed il martedì, con 86, seguiti sempre dal sabato con 85. Il sabato si era caratterizzato come il giorno più pericoloso sulle strade anche nella ricerca condotta rispetto all'anno 2000.

Ove si prendano in considerazione le ore di accadimento dell'incidente stradale, a conferma di quanto osservato per l'anno 2000, l'ora di massima incidentalità sia per l'anno 2005 che per il 2006 è risultata quella pomeridiana delle 18, con 47 incidenti nel 2005 e 53 nel 2006. L'interpretazione di tale tendenza viene ricondotta al fenomeno del rientro a casa dal lavoro, in condizioni di traffico intenso e di maggiore stanchezza.

I dati conclusivi sullo studio in corso saranno presto resi disponibili da parte della Struttura che svolge la ricerca, ma già da quelli preliminari emerge in tutta la sua chiarezza l'inaccettabile dimensione dell'impatto che l'incidentalità stradale esercita sul territorio in esame ed avvalorata ancor più la strategia messa in atto dalla Regione Piemonte al fine di intervenire, in particolare attraverso lo strumento della prevenzione, su una delle fondamentali cause di mortalità evitabile che caratterizza la nostra società.

Orione L, Losano O, Siciliano G, Bottasso F, Barale GM, Cacciatore AM, Fossati AM, ***Aspetti sanitari legati all'incidentalità stradale nel territorio dell'A.S.L. 15, Cuneo, nell'anno 2000: studio epidemiologico***, Difesa Sociale, 2003; 3: 139-58

Pellegrino A, Orione L., Siciliano G., Prato L., Cacciatore A., Bassetti G., Fossati A.M., Losano O. ***L'incidentalità stradale nel territorio dell'A.S.L. 15, Cuneo, nel triennio 1999-2001: studio epidemiologico***, in Atti del Convegno Nazionale "Castelbrando 2": Consolidare e diffondere le migliori pratiche innovative dei dipartimenti di prevenzione. Castelbrando, Cison di Valmarino (TV), 9-10.6.2005; 62.

## *Il modello austriaco di intervento psicosociale nelle emergenze*

**Prof.ssa Brigitte Lueger Schuster** - Università di Vienna e Responsabile dell' "Acute Support" di Vienna

Quando a Vienna si parla di psicologia dell'emergenza si pensa soprattutto all'organizzazione degli interventi in occasione di eventi accidentali, interventi che possono essere richiesti 24 ore su 24 qualsiasi giorno dell'anno.

Nel mio intervento evidenzierò soprattutto la struttura organizzativa che provvede alla coordinazione delle azioni ed alla formazione delle persone coinvolte e vi parlerò di come ci siamo preparati agli Europei del 2008.

Vi illustro l'organizzazione della città di Vienna e come viene governata. C'è il Sindaco, il Capo dell'Amministrazione e gli Assessorati che riguardano diversi settori come, ad esempio, la finanza. Alla Protezione Civile compete l'assistenza psicosociale in situazioni di emergenza. Vi sono dei fondi a disposizione della città di Vienna per tale tipo di interventi i quali possono essere richiesti anche dal Sindaco.

Per quanto riguarda la struttura dell'assistenza psicosociale di emergenza esiste una Direzione Organizzativa con due funzionari, due psicologi, che hanno la responsabilità dell'intero settore e che possiedono competenze particolari. Vi sono poi otto persone con esperienza specifica che si occupano del background organizzativo ed altre settanta che fanno parte del team, che è suddiviso in due sottogruppi. Vi sono inoltre quattro coordinatori dei team e due rappresentanti che possono essere allertati quando ci sono delle difficoltà particolari.

Vi è infine un esperto rappresentante della parte scientifica ed un altro responsabile della parte operativa.

La Direzione si occupa soprattutto dell'implementazione e dello sviluppo delle operazioni, anche dal punto di vista scientifico; i due responsabili eseguono una valutazione degli interventi, che sono circa 400 durante l'anno, e si occupano della formazione (che si sviluppa su diversi livelli), dei rapporti con l'esterno e del benessere del personale. Vi è un nucleo che lavora 24 ore su 24 e che offre sia supervisione, sia aiuto concreto, in caso di mancanza di personale.

Al vertice c'è l'organizzazione amministrativa: la comunicazione tra i vari settori avviene sia attraverso i responsabili, sia tramite i coordinatori dei team. Per poter organizzare degli interventi psicosociali è necessaria un'intensa comunicazione tra i vari settori e le numerose persone che compongono le diverse parti della struttura: non è facile organizzare e fare funzionare tale circolazione di informazioni.

La città di Vienna è responsabile dell'aiuto tecnico, medico, dell'assistenza e dell'informazione. L'assistenza è assicurata, appunto, da questo team psicosociale di emergenza. Tale organizzazione è prevista dalla legge che regola gli interventi in caso di catastrofe nella città di Vienna.

Negli ultimi tre anni la città di Vienna e le zone limitrofe sono state colpite da diversi incidenti gravi. Ve ne illustrerò alcuni.

Il primo evento riguarda un incidente nel quale sono rimasti coinvolti una cinquantina di turisti tedeschi impegnati in un'escursione su una barca all'interno di una grotta. La barca si è rovesciata e i principali problemi emersi per i soccorsi sono stati: l'età delle persone coinvolte (tutte superiori ai cinquanta anni) e la temperatura molto bassa dell'acqua. Inoltre, inizialmente, non si riuscivano a trovare cinque persone, che sono poi risultate decedute.

In tale occasione è stato necessario coordinare la collaborazione tra il team di assistenza psicosociale, il Ministero degli Esteri, l'Ambasciata tedesca e l'organizzazione che si è occupata materialmente del salvataggio. Abbiamo dovuto gestire la morte di cinque persone e il problema maggiore è stato riuscire a spiegare ai sopravvissuti ed ai parenti delle vittime come si è potuto verificare l'incidente. La nostra attività si è quindi incentrata, in particolare, sul fornire informazioni alle persone coinvolte.

