Donatella Galliano e Luigi Ranzato

Sinossi delle attività e competenze degli Psicologi dell'Emergenza in riferimento alle normative della Protezione Civile, alle linee guida delle agenzie internazionali dell'ONU (IASC-WHO) e del NCTSN, e alle indicazioni del Consiglio Europeo e dell'Ordine degli Psicologi

Riassunto

Gli autori presentano questo dossier nel ventennale dalla costituzione di Psicologi per i Popoli avvenuta a Bolzano il 22 novembre 1999. Questa è la prima associazione italiana di volontariato professionale degli psicologi dell'emergenza, che nel 2003 ha figliato Psicologi per i Popoli – Federazione, organizzazione iscritta nell'elenco centrale della Protezione Civile con funzione di "colonna mobile" per l'assistenza psicologica e psicosociale alla popolazione colpita da catastrofi. L'intento è quello di offrire una rappresentazione sinottica e sintetica delle norme, dei modelli psicologici e delle esperienze che hanno positivamente guidato gli psicologi dell'emergenza della Federazione in questi vent'anni e che si ritengono tuttora valide e di comprovata efficacia.

Parole chiave: normative di protezione civile, linee guida in psicologia dell'emergenza.

Abstract

The authors present this dossier for the twentieth anniversary of the establishment of Psicologi per i Popoli, which took place in Bolzano on 22 November 1999. This is the first Italian association of emergency psychologists committed to voluntary professional work, and in 2003 it gave birth to Psicologi per i Popoli – Federazione, an organization that is registered in the central list of the Civil Protection with the function of "mobile column" for psychological and psychosocial assistance to the population affected by disasters. The aim of this paper is to offer a synoptic and synthetic representation of the norms, psychological models and experiences that have positively guided the Federation's emergency psychologists over the last twenty years and that are still considered valid and of proven effectiveness.

Key words: civil protection regulations, guidelines in emergency psychology.

Presentiamo questo dossier nel ventennale dalla costituzione di Psicologi per i Popoli, avvenuta a Bolzano il 22 novembre 1999. Si tratta della prima associazione italiana di volontariato professionale degli psicologi dell'emergenza, che nel 2003 ha figliato Psicologi per i Popoli – Federazione, organizzazione iscritta all'elenco centrale della Protezione Civile con funzione di "colonna mobile" per l'assistenza psicologica e psicosociale alla popolazione colpita da catastrofi.

L'intento è quello di offrire una rappresentazione sinottica e sintetica delle norme, dei modelli psicologici e delle esperienze che hanno positivamente guidato gli psicologi dell'emergenza della Federazione in questi vent'anni e che riteniamo tuttora valide e di comprovata efficacia.

Tra i valori fondativi di "Psicologi per i Popoli" che continuano a ispirare e caratterizzare l'azione dei suoi soci, vogliamo ricordare:

1. il profondo rispetto per il "mandato professionale dello psicologo", anche quando viene attuato in situazioni di estrema gravità e complessità, al di fuori degli abituali setting in cui opera il professionista;
2. l'apertura culturale, scientifica ed etica "alla conoscenza e alla pratica delle linee guida nazionali e internazionali di salute mentale e di supporto psicosociale", di sicura qualità in termini di efficienza, appropriatezza ed efficacia;
3. l'attenzione a quel "galateo istituzionale" grazie al quale la specifica funzione di assistenza psicologica alla popolazione assistita in situazioni di emergenza diventa possibile e integrabile con il sistema di Protezione Civile.

Questo dossier si compone di due parti. Nella Parte prima vengono ricordate le normative che dal 2001 al 2016 sono state emanate dal Dipartimento della Protezione Civile nazionale. Vengono riportate parti e commi che citano espressamente le attività psicologiche. Viene infine riportata la Direttiva del Presidente del Consiglio dei Ministri del 24 giugno 2016, che definisce l'ambito organizzativo e gerarchico in cui devono operare gli psicologi dell'emergenza. Nella Parte seconda vengono presentate le attività e le competenze degli psicologi dell'emergenza in relazione alle normative della Protezione Civile, alla modellistica nazionale e internazionale e, infine, alle esperienze maturate sul campo da Psicologi per i Popoli – Federazione.

Parte prima: sinossi delle attività e delle competenze degli Psicologi dell'emergenza in relazione alle normative della Protezione Civile.

Qui di seguito, le normative non vengono riportate integralmente, ma se ne citano i passi significativi per gli aspetti psicologici anche in ambito organizzativo e di gestione.

DPCM 13.2.2001. Direttiva della Presidenza del Consiglio dei Ministri, Dipartimento della Protezione Civile, "Criteri di massima per l'organizzazione dei soccorsi sanitari nelle catastrofi" (G.U. n 81 del 6 aprile 2001)

(1.7) In realtà, l'intervento sanitario in seguito a un disastro deve fare fronte a una

complessa rete di problemi che [...] prevedono la programmazione ed il coordinamento delle seguenti attività: [...] Assistenza psicologica [...] alla popolazione.

DPCM 2.5.2006. DIRETTIVA DEL PRESIDENTE DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI, DIPARTIMENTO DI PROTEZIONE CIVILE, "INDICAZIONI PER IL COORDINAMENTO OPERATIVO DELLE EMERGENZE DOVUTE A INCIDENTI STRADALI, FERROVIARI, AEREI E DI MARE, A ESPLOSIONI E CROLLI DI STRUTTURE E A INCIDENTI CON PRESENZA DI SOSTANZE PERICOLOSE" (G.U. N. 101 DEL 3 MAGGIO 2006)

(3.2.2) Nella prima fase, se i dati sono imprecisi e non si può procedere al loro accertamento attraverso gli operatori sul territorio, il Dipartimento potrà inviare nuclei di valutazione per acquisire direttamente elementi tecnico-scientifici e fornire indicazioni circa i soccorsi necessari. Per l'aspetto sanitario le informazioni dovranno fornire i dati su [...] la valutazione presumibile del numero dei morti e dei lesi, la natura delle lesioni prevalenti (fratture, ferite, ustioni, intossicazioni), la situazione delle vittime (facilmente accessibili, da liberare, da discarcerare), la situazione dei profughi e il loro stato psicologico, le condizioni dell'habitat relativamente a rischi epidemiologici evolutivi.
(1.3) A latere dell'intervento sul luogo dell'incidente finalizzato al recupero e al soccorso dei feriti e coordinato dal direttore tecnico dei soccorsi, è necessario prevedere una serie di attività che garantiscano l'assistenza alla popolazione anche indirettamente interessata dall'evento: [...] assistenza psicologica [...] (3.3) assistenza psicologica agli illesi [...] (4.2) assistenza psicologica anche ai soccorritori [...] A latere dell'intervento sul luogo dell'incidente finalizzato al recupero e al soccorso dei feriti e coordinato dal direttore tecnico dei soccorsi, è necessario prevedere una serie di attività che garantiscano l'assistenza alla popolazione anche indirettamente interessata dall'evento: [...] assistenza psicologica.

DPCM 13.6.2006. DIRETTIVA DEL PRESIDENTE DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI, 13 GIUGNO 2006, "CRITERI DI MASSIMA SUGLI INTERVENTI PICO-SOCIALI DA ATTUARE NELLE CATASTROFI" (G.U. N. 200 DEL 29 AGOSTO 2006)

(1.4) L'equipe psicosociale per le emergenze, EPE, in rapporto alle varie fasi dell'intervento ed agli specifici bisogni emergenti, deve poter:

- *consentire la realizzazione delle manovre prioritarie per la sopravvivenza fisica dei destinatari dell'intervento e provvedere alla tutela della salute psichica attraverso l'attivazione di tutte le risorse personali e comunitarie;*
- *garantire, oltre alla raccolta delle domande di aiuto spontanee, processi di identificazione attiva dei bisogni;*
- *mettere in atto le iniziative di supporto in modo coordinato con le altre azioni previste ed attivate nella catena dei soccorsi sanitari, al fine di evitare so-*

vrapposizioni e potenziali conflitti;

- *incentivare i processi di autodeterminazione, riconoscendo a ogni destinatario dell'intervento il diritto di operare scelte consapevoli relativamente alla propria salute;*
- *tutelare la dignità ed il rispetto della persona in tutte le azioni di soccorso, supportando la decodifica delle differenze e delle specificità culturali dei destinatari e vigilando affinché non insorgano processi di stigmatizzazione, in particolare attraverso l'etichettamento di comportamenti che potrebbero sembrare anomali se separati dal contesto in cui sono rilevati;*
- *porre particolare attenzione alla distribuzione delle informazioni utili ad attivare comportamenti auto protettivi e di riorientamento adattativo e fornire strumenti per facilitare la comunicazione, la comprensione e l'utilizzo delle informazioni stesse;*
- *garantire la raccolta e la conservazione accurata dei dati utili all'intervento, al fine di permettere una costante azione di monitoraggio degli interventi.*

(2) Destinatari primari degli interventi di supporto psicologico - psichiatrico in emergenza sono le vittime dirette di eventi dirompenti ed improvvisi indipendentemente dalla gravità dei danni materiali subiti ed evidenti.
Debbono essere considerati potenziali destinatari anche i testimoni diretti di fatti gravemente lesivi che hanno minacciato o compromesso la sopravvivenza di un essere umano; i familiari delle vittime, per quanto lontani da un diretto coinvolgimento; i soccorritori, volontari e professionisti, che a qualsiasi titolo abbiano prestato il proprio aiuto alle vittime e ai sopravvissuti. Oltre che i singoli individui, destinatari di intervento possono essere interi gruppi sociali quali famiglie, squadre di soccorso, team operativi e altri gruppi: in tali casi l'intervento deve consentire di far mantenere o riacquistare relazioni positive e costruttive. Nei casi in cui venga rilevata la necessità di stabilire delle precedenze per l'attivazione di azioni supporto, priorità verrà data alle fasce della popolazione più deboli e dunque a bambini ed anziani, persone con disabilità, soggetti già sofferenti di disturbi mentali ecc.
A prescindere dalla tipologia dell'evento catastrofico, è opportuno valutare a priori i fattori di rischio di un contesto emergenziale per poter prevenire disagi di natura psicofisica nei soccorritori. Una volta che gli operatori sanitari si troveranno a intervenire sul luogo della catastrofe dovrà essere garantito il loro lavoro attraverso un'azione di monitoraggio volta a individuare segni e/o sintomi di possibili condizioni di stress e/odi disturbi psichici.
(3.b) Nella fase acuta gli interventi sono rivolti prevalentemente: alla salvaguardia della popolazione attraverso l'allontanamento della medesima dalla zona di pericolo; [...] al supporto emotivo immediato [...] Nella fase a breve-medio termine l'equipe svolge quindi non solo attività rivolte al sostegno della popolazione ma anche funzioni volte a promuovere il ripristino delle reti di supporto sociale preesistenti o la creazioni di reti alternative per il rafforzamento delle risorse locali e le strategie di solidarietà presenti all'interno delle comunità [...].