Il secondo incidente riguarda nuovamente una barca, ma questa volta sul Danubio. Intorno alla mezzanotte un'imbarcazione privata, sulla quale erano presenti sei uomini, è improvvisamente scomparsa. Era novembre e faceva molto freddo. Per ritrovare sia la barca che i corpi delle sei persone coinvolte si è resa necessaria una ricerca piuttosto lunga perché il Danubio è un fiume grande e con correnti molto forti; esisteva, inoltre, la possibilità di non ritrovare i corpi perché il fiume è popolato da pesci di grosse dimensioni. Ci siamo pertanto ritrovati a dover gestire sei famiglie con un parente disperso e, successivamente, deceduto. Il problema maggiore per queste famiglie era di poter riavere il corpo del loro caro e i dubbi che le assillavano concernevano lo stato in cui lo avrebbero rivisto. Le operazioni sono durate cinque settimane. In questo lasso di tempo le famiglie hanno avuto dei conflitti al loro interno e lavorare con loro è stato molto difficile. Ci sono stati anche problemi legati al fatto che non venendo ritrovati i cadaveri le Compagnie Assicuratrici non pagavano e in Austria occorrono sei mesi prima che una persona scomparsa possa essere dichiarata morta in assenza del corpo. Dopo tre settimane è stata organizzata sulle rive del Danubio una cerimonia funebre per dare a queste persone la possibilità di avere un luogo del ricordo in cui cominciare ad elaborare il loro lutto; ciò perché, in quel momento, si pensava che i corpi non sarebbero stati più ritrovati.

L'altro intervento riguarda un'escursione in montagna di un gruppo di 120 ragazzini che dormivano accampati in tende. Durante una tempesta, alcuni alberi sono caduti sull'accampamento, causando la morte di un ragazzino di dodici anni. Il luogo non poteva essere raggiunto né in auto né in elicottero per cui il gruppo ha dovuto essere ricondotto a piedi dalla montagna alla valle. La Polizia a Vienna, nel frattempo, ha cercato di contattare i genitori del ragazzino morto, che però erano irraggiungibili in quanto, in quel momento, si trovavano in Scozia e non avevano con loro il cellulare. Si è resa pertanto necessaria anche un'azione di cooperazione con il Ministero degli Esteri per riuscire a trovarli e a contattarli. Sono stati raggiunti dopo due settimane all'Aeroporto di Manchester e lì è stata data loro la comunicazione della morte del figlio cercando di organizzare una modalità ed un ambiente idonei a tale scopo. Nel frattempo a Vienna i nonni e gli zii erano già stati informati dell'incidente e si trovavano all'aeroporto ad attendere l'arrivo dei genitori al fine

di fornire loro il conforto e l'aiuto necessari in tale circostanza. E' stato organizzato anche un incontro tra i genitori ed il responsabile degli Scout che accompagnava il gruppo dei ragazzini. I genitori sono stati inoltre accompagnati ed assistiti durante la cerimonia funebre che, data la rilevanza che la notizia aveva avuto sull'opinione nazionale, era divenuta un evento pubblico. Alcuni psicologi hanno lavorato per settimane con il gruppo dei ragazzi e degli accompagnatori che avevano vissuto la tragedia. E' stato fornito infine un percorso di psicoterapia rivolto ai genitori ed alla sorella del ragazzo deceduto.

Non c'è il tempo per raccontare tutti gli interventi di questi ultimi anni, perciò ho scelto di parlare dello Tsunami perché è stato un evento che ha riguardato il mondo intero.

Ottanta austriaci, di cui circa quaranta viennesi, sono morti in occasione di questa calamità e la maggior parte delle vittime e dei sopravvissuti sono rientrati in Austria dall'aeroporto di Vienna.

Le persone non avevano con sé né documenti, né denaro, né bagagli. Il nostro team ha cooperato con la Croce Rossa per la gestione del reperimento di vestiti e del sostentamento di queste persone e si è preso cura delle problematiche emozionali, mentre i documenti sono stati procurati dalla Polizia, dal Consolato e dalle Ambasciate. Rientrare in patria è stato difficile ed ha richiesto dei tempi abbastanza lunghi ed il primo compito del nostro team è stato quello di fornire informazioni e spiegare le cause del caos e dei ritardi.

All'aeroporto c'erano moltissimi austriaci (famigliari e amici dei connazionali coinvolti) che volevano sapere esattamente chi c'era sull'aereo che stava arrivando, ma non era possibile avere una lista completa dei sopravvissuti e le persone in attesa erano molto arrabbiate per questo motivo. Il team ha inoltre cooperato con la Polizia perché il ricongiungimento delle famiglie avvenisse in aeroporto senza che la stampa fosse presente e questo è stato ovviamente molto gravoso perché l'aeroporto era pieno di giornalisti. Si è lavorato sul ricongiungimento familiare da dicembre sino alla fine di gennaio per un numero elevatissimo di ore. Sino ad agosto abbiamo collaborato con la Polizia che ci avvisava quando veniva ritrovato un cadavere di un cittadino austriaco, in modo che noi potessimo accompagnare i famigliari. Fortunatamente, per quanto riguarda Vienna, sono stati ritrovati molti dispersi, ma pochi morti.

L'ultimo importante compito è consistito nell'organizzare e strutturare il passaggio alla psicoterapia.

Le tipologie di eventi per i quali viene allertato il nostro team sono: morti improvvise, emergenze difficili dal punto di vista medico, incidenti con feriti gravi o morti, episodi di violenza, interventi con Unità Speciali della Polizia, assistenza in caso di suicidio, catastrofi naturali e tutto ciò che riguarda programmi ed eventi (come ad esempio quelli calcistici). Non è importante quante persone sono coinvolte nell'evento ma la qualità dell'evento stesso. Non ci sono limiti di tempo all'intervento, si lavora fino a quando è necessario. I destinatari dell'intervento sono le persone direttamente coinvolte, i famigliari, gli amici, i colleghi di lavoro, i testimoni oculari. L'intervento si attua soprattutto nelle prime ore successive all'evento e sul luogo stesso dell'evento. Due componenti del nostro team sono sempre disponibili: possono essere allertati dalla Polizia, dai Vigili del Fuoco, da organizzazioni che si occupano di salvataggio, ma non da privati. Ognuno dei componenti del team ha un telefono messo a disposizione dalla città di Vienna che viene utilizzato per

l'allarme. Questo servizio non costa nulla. Il loro compito consiste nel fungere da punti di riferimento per le persone coinvolte e per le loro famiglie, nel dare informazioni, fornire cibo, pannolini per bambini e soprattutto comprensione, ascolto.