È opportuno inoltre facilitare l'accesso ai servizi sanitari e sociali; fornire documentazione sulle persone a cui si è prestata assistenza in condizioni di emergenza e sugli interventi attuati; rendere disponibile ai Servizi richiedenti le informazioni sulle valutazioni relative ai fattori di rischio e di vulnerabilità individuali e collettivi allo scopo di attuare revisioni periodiche e follow-up a lungo termine.
(4) I professionisti, che operano in campo psicosociale, devono essere adeguatamente formati a svolgere attività che sono proprie di un contesto di emergenza collettiva. Tra queste si possono elencare:

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

(Dall'Allegato 1 "Triage") *Il triage deve consentire la valutazione delle conseguenze psicologiche e psichiatriche dell'evento catastrofico, essere prioritariamente rivolto alle vittime, alle categorie a rischio ed ai soccorritori che presentano un'evidente condizione di disagio che può interessare la sfera emotiva, cognitiva e comportamentale. Particolare attenzione deve essere posta alle modalità di conduzione della valutazione, al contesto in cui essa viene effettuata, alle esigenze o priorità espresse dal soggetto, alla tutela della privacy ed al rischio di stigmatizzazione [...]. Per effettuare un efficace triage, selezione che deve avvenire a tutti i livelli della catena dei soccorsi, si deve tener conto che le*

- *le operazioni richiedono la disponibilità di spazi adeguati che consentano un livello accettabile di privacy;*
- *le procedure devono essere adeguate alla peculiarità degli scenari ed essere utilizzabili da operatori con livelli di formazione differente;*
- *i protocolli devono comunque essere semplici, di rapida memorizzazione ed esecuzione, basati su criteri di assegnazione dei livelli di priorità attendibili e riproducibili;*
- *le valutazioni e gli eventuali interventi effettuati devono essere sempre registrati e la documentazione relativa deve essere opportunamente conservata e prontamente accessibile;*
- *le operazioni di triage non devono rallentare o interferire con le altre operazioni di soccorso.*

(Dall'Allegato 2 "Formazione") *Gli specialisti che operano in emergenza devono essere preparati, durante la formazione, a svolgere le seguenti funzioni, rivolte alle vittime di una catastrofe:*

Accoglienza – Ridurre l'esposizione dei soggetti agli eventi traumatici ed alle loro

conseguenze; soddisfare i bisogni primari e pratici; facilitare la verbalizzazione delle emozioni e la condivisione delle esperienze; favorire la ricomposizione dei nuclei familiari; aiutare a riguadagnare un senso di controllo sulla situazione e favorire il recupero di un ruolo attivo ecc.
Informazione – Fornire informazioni semplici, accurate ed attendibili: sulle cause, sulla evoluzione, sulle conseguenze dell'evento, sui servizi di emergenza immediatamente disponibili (accessibilità ai servizi), sulle condizioni dei familiari; raccogliere, verificare e diffondere notizie nel rispetto delle persone coinvolte nell'evento (deceduti, vittime con danni fisici, ospedalizzati, dispersi) e degli addetti alla comunicazione; registrare i dati delle persone assistite e degli interventi effettuati; valutare le esigenze informative di specifici gruppi (bambini e adolescenti; anziani; persone con problemi fisici e mentali) e la necessità di fornire le informazioni anche in lingue diverse.
Interventi clinici – Valutare la presenza di reazioni emotive, disturbi del comportamento e/o significative alterazioni del funzionamento cognitivo che possono essere legate a eventuali condizioni patologiche organiche; identificare i soggetti che necessitano di assistenza psicologica-psichiatrica immediata (per condizioni acute e gravi, che possono ridurre la capacità di autonomia, intralciare le operazioni di soccorso e creare situazioni di pericolo per se e per gli altri) e coloro che richiedono ulteriori approfondimenti diagnostici; individuare coloro che richiedono interventi sanitari d'emergenza non psichiatrici; fornire interventi psicologici o psichiatrici non differibili a soggetti con gravi reazioni emotive, disturbi del comportamento, alterazioni significative del funzionamento cognitivo.
Interventi psico-sociali – Svolgere attività psicosociale individuale, familiare e di gruppo per mezzo di tecniche accreditate; effettuare interventi alle prime fasi dell'elaborazione del lutto in situazioni specifiche (identificazione dei detenuti, partecipazione a cerimonie o rituali della comunità), o su aspetti pratici (accesso ai servizi di emergenza sanitaria e sociale; accesso ai servizi amministrativi e legali per problemi finanziari, lavorativi o abitativi); svolgere interventi di consulenza individuali e di gruppo nei confronti di operatori che hanno compiti educativi o che sono punto di riferimento delle comunità.

DPCM 6.4.2013. DIRETTIVA DEL PRESIDENTE DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI 6 APRILE 2013, "DISPOSIZIONI PER LA REALIZZAZIONE DI STRUTTURE SANITARIE CAMPALI, DENOMINATE PASS, POSTO DI ASSISTENZA SOCIO SANITARIA, PREPOSTE ALL'ASSISTENZA SANITARIA DI BASE E SOCIOSANITARIA ALLA POPOLAZIONE COLPITA DA CATASTROFE" (G.U. N. 145 DEL 22 GIUGNO 2013)

(Dalla "Nota del redattore al DPCM 6.4.2013") *L'ambulatorio Psicologico nel PASS rappresenta un'ulteriore declinazione dell'assistenza psicologica in emergenza. Le attività dello psicologo si configurano in interventi di diverso genere, ispirati alle linee guida internazionali per la tutela della salute mentale, che nell'insieme costituiscono il "sistema" di soccorso della psicologia. L'ambulatorio psicologico del*

PASS ha quindi senso solo all'interno di una organizzazione generale dei soccorsi.
La sua organizzazione prevede l'adeguamento agli standard richiesti dal SSN per i Servizi di Psicologia, il rispetto dei Livelli Essenziali di Assistenza e l'adeguamento alle linee di Indirizzo nazionali per l'assistenza psicologica.
L'Ambulatorio Psicologico del PASS non ha carattere urgentistico e prevede un intervento sussidiario ai servizi competenti per territorio.
Le attività dell'Ambulatorio Psicologico campale sono programmate e pianificate in condizioni ordinarie
I parametri di accreditamento professionale per l'attivazione degli operatori sono gli stessi richiesti dal SSN; gli psicologi prestano la medesima attività che svolgono in ordinario. Essendo il contesto di emergenza un luogo a elevata complessità, è auspicabile che gli psicologi abbiano una formazione specifica per la gestione delle reazioni emotive.
L'Ambulatorio Psicologico deve assicurare la necessaria assistenza a tutte le persone che a titolo personale o su invio informale o formale affluiscono al servizio, con particolare attenzione alle aree fragili della popolazione. Nell'Ambulatorio Psicologico del PASS vengono erogati interventi psicologici essenziali e qualificati, dalla prima accoglienza e individuazione dei bisogni alla pratica di psicoterapie brevi e focali, adatte a questi contesti. Considerato il tipo di scenario si privilegiano gli interventi di stabilizzazione emotiva. Sono previsti interventi rivolti ai soccorritori come il debriefing o il defusing.

(1) Al fine, di supportare il sistema sanitario territoriale colpito da eventi calamitosi di cui alla legge 24 febbraio 1992, n. 225, mediante la realizzazione di strutture sanitarie in grado di offrire alla popolazione assistenza sanitaria non urgentistica, è istituita la struttura denominata "Posto di assistenza socio sanitaria (PASS)", per la quale il seguente provvedimento intende procedere all'individuazione, per linee generali, delle caratteristiche minime che tale struttura sanitaria campale debba possedere.
(1.2) L'ordinaria configurazione del PASS prevede l'attivazione di aree adibite a servizi di segreteria, di accoglienza e di registrazione, nonché di ambulatori per l'attività di medicina generale, pediatria di libera scelta, infermieristica, psicologia, assistenza sociale, altra specialistica; può essere dotato di presidio Farmaceutico.
Le diverse aree di specializzazione del PASS sono organizzate, nel rispetto della riservatezza e delle peculiarità della tipologia di prestazioni da erogare, con particolare riferimento alle esigenze della popolazione fragile, come disabili, anziani, minori [...].
(4) [...] Nei PASS opera il personale sanitario e sociosanitario specializzato nella area di competenza, prestando la medesima attività che svolge in ordinario.

DPCM 24.6.2016. Direttiva del Presidente del Consiglio dei Ministri 24 giugno 2016, "Individuazione della Centrale Remota Operazioni Soccorso Sanitario e dei Referenti Sanitari Regionali in caso di emergenza nazionale" (G.U. n. 194 del 20 agosto 2016)

(Dalla "Nota del redattore al DPCM 24.6.2016") *La Direttiva del Presidente del Consiglio dei Ministri del 24.6.2016 "Individuazione della Centrale Remota Operazioni Soccorso Sanitario per il coordinamento dei soccorsi sanitari urgenti nonché dei Referenti Sanitari Regionali in caso di emergenza nazionale" assume una essenziale funzione chiarificatrice del ruolo che ogni Servizio Sanitario Regionale, attivato dal Referente Sanitario Regionale per le grandi emergenze (SRS), in accordo con la Protezione Civile regionale ed in interfaccia costante con il Servizio Nazionale della Protezione Civile, sarà chiamato a svolgere anche ai fini del soccorso psicologico urgente nel territorio colpito. Sarà pertanto suo compito: 1) individuare i bisogni psicologici e le risorse necessarie per dare risposte adeguate e tempestive alla popolazione; 2) attivare l'Equipe Psicosociale dell'Emergenza (EPE) del territorio regionale; 3) in caso di carenza di risorse territoriali, chiedere al Servizio Nazionale della Protezione Civile l'attivazione degli psicologi delle associazioni di volontariato sia regionali che nazionali riconosciute e pertanto iscritte negli elenchi della Protezione Civile; 4) approntare la struttura del Posto di Assistenza Socio Sanitaria (PASS) che comprende anche lo spazio per l'attività psicologica; 5) coordinare gli psicologi dipendenti e volontari per le attività interne alla struttura e in outreach.*