La peculiarità dell'intervento del Team si comprende meglio se confrontata con quello degli altri operatori che intervengono in emergenza. Per esempio i Vigili del Fuoco quando intervengono non si occupano particolarmente delle persone coinvolte, il loro obiettivo consiste nel risolvere i problemi tecnici e l'intervento finisce quando le persone sono in grado di agire di nuovo da sole.

I componenti del team ascoltano e tentano di aiutare le persone a comprendere il loro dramma, ricostruendo ciò che è accaduto. Se una persona ha una sua continuità di storia, può capire con più facilità quello che è successo e, quindi, accettarlo ed elaborarlo. Un esempio di questo intervento è dato dall'aiuto fornito alle persone che hanno bisogno di congedarsi dal cadavere. Le reazioni che possono avere sono normali, considerando che è l'evento in sé che non è normale. Gli operatori aiutano a programmare i giorni successivi e forniscono spiegazioni alle persone sulle loro reazioni, normalizzandole. Spiegano alle famiglie quali sono le esigenze delle vittime coinvolte nell'evento nei giorni successivi, come per esempio poter riposare e riprendere le proprie abitudini quotidiane.

I componenti del team hanno una tessera di riconoscimento ed una mezza divisa (cappellino, magliette, giacche), per distinguersi dalla Croce Rossa o dalle altre organizzazioni di salvataggio. In Austria le persone che fanno parte di organizzazioni implicate nell'emergenza si vestono di verde tranne i componenti della Croce Rossa.

La casistica del 2005 ha riguardato 523 interventi con 4950 ore e 3000 persone assistite.

Nel nostro team ci sono psicologi, assistenti sociali, medici, psicoterapeuti ed infermieri. I criteri di scelta per l'ammissione delle persone riguardano l'esperienza lavorativa che deve essere come minimo quinquennale ed un periodo di almeno due anni di esperienza nell'ambito psicosociale.

*Terminato l'intervento della S., viene invitato il pubblico, se lo desidera, a porre delle domande.*

*Domanda: "Vorrei capire meglio come dalla fase acuta si organizza l'intervento sulla persona più a lungo termine, ad esempio l'intervento psicoterapeutico; come si fa quindi a capire, in fase acuta, quali delle persone coinvolte potranno avere bisogno di un intervento successivo"*

*Risposta: "All'inizio non si può capire, bisogna dare tempo alle persone. Noi diciamo alle vittime e ai famigliari che esiste la possibilità di un intervento successivo e di una continuità e che quindi possono farne richiesta, se lo ritengono necessario."*

*Domanda: "Io volevo sapere se e come si può attivare un aiuto da parte degli assistenti sociali"*

*Risposta: "Quando si verifica il caso in cui si riscontra la necessità di intervento da parte degli assistenti sociali, ci si accerta che non sia già attivo un aiuto di questo tipo e, in caso negativo, vengono allertati i Servizi Sociali che si mettono in contatto con la persona interessata. Per esempio può accadere che la famiglia non possieda il denaro per il funerale: questo è un grave problema perché non c'è nessuna organizzazione specifica*

che provvede a ciò e allora noi possiamo chiedere un intervento di privati. Il vantaggio del team è che è situato abbastanza in alto nell'organizzazione gerarchica della città di Vienna e quindi ha potere e strumenti sufficienti per attivare gli aiuti sociali.

Domanda: *“Quante sono le persone ed i servizi che vengono retribuiti e che cosa, invece, è gratuito.”*

Risposta: “In realtà non c'è nulla di totalmente gratuito e nulla di totalmente retribuito. Al di sotto di una disponibilità di dieci ore non si percepiscono compensi. Un'assistente individuale percepisce un compenso orario, ma non si può vivere di questo.”

Domanda *“Io volevo chiedere quanti sono gli psicologi, quali altre figure sono previste in queste squadre e come interagiscono fra loro.”*

Risposta: “Ci sono psicologi, assistenti sociali, medici, infermieri. Queste persone passano molto tempo insieme e devono lavorare coordinandosi ed integrandosi. Per esempio ci sono casi in cui io come psicologa non so come agire dal punto di vista dell'assistenza sociale ed ho bisogno dell'aiuto specifico dell'assistente sociale. Ognuno nell'ambito del team deve essere in grado di svolgere il suo lavoro con professionalità. Il trauma è qualcosa di molto complicato e ci sono molti bisogni differenti che necessitano di interventi differenti.”

Domanda: *“E' prevista la supervisione per gli operatori?”*

Risposta: “Sono previste venti ore di supervisione”

Domanda: *“Come è nata l'organizzazione?”*

Risposta: “Nel 1992/1995 abbiamo avuto molti profughi dalla ex Jugoslavia che presentavano grossi problemi legati al trauma e la Direzione Organizzativa della città di Vienna ha pensato che fosse necessario fare qualcosa per sbloccare tale situazione; è stata fatta quindi una ricerca per individuare il personale che fosse in grado di trattare il trauma ed si è cominciato a lavorare con queste persone. Successivamente la presenza di altre situazioni di trauma ha comportato la necessità di continuare a fornire tale servizio agendo in tal senso anche per situazioni traumatiche differenti.”

## *Presentazione delle squadre SPES*

**Dr. Marco Bellagamba** - Vicepresidente Psicologi per i Popoli di Torino

Non condurrò il mio intervento parlandovi delle svariate situazioni in cui ci siamo trovati ad intervenire. Ciò che mi interessa infatti comunicare concerne lo stato attuale della sensibilizzazione sull'argomento.

Le SPES sono le squadre psicologiche per le emergenze sociali e condividono con la Croce Verde gli interventi notturni, in particolare del sabato notte. Nelle emergenze quotidiane gli incidenti stradali non rappresentano gli unici momenti di intervento.

Tra pochi giorni nascerà un gruppo di lavoro sul lavoro delle squadre Spes al fine di avere un riconoscimento ufficiale.

Le squadre SPES sono squadre di soccorritori, non sono squadre di psicologi.

E' un'informazione importante perché i corsi di formazione che strutturiamo sono rivolti anche per figure professionali diverse dagli psicologi. Le SPES sono infatti nate dalle richieste di formazione provenienti dalla Croce Verde.

È molto importante per le SPES privilegiare il lavoro di rete, mantenendo un rapporto costante con gli altri servizi. L'intervento delle SPES non finisce con il rientro in sede, ma prosegue il giorno successivo con attività di sostegno alla persona.