Premessa

Nella prima fase di gestione di eventi emergenziali, il soccorso sanitario urgente rappresenta un compito prioritario del Servizio nazionale della Protezione Civile (SNPC), che può essere garantito soltanto attraverso una tempestiva attivazione e un celere dispiegamento delle risorse allo scopo necessarie.
Per assicurare la direzione unitaria degli interventi di emergenza da parte del Capo del Dipartimento della protezione civile (DPC) e per favorire il necessario supporto delle risorse del SNPC nelle attività di soccorso sanitario urgente, è necessario disporre, almeno nelle prime 72 ore dall'evento emergenziale, di un sistema di coordinamento dei soccorsi sanitari urgenti affidato a una Centrale Operativa Remota Operazioni Soccorso Sanitario (CROSS) preventivamente individuata, sita fuori dal territorio della/e regione/i (di seguito nel testo regioni) interessata/e.
Il Capo del DPC, valutata la situazione in atto e sentite le regioni interessate dall'evento, può disporre l'attivazione della CROSS per favorire il necessario raccordo operativo tra le esigenze rappresentate dal territorio colpito e le disponibilità di risorse sanitarie delle componenti e strutture operative del SNPC.
Per favorire il necessario flusso delle informazioni tra il territorio colpito e il coordinamento nazionale e permettere con celerità il dispiegamento delle risorse, ogni regione individua un Referente sanitario regionale per le emergenze, che si relaziona col

DPC e con la CROSS, se attivata, secondo quanto disciplinato dalla presente direttiva. Restano ferme le competenze affidate alle regioni dalla normativa vigente, e quelle proprie delle regioni a statuto speciale [...].

1. Referenti sanitari regionali per le emergenze

I Presidenti delle regioni nominano il Referente sanitario regionale per le emergenze (RSR) tenuto conto di quanto disposto dalla presente direttiva [...].
Il RSR garantisce l'integrazione del Servizio Sanitario Regionale (SSR) all'interno del Sistema regionale di protezione civile. Nel caso di eventi emergenziali, il RSR partecipa alle attività poste in essere dalla struttura di coordinamento attivata dalla regione, anche ai fini del raccordo operativo con la CROSS. Ferme restando le disposizioni interne di ogni regione, il RSR agisce per conto della Presidenza della regione stessa e, in ragione di ciò, nel caso di eventi emergenziali di protezione civile attiva i canali informativi necessari e, nel rispetto delle indicazioni delle funzioni istituzionalmente superiori, attua in modo tempestivo gli interventi gestionali di seguito descritti.
A tal fine, il RSR opera in via diretta o attraverso strutture dell'emergenza sanitaria, secondo l'organizzazione in essere nella propria regione, sia per quanto riguarda la rintracciabilità, la trasmissione e la ricezione dei dati, che per le modalità di attivazione e/o movimentazione delle strutture sanitarie e delle risorse. Nel caso sia necessario il supporto delle risorse di protezione civile della regione, il RSR si rapporta con la Struttura regionale di protezione civile, che, valutata la richiesta, provvede in merito. Deve essere comunque utilizzato, per le azioni poste in capo al RSR, un riferimento unico per le comunicazioni, attivo H24 tutti i giorni dell'anno, a livello di telefonia (fissa, mobile, fax) ed e-mail. Il Referente sanitario regionale per le emergenze:

- *assicura l'integrazione del Sistema regionale di protezione civile e il Servizio sanitario regionale per tutti gli aspetti sanitari connessi con l'evento emergenziale;*
- *comunica con la Struttura regionale di protezione civile e con il DPC in relazione alla situazione in atto, alle priorità di intervento e alle risorse necessarie per assicurare l'assistenza sanitaria alla popolazione colpita;*
- *assicura il raccordo con la CROSS, di cui ai successivi articoli, e con le competenti strutture del Servizio sanitario territoriale, nonché con la Struttura regionale di protezione civile;*
- *assicura il concorso del Servizio sanitario regionale alle attività di pianificazione dell'emergenza di protezione civile. Ai fini della presente direttiva, il RSR dovrà possedere una dettagliata conoscenza, informando periodicamente in merito anche la Struttura regionale di protezione civile: dei Sistemi di emergenza urgenza della propria regione, intesi come modalità operative dell'Emergenza sanitaria territoriale 118, dell'Emergenza ospedaliera e delle reti a esse correlate; della dotazione, dislocazione e capacità operative delle*

risorse sanitarie mobili della propria regione, ivi compresi i moduli sanitari di cui alla DPCM del 28 giugno 2011; dell'organizzazione sanitaria dei presidi sanitari della regione, anche in merito alle risorse specialistiche, loro dislocazione e operatività; relativamente alla organizzazione sanitaria territoriale e della rete di cure primarie [...].