**Dr.ssa Manuela Segre** - Rappresentante dei volontari della Croce Verde

Sono volontaria della Croce Verde da diciotto anni, nella vita faccio assolutamente altro. Da qualche anno collaboriamo con Psicologi per i Popoli di Torino, abbiamo portato avanti dei progetti, abbiamo cominciato ad integrarci.

Due cose mi hanno colpito oggi e penso siano significative:

- 1) Quello che ha detto il dott. Pezzullo questa mattina rispetto all'approccio dei soccorritori. La differenza dall'approccio dello psicologo consiste nel fatto che noi andiamo a guarire, gli psicologi vanno a prendersi cura. Noi abbiamo un protocollo che ci mette al riparo dal contatto con la persona e questo è per noi uno strumento di difesa. Nei momenti di grande concitazione il protocollo impedisce, o dovrebbe impedire, il coinvolgimento del soccorritore.

- 2) Mi ha colpito ciò che ha detto il Dr. Sbattella quando ha parlato dell'infermiera che si immagina di intervenire su un manichino anziché su una persona; lo psicologo il manichino lo immagina come una persona. Noi come volontari cerchiamo di avere un approccio diverso da quello dei medici e degli infermieri: noi cerchiamo di parlare alle persone, i professionisti parlano tra loro. Però i corsi di formazione per i volontari, oggi, addestrano a diventare perfetti rianimatori, insegnando tecniche di rianimazione anziché tecniche di comunicazione.

## *Supervisione della casistica affrontata dalle squadre SPES*

**Prof.ssa Brigitte Lueger Schuster** - Università di Vienna e Responsabile dell' "Acute Support" di Vienna

### **Interprete Dr.ssa Antonella Giocosa**

Nel 1995 nasce a Vienna la psicologia dell'emergenza.

Nel 1992 erano stati accolti a Vienna molti profughi per cui un gruppo di psicologi si era preparato ad affrontare il loro disagio psicologico. In quel periodo non era ancora presente una cultura dell'aiuto psicosociale, per cui il riconoscimento degli psicologi dell'emergenza da parte delle istituzioni ha richiesto molto tempo. La sensibilità sociale è cresciuta a seguito di una serie di interventi significativi.

Attualmente lavorano su 300-400 casi all'anno.

Il nostro gruppo ha iniziato una collaborazione con l'Unione Europea facendosi promotore nel 2000 di una conferenza per l'Unione Europea. In questa occasione sono stati invitati numerosi psicologi appartenenti a diversi stati europei. Tra questi vi erano ad es. gli esperti che si erano occupati del disastro aereo del Concorde, a Parigi.

Il gruppo di Vienna ha lavorato con questi esperti redigendo il primo "Manifesto di Vienna" che stabilisce sostanzialmente le linee guida della formazione del personale di emergenza. Al momento attuale questo documento è superato, ma a quei tempi fu prezioso per organizzare il nostro lavoro.

Da questa esperienza è successivamente nato un gruppo di lavoro europeo che ha redatto un nuovo manifesto che è tuttora riconosciuto.

L'obiettivo prioritario del gruppo è stato quello di creare, a livello europeo, una struttura unitaria per l'intervento di aiuto psicologico.

Gli esperti dell'emergenza dopo un grande lavoro di confronto avevano programmato una grande conferenza europea per il mese di settembre del 2001 al fine di presentare la documentazione prodotta. Purtroppo con l'11 settembre è stato chiaro che era necessario, non solo predisporre un soccorso psicologico, ma che ogni stato doveva pensare ad

un'organizzazione per fronteggiare tali tragedie . Tutti i Paesi si resero conto della situazione e vollero avere un nucleo di assistenza psicosociale.

I contenuti del documento.

Le Istituzioni Pubbliche sono responsabili non solo dello studio e della prevenzione dei disastri, ma anche della predisposizione, pianificazione e valutazione degli interventi psicosociali nei grandi eventi. Il modello che abbiamo proposto vuole essere di aiuto in tutte le situazioni in cui uno Stato si trovi a fronteggiare eventi tragici.

Le persone coinvolte in un evento tragico non devono essere considerate malate, esse manifestano bisogni adeguati al carattere improvviso e drammatico della situazione.

Chi vive una grande catastrofe non sempre sviluppa patologie, ma è comunque sottoposto ad un grande stress.

Uno dei temi affrontati dal documento è quello relativo ai bisogni delle vittime di catastrofe. La prima e comprensibile richiesta delle vittime e' di essere salvate; chiedono che qualcuno offra loro protezione, cibo, desiderano parlare e ricevere informazioni.

Un altro punto tratta della necessità di offrire un sostegno di base alle persone, per favorirne il ritorno alla vita normale. E' importante garantire loro la conservazione della dignità, della privacy, dell'indipendenza (aiuto logistico, tecnico, sociale, psicologico).

Si tratta quindi di sostenere le persone da un punto di vista fisico, sociale ed economico, per aiutarle a tornare ad una vita normale.

Per quanto riguarda il background psicologico, la persona che subisce un trauma è scossa, si sente insicura e ha drammatici ricordi. In queste situazioni il nostro obiettivo è ridare sicurezza alla persona e aiutare le vittime a ricostruire la loro vita.

Chi ha vissuto un trauma deve riacquistare ad es. la capacità di fidarsi e quindi l'aiuto psicosociale deve essere ben organizzato per superare questo stato psicologico.

Data la complessità del fenomeno, a livello europeo si è resa necessaria un'unione strategica di più professionalità all'interno di un'unica organizzazione. Lavorare in équipe è utile perché gli interventi possono richiedere competenze diverse: di tipo pratico, medico, sociale, psicologico. E' importante che gli operatori parlino una lingua comune e seguano percorsi di formazione comuni (care manager).

I gruppi di persone che in situazione di catastrofe hanno bisogno di aiuto sono:

- feriti;
- persone che hanno perso i famigliari;
- parenti e amici dei feriti;
- soccorritori e forze di intervento. È un'illusione che gli psicologi non abbiano bisogno di aiuto e sostegno per lavorare in modo efficace;
- testimoni che non hanno apparentemente problemi, ma potrebbero svilupparli (es. disastro aereo in Austria a cui avevano assistito due testimoni che hanno poi chiesto aiuto psicologico);
- la stampa.

I bisogni cambiano nel tempo e si possono collocare in diverse fasi. È difficile quantificare la durata delle diverse fasi.

Le fasi si possono dividere in base al contenuto:

1. *fase acuta*, in cui tutti i bisogni sono molto intensi. Cominciano a diminuire quando ci sono dei cambiamenti (es. cure fisiche, primi funerali,...)
2. *fase di passaggio*, in cui la persona non ha ancora tutto chiaro, ma i bisogni sono in cambiamento. Si spiegano i sintomi e si legge del materiale con le vittime per normalizzare le reazioni vissute. Si incontrano nuovamente le vittime dopo una settimana dall'evento
3. *fase a lungo termine*.

Si può affermare che tutte queste fasi hanno dei momenti di sovrapposizione.

E ovviamente dopo una catastrofe c'è un innalzamento dei bisogni che si protrae per un lungo periodo.

Un esempio riguarda l'incendio di una discoteca a Goteborg: in questa discoteca c'erano circa 400 persone di età compresa tra i 12 e i 21 anni. 200 persone sono state portate all'ospedale, 13 hanno dovuto avere una cura particolare per le ustioni, 3 sono morte in ospedale. In tutto ci sono stati 60 morti.

Si è constatato che in tali occasioni i bisogni di tipo medico sono molto alti all'inizio, per poi diminuire velocemente. I bisogni pratici inizialmente bassi tendono ad innalzarsi successivamente (ad esempio quando si devono organizzare i trasporti con i taxi ed effettuare le telefonate ai genitori dei morti). All'inizio i bisogni psicologici non erano molto significativi, ma dalla fase acuta a quelle successive sono aumentati enormemente rimanendo presenti per circa un anno. Si può vedere quindi che l'intervento psicologico ha dei suoi tempi, diversi dall'intervento sanitario-medico e richiede la presenza di un'equipe che coordini tutti i tipi di intervento.

Un altro esempio viene dalla Danimarca: durante un grande concerto, per l'eccessivo affollamento, 9 persone sono morte soffocate. Queste persone si trovavano proprio sotto il

palcoscenico e sono morte a causa della spinta in avanti della folla. Inizialmente si sono evidenziati bisogni di tipo medico, diminuiti dopo il tentativo di rianimazione delle vittime. Poi ci sono stati bisogni di tipo pratico (per esempio molti giovani dovevano essere riaccompagnati a casa).

In questo contesto la curva dei bisogni psicologici è totalmente diversa. I bisogni psicologici iniziano ad evidenziarsi solo verso la fine della fase acuta e tendono a salire nella fase di passaggio e a stabilizzarsi nella fase a lungo termine

Un altro esempio viene dall'Austria: presso una seggiovia che porta le persone al ghiacciaio si è sviluppato un grande incendio. L'esempio riguarda una famiglia di Vienna che nell'incidente ha perso il figlio.

All'inizio questa famiglia non sapeva se il figlio fosse morto perché c'erano 8 sopravvissuti e i genitori nutrivano molta speranza. Durante la fase acuta i bisogni psicologici di queste 2 persone sono aumentati moltissimo perché il figlio non era stato trovato e hanno cominciato a capire che era tra le persone bruciate. È stato utile un trattamento psicologico fin da subito perché entrambi hanno manifestato dei problemi di dissociazione; il padre in particolare aveva perso completamente l'orientamento.

Una sorella che si è occupata di tutto è stata sovraccaricata dalle responsabilità di questa situazione essendo spinta dai presenti ad occuparsi anche dei genitori. Successivamente la situazione si è evoluta nel seguente modo: la mamma e la sorella sono andate in psicoterapia, mentre il padre è morto di infarto. Era già malato prima ma è possibile che questo grande stress gli sia stato fatale.

I problemi pratici all'inizio hanno riguardato il trasporto della famiglia da Vienna a Kaprun, luogo dell'incidente (450 km) e l'identificazione di un Hotel. Successivamente è stato necessario aiutarli ad organizzare il trasporto della salma a Vienna e la sepoltura, proteggendoli in ogni momento dall'assalto dei giornalisti.

Ho accompagnato personalmente la famiglia a Kaprun perché ha richiesto esplicitamente di potersi recare esattamente nel luogo in cui il ragazzo era stato felice: lì hanno cercato i luoghi frequentati dal figlio immaginando di ritrovare l'atmosfera in cui aveva vissuto, felice, per l'ultima volta. Un prete li ha assistiti e hanno organizzato una piccola "cerimonia del ricordo" con fiori, candele e preghiere. E' stata la prima occasione in cui la famiglia si è potuta congedare dal ragazzo. La cosa particolarmente difficile da accettare è stata l'assenza di resti dei cadaveri, bruciati completamente, e quindi vedere la persona nella bara per l'ultima volta. I familiari hanno dovuto organizzare ogni lacerante momento del distacco in maniera simbolica e questo aspetto rivela la forte connotazione psicologica dell'intervento.

All'inizio dell'emergenza i bisogni di tipo medico sono stati piuttosto ridotti; il padre ha avuto un crollo ed è stato rianimato da un medico, la madre ha avuto dei problemi allergici.

Più tardi, una volta tornati a Vienna, la sorella ha chiamato l'équipe perché non riusciva a uscire dall'appartamento assediato dai giornalisti. Le è stato consigliato di telefonare alla polizia. Il loro intervento ha permesso di disperdere i giornalisti, di entrare nell'appartamento e portata fuori proteggendola con una coperta. Nonostante i giornalisti abbiano scattato lo stesso delle fotografie il volto della ragazza rimaneva nascosto. Per lei è stato molto importante.

E' risultato importante per la ragazza avere il numero di telefono dell'equipe, già conosciuta precedentemente, per avere un punto sicuro di riferimento e poter parlare con qualcuno che conoscesse la sua storia e di cui avere fiducia.

Per una persona che ha vissuto una crisi è importante avere un interlocutore solo e fidato. Dal punto di vista psicologico è importante non iniziare sempre da zero nelle relazioni soprattutto perché ogni volta che si racconta un trauma si rischia di venire risucchiati nelle emozioni legate al trauma stesso. La vittima rischia cioè di sperimentare nuovamente tutte le reazioni manifestate nel trauma originale.

In questo caso non è stato un aiuto psicologico, ma un aiuto pratico, ad essere importante. Credo che questo esempio sia importante per evidenziare la necessità di costruire una rete di interrelazioni tra lo psicologico e il pratico.