1.1 RSR delle regioni interessate da un evento emergenziale

Al verificarsi di un evento emergenziale il RSR assicura l'operatività della specifica funzione di supporto che si occupa degli aspetti sanitari nei centri operativi e di coordinamento attivati sul territorio. Il RSR attiva il Modulo sanitario della propria regione, di concerto con la Struttura regionale di protezione civile, e si coordina con il referente del modulo stesso. Per le finalità della presente direttiva il RSR opera in raccordo con la Direzione delle Centrali operative 118 di competenza territoriale e/o della Centrale operativa 118 di riferimento regionale e/o del Dipartimento o Azienda 118 interessate dall'evento emergenziale, attraverso le quali delinea il quadro delle esigenze operative e definisce le risorse sanitarie extra-regione necessarie a garantire il soccorso sanitario urgente sul territorio, dandone anche comunicazione alla Struttura regionale di protezione civile [...].

1.2 RSR delle regioni che intervengono con le proprie risorse sanitarie in supporto alle altre interessate da un evento emergenziale

Il RSR attiva, di concerto con la Struttura regionale di protezione civile, il modulo sanitario della propria regione e si coordina con il referente del modulo stesso. Il RSR verifica la disponibilità delle diverse tipologie di risorse sanitarie da attivare e le comunica al DPC o direttamente alla CROSS, se attivata. Il RSR è riferimento, assieme alla Struttura regionale di protezione civile, del DPC o della CROSS, se attivata, per il coordinamento delle operazioni di evacuazione sanitaria di feriti e infermi dalle regioni colpite, alle strutture sanitarie e socio sanitarie della propria regione. Quando le risorse sanitarie facciano parte del modulo sanitario della Colonna regionale di protezione civile, saranno utilizzate di concerto con la struttura regionale di protezione civile.

1.3 RSR della regione ove viene attivata la CROSS

All'attivazione della CROSS, il RSR della regione opera in supporto alla direzione della stessa per qualsiasi evenienza e necessità correlata, verificando l'attuazione delle procedure nel rispetto dei disciplinari previsti per la funzione (attivazione, gestione, chiusura dell'evento). Il RSR verifica la disponibilità delle diverse tipologie di risorse sanitarie di possibile prevista attivazione e le comunica direttamente alla CROSS.
Il RSR è riferimento, assieme alla Struttura regionale di protezione civile, della

CROSS per le operazioni di evacuazione sanitaria di feriti e infermi dalle regioni colpite alle strutture sanitarie e socio sanitarie della propria regione.
Il RSR attiva e si coordina con il referente del modulo sanitario della propria regione.

1.4 RSR nelle attività di pianificazione dell'emergenza di protezione civile

Nelle attività di pianificazione dell'emergenza di carattere locale, il RSR concorre, di concerto con la Struttura regionale di protezione civile, a garantire la necessaria integrazione del Servizio sanitario regionale con quello di protezione civile; in quelle di carattere nazionale e regionale, coordina, di concerto con la Struttura regionale di protezione civile, la pianificazione della risposta del Servizio sanitario regionale da attivarsi in caso di emergenza.

2. Centrale Remota Operazioni Soccorso Sanitario (CROSS)

Il DPC si avvale della CROSS, anche in attuazione di quanto previsto dalla direttiva del Presidente del Consiglio dei ministri del 28 giugno 2011, recante "Indirizzi operativi per l'attivazione e la gestione di moduli sanitari in caso di catastrofe", ai fini del coordinamento, in raccordo con i RSR, delle risorse sanitarie o a uso sanitario del SNPC, eventualmente richieste dalle regioni colpite. Le regioni individuano, tra le Centrali operative 118 già operanti, quelle idonee a svolgere il ruolo di supporto alle attività di coordinamento nazionale delle risorse sanitarie ai fini del soccorso sanitario urgente. Requisito fondamentale della CROSS è la capacità, dal verificarsi dell'evento emergenziale, di garantire, almeno per le prime 72 ore, oltre all'attività ordinaria, il perseguimento degli obiettivi a essa ascritti, assicurando adeguate disponibilità di spazi, dotazioni tecnologiche e risorse umane [...].
Il DPC fornisce alla CROSS, con cadenza mensile o comunque ogni volta che vi siano aggiornamenti sostanziali, il censimento delle risorse sanitarie rese disponibili in ordinario dalle componenti e dalle Strutture operative del SNPC.

2.1 Compiti della CROSS

[...] In particolare, la CROSS deve:

- *stabilire tempestivamente con il RSR delle regioni colpite un collegamento continuativo, che permetta uno scambio di informazioni costante al fine di far fronte alle richieste di intervento avanzate dallo stesso;*
- *effettuare la ricognizione delle risorse sanitarie delle regioni, finalizzate al soccorso sanitario urgente, disponibili per un impiego in tempi adeguati alle necessità rappresentate dalle regioni interessate;*
- *coordinare col RSR delle regioni colpite l'attivazione e l'utilizzo delle risorse sanitarie, o a uso sanitario, messe a disposizione dalle altre regioni;*
- *coordinare col RSR delle regioni colpite l'utilizzo delle risorse sanitarie, o a*

uso sanitario, delle Strutture operative del SNPC attivate tramite DPC;
- *coordinare col RSR delle regioni colpite e con i RSR delle altre regioni, le eventuali operazioni di evacuazione sanitaria.*

Inoltre, la CROSS garantisce:

- *la registrazione delle risorse sanitarie o a uso sanitario, richieste e utilizzate;*
- *la registrazione dei tempi di attivazione e impiego delle risorse sanitarie o a uso sanitario richieste;*
- *il collegamento informatico per raccolta dati e monitoraggio relativo alle attività di soccorso sanitario nell'area;*
- *la raccolta dei dati inerenti le attività di evacuazione sanitaria fuori dalle regioni colpite;*
- *il monitoraggio e la verifica in tempo reale delle risorse impiegate e delle attività poste in essere;*
- *la comunicazione periodica al DPC sulle attività poste in essere.*

Il DPC riferisce in sede di Comitato operativo la sintesi delle operazioni sanitarie effettuate.