Qui eravamo nella fase di passaggio.

*Domanda di un partecipante:*

*Mi chiedo quanto pesi l'esposizione mediatica, cioè le interviste dei giornalisti. Spesso le persone coinvolte vengono fatte oggetto di domande che li riportano a situazioni traumatiche e questo ci riporta al comportamento etico dei giornalisti. I racconti dei giornalisti credo possano avere un'influenza psicologica anche sugli spettatori.*

Risposta:

Negli Stati Uniti esiste uno studio che è stato fatto dopo l'11 settembre proprio sulle conseguenze del consumo mediatico, cioè sulle persone che hanno visto in televisione i servizi sulla tragedia. La situazione appare grave nel caso delle persone che sono state direttamente coinvolte e che hanno visto molte trasmissioni televisive: in queste situazioni si è verificato che il trauma aumenta. Nel caso di persone che non sono state direttamente coinvolte, ma hanno visto in televisione gli eventi traumatici, non si evidenziano problemi.

E' tuttavia un dato comune che nelle catastrofi i giornalisti vogliono parlare direttamente con le persone coinvolte. In Austria quando un giornalista telefona per avere un'intervista si avvisano le persone e solo se queste desiderano parlare con i giornalisti si autorizza l'incontro. La maggior parte delle persone ritiene che il proprio dolore sia questione

privata, ma alcuni accettano. In questi casi vengono preparati dalla nostra équipe sia gli intervistati che i giornalisti.

C'è però la cosiddetta *stampa gialla*, soprattutto la stampa gialla internazionale, quella che si occupa di catastrofi, che non riconosce queste regole,. Tenta per esempio di scattare foto ai bambini morti. Sono arrivati ad offrirmi del denaro a Kaprun per avere la mia giacca, in modo da poter accedere ai luoghi interdetti ai giornalisti .

*Domanda:*

*Chi gestisce tra voi il rapporto con la stampa?Lei afferma “noi facciamo questo...”; con noi intende il gruppo degli psicologi o intende la rete, il responsabile della rete*

Risposta

Questo “noi” è la combinazione delle persone che compongono l'équipe, cioè gli psicologi, ma non solo. Quando i giornalisti vogliono un'intervista o con gli psicologi o con la vittima chiamano la Protezione Civile. E' la PC la responsabile dei rapporti con la stampa. Abbiamo anche una persona deputata a parlare con la stampa; quando succede qualcosa di grave viene organizzata una conferenza stampa e il rappresentante dà le informazioni necessarie.

*Domanda:*

*Mi chiedevo, ad esempio a Goteborg e Kaprun... se lo scopo dell'intervento, al di là del momento della crisi, è quello di cercare di abbassare il più possibile il bisogno psicologico , quando si può dichiarare terminato l'intervento?*

Risposta

I bisogni vanno sempre contenuti perché rappresentano una forma di reazione ad un evento. Se si attiva una psicoterapia efficace, condotta da professionisti qualificati, ritengo che l'intervento debba durare circa tre anni.

Non bisogna tuttavia dimenticare che le persone che hanno vissuto degli eventi traumatici rimangono comunque più fragili nel resto della loro vita e quindi, in ogni momento, possono avere un crollo.

Per esempio, un anno fa circa, un uomo piuttosto anziano ha perso la moglie di ottanta anni, sulla sedia a rotelle. Questa persona aveva subito da piccolo le persecuzioni dei nazisti. L'uomo è stato quasi perseguitato dai suoi ricordi, perché l'evento gli ha ricordato le emozioni che provava da bambino. Dopo la morte della moglie, l'équipe lo ha incontrato due - tre volte, ha conosciuto la sua storia e quindi lo ha appoggiato ad uno psicoterapeuta. Quando lo psicoterapeuta è andato in vacanza, proprio nell'anniversario della morte della moglie, l'uomo, ossessionato dai ricordi, ha chiamato l'équipe e ha cercato la persona che all'inizio aveva lavorato con lui. Ogni membro dell'équipe ha un cellulare di servizio, un numero a cui può essere raggiunto.

Come si diceva prima, le persone hanno bisogno di un punto di riferimento, di qualcuno di fiducia che già conosce la propria storia.

*Domanda:*

*Mi chiedo se mantenete un monitoraggio delle persone di cui vi siete occupati, anche dopo averle magari inviate ad altre figure professionali, oppure se c'è una delega.*

Risposta:

Mi piacerebbe molto, però al momento non abbiamo i fondi per fare anche questo; comunque un mio obiettivo è quello di continuare a monitorare le persone nel lungo termine.

In alcuni casi però, ad esempio per le persone che hanno vissuto l'incendio, manteniamo un monitoraggio. So che anche in Olanda, le persone sopravvissute all'esplosione di un'azienda che produceva fuochi d'artificio, vengono ancora monitorate.

*Domanda:*

*Volevo chiedere se le persone possono fare la psicoterapia gratuitamente.*

Risposta:

In Austria c'è un'assicurazione che si occupa delle spese sanitarie. Le persone che sono state trattate da noi ricevono 10-15 ore di assistenza gratuita di psicoterapia.

*Domanda:*

*Non avete un Servizio Sanitario Nazionale gratuito?*

Risposta:

E' obbligatorio avere questa assicurazione, però copre la psicoterapia solo in alcuni casi specifici e, questo, è uno di quei casi.

*Domanda:*

*Non mi è chiaro se queste persone, al di là dell'assicurazione che copre le spese per 10-15 ore, e che ovviamente non sono nulla per una situazione grave, possono accedere ad un servizio pubblico per fare la psicoterapia di tre anni, come diceva prima.*

Risposta:

Queste 10-15 ore sono previste per l'intervento privato.

Ovviamente se qualcuno viene mandato in un ospedale allora riceve tutto quello di cui ha bisogno.

In Austria esiste una gerarchia di traumi. Se il trauma è molto grave viene mandato in ospedale; se il trauma è più leggero si viene affiancati dalla struttura pubblica; se il trauma è leggero allora si viene mandati dallo psicoterapeuta.

Occorre tenere presente che in un evento catastrofico si creano particolari dinamiche di gruppo: sapete bene che in gruppo le persone si comportano diversamente da come farebbero da sole.