PARTE SECONDA: DOVE E COME OPERANO GLI PSICOLOGI NELLE EMERGENZE IN CONSONANZA NON SOLO CON LE NORMATIVE DI PROTEZIONE CIVILE, MA ANCHE CON LE LINEE GUIDA NAZIONALI E INTERNAZIONALI

Premessa 1

I documenti qui elencati sono preceduti da sigle in grassetto che vengono poi riportate sinteticamente nei paragrafi che illustrano i luoghi e tempi delle emergenze.

- **BAD NEWS:** *Comunicazione ai familiari del decesso* (MADD, 1996);
- **CNOP-2013:** *Area di Pratica Professionale Psicologia dell'emergenza: Lo Psicologo dell'Emergenza;*
- **CNOP-2019:** *Psicologo in ambito emergenziale;*
- **EU-2010:** *Council conclusions on psychosocial support in the event of emergencies and disasters. 3018th justice and home affairs Council meeting* (Council of European Union, 2010);
- **IASC-2007:** *Guidelines on mental health and psychosocial support in emergency Setting;*
- **MAN.CAR-2003:** *Manifesto di Carcassonne* Psicologi per i Popoli, 2003);
- **OPL-2016:** *Best practices della psicologia dell'emergenza;*
- **PFA-2007:** *Psychological first aid* (EHO et al., 2007);

– **PFA-2012:** *Psychological first aid;*
– **WHO-Stress-2013:** *Guidelines for the management of conditions specifically related to stress.*

Premessa 2

In questa parte della sinossi sono riassunti e rappresenti per immagini i luoghi dove storicamente gli psicologi dell'emergenza hanno operato (in particolare, il Sisma Aquila 2009 e il Sisma Emilia Romagna 2012) con le molteplici competenze professionali coerenti anche con i modelli nazionali e internazionali. Nel Sisma Centro Italia 2016 la nuova struttura del PASS, in linea con le disposizioni del DPCM 24.6.2016, ha acquisito una fondamentale funzione di raccordo organizzativo e operativo con i servizi sanitari regionali. Sul terreno il PASS ha interpretato una funzione che potremmo definire "a hub", garantendo il raccordo tra il lavoro psicologico che è stato possibile fare nella stessa struttura PASS (attività psicologico-clinica e coordinamento con gli psicologi) e il lavoro psicosociale svolto nelle strutture campali di Amatrice e nelle strutture alberghiere e turistiche di Porto Sant'Elpidio e territori limitrofi.

1. Nel Posto Medico Avanzato (PMA; DPCM, 13.2.2001; DPCM, 6.4.2006; DPCM, 13.6.2006; WHO-Stress; MAN.CAR, 2013; CNOP, 2019)

Lo psicologo può essere richiesto dal medico del PMA per persone con segnali di scompenso, ai fini:

– di un triage psicologico
– di un intervento immediato di stabilizzazione emotiva.

2. Nell'obitorio e nelle cerimonie funebri (PFA, 2007; BAD NEWS; WHO-Stress; DPCM, 13.6.2006; CNOP, 2019)

La presenza è richiesta:

- per accompagnare e sostenere i familiari nel riconoscimento delle salme, in modo da permettere anche al personale di operare con la giusta distanza dall'atmosfera emotiva creata dai familiari;
- per collaborare nella comunicazione delle cattive notizie (linee guida delle "bad news").

3. Nei Centri di Prima Accoglienza (DPCM, 13.6.2006; WHO-Stress; MAN.CAR, 2003; CNOP, 2019)

Lo psicologo interviene per il Primo Aiuto Psicologico (*psychological first aid*), che comprende: contatto e aggancio, sicurezza e conforto, stabilizzazione emotiva, raccolta informazioni, assistenza pratica, collegamento alla rete di supporto sociale, informazione sulle strategie di coping, collaborazione con altri servizi e altri operatori.

4.a. Lo psicologo nella tendopoli per i bisogni di base – 1° livello della piramide IASC (IASC,2007; EU, 2010; DPCM, 13.6.2006; PFA, 2007; PFA, 2012; CNOP, 2013; OPL, 2016; CNOP, 2019)

Al primo livello della piramide, dove troviamo tutte le persone sopravvissute a un disastro. È importante dare a tutti delle risposte per i bisogni materiali di base, che assumono significati psicologici intrinseci per il modo con cui questi bisogni vengono soddisfatti: bisogni di sicurezza, alloggio, acqua, igiene personale, cure sanitarie di base, controllo delle epidemie eccetera. Tali risposte devono essere date con il coinvolgimento e con la partecipazione della popolazione stessa. Il ruolo dello psicologo dell'emergenza si estrinseca nella presenza attiva sul campo, nella collaborazione con gli altri operatori, nel monitoraggio delle situazioni, nella cogestione dei conflitti eccetera.