L'aiuto psicosociale deve rivolgersi direttamente agli individui, senza attendere che siano questi ultimi a chiedere aiuto. E' lo psicologo che deve recarsi sul luogo del disastro e individuare le persone che necessitano di un supporto.

Nel gruppo di Vienna abbiamo l'abitudine di non definirci "psicologi", ma diciamo alle persone che "offriamo assistenza", dato che la parola psicologo viene ricollegata alla malattia mentale. Pertanto non diciamo "siamo psicologi", ma "lavoriamo come psicologi".

Un nodo centrale è la valutazione costante e permanente dell'evento e delle reazioni all'evento, in modo da poter pianificare ed adattare l'intervento alle diverse esigenze.

A livello europeo si è deciso che innanzitutto vengano valutati i sintomi. Deve essere chiaro a tutti perché in questi casi arrivano molte offerte di aiuto e si creerebbe il caos se non ci fosse qualcuno che coordina.

Ad esempio, in Svizzera ci sono molte assicurazioni private e quindi ci sono molti psicologi che si recano sul posto ed offrono aiuto a pagamento, talvolta anche litigando per i clienti. Pertanto le autorità devono stabilire quali sono gli psicologi autorizzati ad intervenire.

Se a Vienna si presenta un'organizzazione sconosciuta ad offrire aiuto viene allontanata, perché non autorizzata. Se abbiamo bisogno di rinforzi, chiamiamo psicologi che abbiano ricevuto la nostra stessa formazione e di cui conosciamo la professionalità.

Serve inoltre una stretta collaborazione con l'assistenza medica, con la medicina dell'emergenza e con la psichiatria.

In una catastrofe i primi ad accorrere sono i vigili del fuoco ed il 118, pertanto la psicologia deve strettamente connettersi a questi organi.

Se ad esempio si verifica un incidente nell'aeroporto di Vienna, i Vigili del Fuoco chiamano immediatamente anche gli psicologi, poiché rientrano nello stesso piano di emergenza. Questo riconoscimento è stato raggiunto dopo molti anni di lavoro e dovrebbe essere l'obiettivo di tutti i paesi europei.

Dovrebbe essere il governo stesso a stendere un documento che regoli questo aspetto e poi a richiederne l'applicazione.

*Domanda:*

*In Italia, nell'agosto del 2006 è stata emessa una direttiva del governo, ma è molto recente e occorre lavorare ancora molto per ottenere una reale fattibilità...*

Risposta:

In effetti questa è la parte più difficile, ma è già un bene che ci sia una disposizione. L'intervento psicosociale dovrebbe essere automatico in ogni intervento sulla catastrofe. Dovrebbe esistere una direzione, composta dal capo del 118, dal capo dell'assistenza psicosociale, dal capo dei Vigili del Fuoco, che prenda decisioni in maniera congiunta.

*Domanda:*

*C'è almeno uno psicologo nella centrale operativa della Protezione Civile quando succedono dei disastri?*

Risposta:

Certo, più di uno. Per esempio, io sono stata chiamata a partecipare alle riunioni per la pianificazione della sicurezza del Campionato di Calcio del 2008. Per noi è normale.

Quando organizziamo un gruppo di intervento dobbiamo pianificare gli obiettivi e, su questi, i criteri per valutare l'operato del gruppo. Ad esempio, occorre decidere se l'obiettivo del gruppo è fare prevenzione, oppure vedere come si può gestire lo stress. Normalmente noi non ci occupiamo di prevenzione, ma di accompagnare le persone nel percorso di elaborazione del lutto.

Deve essere chiaro chi è autorizzato ad effettuare la valutazione, quale istituzione o Università, in modo da non creare contrasti.

Ad esempio, dopo lo tsunami, abbiamo incaricato un professore di Vienna della valutazione. Noi sapevamo che lui sarebbe stato l'unico a valutare il nostro operato.

Per quanto riguarda la gestione delle informazioni, la domanda che di solito ci viene rivolta è "che cosa è successo?" e "chi può superarlo?".

A livello europeo si è deciso che si devono prima di tutto informare le persone coinvolte e successivamente la stampa, mai il contrario. In questo modo si può rispettare la dignità e la privacy delle persone. È necessario stabilire dei confini, cioè decidere chi si deve occupare di che cosa. Allora si definisce di che cosa si occupa l'assistenza psicosociale. Ogni operatore del 118, ogni poliziotto, sa cosa deve fare, ma deve anche sapere cosa farà l'assistenza psicosociale. E' anche importante che tutti sappiano a chi deve essere offerta la priorità dell'intervento.

Ogni città deve avere un modello di pianificazione chiaro, che definisca azioni a breve, medio e lungo termine.

Ci devono essere norme che riguardano la Protezione Civile, l'assistenza medica e l'assistenza psicosociale. Ovviamente devono essere chiari gli aspetti finanziari.

I trasporti, le magliette, la formazione hanno un costo che deve essere previsto e coperto. Quindi chiedete sempre un compenso almeno per coprire i costi del vostro lavoro.

La formazione è importante, ma lo è anche la selezione: non tutti sono adatti a fare questo lavoro. Nella selezione è importante valutare molti aspetti, come ad esempio l'atteggiamento verso le altre persone, la stabilità emotiva, la creatività. È importante che gli operatori conoscano se stessi ed i propri limiti

Presso di noi, il reclutamento avviene in cinque passaggi: all'inizio si pubblica un annuncio di ricerca del personale, poi le persone interessate compilano una domanda scritta che viene letta da una commissione che opera una prima selezione; vengono così scelti alcuni soggetti che effettueranno un colloquio orale con la commissione. Se l'esito del colloquio è positivo, le persone sono invitate per un fine settimana di formazione, in cui vengono date le prime informazioni sul tipo di lavoro. Se nel corso di questa sessione il candidato dimostra di saper resistere allo stress, di avere un buon carattere, di riuscire ad integrarsi con gli altri, si passa alla fase teorica.

Si effettuano quindi ripetute sessioni di formazione di 3-4 giorni: durante queste lezioni teoriche inerenti il trauma, i discenti vengono osservati e studiati attentamente, soprattutto per valutare la reazione al trauma.

Superata questa fase, si passa a quella pratica.

*Domanda:*

*Le persone divengono socie di un'associazione o c'è un contratto che regola questo rapporto di lavoro?*

Risposta:

C'è proprio un contratto che viene stipulato e sottoscritto con la città di Vienna in cui vengono definite le caratteristiche pratiche della collaborazione. Ad esempio, vengono dati in dotazione un cellulare, una giacca e bisogna dare x ore di disponibilità, etc.

*Domanda:*

*In Austria è stato raggiunto un accordo circa l'orientamento teorico da adottare per l'assistenza psicosociale?*

Risposta: La discussione è ancora in corso: non è ancora stato stabilito quale sia l'approccio migliore nella fase acuta, in quanto la ricerca in questo ambito non ha ancora fornito risultati sufficienti.

Per quanto riguarda la formazione in psicotraumatologia ci si domanda quale sia l'approccio migliore, se quello sistemico, comportamentale o cognitivo. Questi studi vanno condotti a livello europeo perché è importante giungere a delle linee di intervento comuni.

A Vienna effettuiamo soprattutto interventi di terapia familiare e utilizziamo tecniche immaginative per controllare i flashback e ridurre l'ansia associata all'immagine che ritorna in maniera ossessiva. Il lavoro sulle immagini ricorrenti viene effettuato direttamente presso l'abitazione della vittima.

Ad esempio: un anno fa si è verificato un grave incidente che ha coinvolto un tram ed un autobus e siamo intervenuti sull'autista donna che nelle ore successive presentava flashback sonori, ovvero sentiva sempre il rumore dell'incidente ed aveva la sensazione di impazzire. Le ho suggerito di concentrarsi e provare ad immaginare che i rumori provenissero dalla radio. Le ho chiesto: "Riesce a vedere la radio?" e lei ha risposto: "Sì, riesco a vederla". Allora ho domandato: "Vede anche la regolazione del volume?" e "Che cosa sente adesso?". Ha risposto: "Sento questo rumore di ferraglia". Ed io: "Allora provi ad alzarsi e ad abbassare il volume. La manopola per la regolazione è sulla destra o sulla sinistra dell'apparecchio?" - "Sulla sinistra" - "Allora vada lì e mi faccia vedere se riesce, utilizzando la manopola a sinistra, ad abbassare il volume" - "Di quanto è riuscita ad abbassare il volume?" - "Di due tacche" - "Bene, e adesso com'è? È più sopportabile per lei?" - "Sì, va meglio". Allora io le ho chiesto: "Può abbassarlo di altre due tacche?"; successivamente le ho poi chiesto di alzare nuovamente il volume al massimo, per poi riabbassarlo ancora. Il lavoro è durato circa cinque minuti e la donna si è sentita meglio, in quanto ha imparato a controllare i flashback.

Successivamente chiedo di ripetere questo compito per 2-3 volte al giorno spiegando che questa è la terapia per le immagini ricorrenti: solitamente le persone collaborano.

Effettuare un esercizio del genere non è facile e richiede una formazione specifica: nel nostro team tutti sanno utilizzare questi metodi, sia gli assistenti sociali, che gli infermieri, che gli psicoterapeuti.

Esiste un altro esercizio basato sulla componente visiva: si immagina un televisore con un videoregistratore e si suggerisce che l'immagine sul video appartenga alla videocassetta; quindi si procede modificando la velocità del video e i colori, imparando così ad acquisire controllo sull'immagine. Quando questo avviene, si immagina di portare la videocassetta in cantina e di chiuderla in un baule. Più volte al giorno si andrà poi a prendere la videocassetta in cantina e si ripeterà l'esercizio di manipolazione del video, per essere certi di riuscire sempre ad esercitare questo controllo. Si ripeterà, inoltre, l'esercizio ogni volta che le immagini torneranno alla mente in maniera spontanea.

Ho proposto questo esercizio ad una ragazza giovane ed il giorno dopo le ho chiesto quante volte fosse tornata in cantina; le mi ha risposto: "Tre volte". Ovviamente tutto è avvenuto nella sua immaginazione.

Queste tecniche sono state create sulla base di quanto avviene nelle sedute di Training Autogeno. Sono tecniche che derivano dalle conoscenze acquisite dall'Ipnosi e dalla Programmazione Neurolinguistica.

*Domanda:*

*“Prima ha affermato che nella sua associazione c'è chi si occupa anche degli aspetti legali... per cosa e come?”*

Risposta:

La parte legale è svolta in un secondo tempo, quando sono state eseguite tutte le opere di salvataggio e di cura. Ogni vittima di solito ha un avvocato privato per eventuali risarcimenti. Noi facciamo da tramite. A volte le aziende sono disponibili a pagare, quindi non è necessario avere un avvocato. Nell'incidente della seggiovia, l'azienda produttrice è stata disponibile a pagare un risarcimento dopo un anno. In seguito si è presentato un avvocato americano dicendo che secondo il diritto americano le vittime avrebbero dovuto avere un risarcimento maggiore. Si è offerto di aiutare le persone interessate. Si è poi rivelata una truffa. Bisogna avere un controllo su queste situazioni. Questo avvocato non può più entrare in Austria..

*Domanda:*

*Come mai chi comunica la morte non è uno psicologo?*

Risposta:

La legge austriaca prevede che una notizia di morte venga comunicata da un poliziotto.

Prevede che sia il poliziotto “il cattivo” che dà la comunicazione, cosa giusta ... per la cura è opportuno che lo psicologo sia considerato “il buono”..

*Domanda:*

*Chi coordina il gruppo di sostegno psicosociale?*

Risposta:

Dipende dall'organizzazione di ogni Stato. In Austria c'è un gruppo che coordina, non solo una persona.

Questo aiuto riguarda il sostegno emotivo, la riorganizzazione nel mondo del lavoro, i cambiamenti nella vita privata; inoltre, risponde a quesiti in ambito legale e offre un aiuto nel percorso di adattamento a danni fisici e psicologici permanenti. A Vienna c'è un piano

per coordinare il servizio di Protezione Civile e gli psicologi, anche a livello amministrativo e burocratico.

I sopravvissuti ad una catastrofe hanno un forte bisogno d'appartenenza, vogliono rimanere a lungo nei gruppi di auto-aiuto e necessitano di trattamento psicologico e psicoterapeutico. C'è spesso questo bisogno di essere insieme e di rimanere uniti anche per tutte le conseguenze dell'evento: ad es. per motivi legali. Le autorità poi si devono occupare in particolar modo dei bambini che hanno perso i genitori.