4.b. Lo psicologo nella tendopoli per i bisogni di famiglie, gruppi e comunità – 2° livello della piramide IASC (IASC, 2007; EU, 2010; DPCM, 13.6.2006; CNOP, 2013; OPL, 2016; MAN.CAR, 2013)

Al secondo livello della piramide, dove troviamo le famiglie, i gruppi e la comunità, le risposte di soccorso consistono in specifiche risposte rapportate alla situazione. Per esempio: ricerca e riunificazione familiare, cerimonie collettive di lutto e conciliazione, riavvio della scuola per i bambini e di altri servizi comunitari, gruppi di auto-mutuo aiuto ecc. Tutte queste azioni e iniziative assumono direttamente o indirettamente grande significato psicologico. Spetta anche allo psicologo promuovere, sostenere e monitorare queste iniziative

4.c. Lo psicologo nella tendopoli per le persone con bisogni psicologici non patologici – 3° livello della piramide IASC (IASC, 2007; EU, 2010; DPCM, 1-3.6.2006; CNOP, 2013; OPL, 2016; MAN.CAR, 2003; CNOP, 2019)

Al terzo livello della piramide, dove troviamo gruppi più ristretti di persone, con bisogni psicologici non patologici, gli psicologi possono attuare iniziative di salute mentale di base, come per esempio gruppi di ascolto, gruppi di auto-mutuo aiuto, interventi psicoeducativi eccetera. Il ruolo dello psicologo si concretizza in una presenza e una gestione diretta di queste iniziative.

4.d. Nel PASS, lo psicologo per persone con problemi psicologici di tipo clinico – 4° livello della piramide IASC (DPCM, 6.4.2013; DPCM, 2-4.6.2016; WHO-Stress; CNOP, 2013; OPL, 2016; CNOP, 2019)

Le persone che, nonostante i dispositivi messi in atto nei livelli di prima accoglienza, hanno una sofferenza per la quale necessitano di un intervento psicologico personalizzato sono inviate nell'ambulatorio psicologico disposto presso il PASS.

5. Lo psicologo nel PASS

- Lo psicologo che opera nel PASS deve possedere la specializzazione richiesta per l'accesso degli psicologi al Servizio Sanitario Nazionale.
- Lo psicologo opera a contatto e in collaborazione con gli altri sanitari e gli altri volontari del soccorso presenti sul campo.
- È disponibile e attento all'uso di interventi interdisciplinari.
- È preparato agli interventi con persone di altre culture e persone con handicap fisici e psichici.
- Poiché ogni emergenza è diversa viene richiesta flessibilità nell'organizzare la risposta.
- L'individuazione dei bisogni resta l'elemento determinante per una risposta adeguata ed efficace.

Sintesi delle prestazioni psicologiche nel PASS:

- accoglienza adeguata al contesto;
- screening;
- anamnesi individuale, familiare e sociale contestualizzata all'evento;
- diagnosi (ICD XI-DSM 5);
- counselling psicologico;
- stabilizzazione emotiva;
- tecniche di rilassamento individuale e di gruppo;
- psicoterapia breve;
- supervisione;
- invio ad altro specialista del PASS;
- follow-up;
- debriefing e defusing per operatori.

5.a L'organizzazione del PASS (DPCM, 6.4.2013; DPCM, 24.6.2016)

L'organizzazione del PASS prevede:

- adeguamento agli standard richiesti dal SSN;
- adeguamento alle linee di indirizzo nazionali per l'assistenza psicologica;
- adeguamento ai Livelli Essenziali di Assistenza/LEA del SSN;
- individuazione delle attività necessarie in sede campale;
- rispetto delle linee guida internazionali per la tutela della salute mentale;
- rispetto della catena di comando dell'organizzazione dei soccorsi.

6. Lo psicologo nelle strutture di gestione (DPCM, 13.6.2006; EU, 2010)

Collabora con dirigenti e capi campo nella valutazione e monitoraggio dello stress e della conflittualità nelle tendopoli o tra i soccorritori; collabora per migliorare il clima comunicativo e relazionale nella tendopoli; collabora nella gestione degli incontri di settore al DiComaC per la funzione psicosociale.

7. Lo psicologo nelle di strutture di incontro per i soccorritori (DPCM, 13.6.2006; EU, 2010; MAN.CAR, 2003; CNOP, 2019)

In questo ambito lo psicologo può intervenire in appoggio alle squadre di soccorritori di ritorno dalla prima linea con gli strumenti del defusing e debriefing psicologico, della stabilizzazione emotiva, dei colloqui individuali di sostegno, con la promozione di iniziative per la prevenzione e gestione dello stress e risoluzione dei conflitti di gruppo.

8. Lo psicologo nel team degli psicologi (DPCM, 13.6.2006; CNOP, 2013; OPL, 2016; MAN.CAR, 2003; CNOP, 2019)

Lo psicologo dell'emergenza non deve mai intervenire da solo negli scenari dell'emergenza. Partecipa ai momenti quotidiani di coordinamento e programmazione organizzati dal capo squadra; provvede al passaggio di consegne; compila il diario di bordo; partecipa a momenti di debriefing, supervisione, confronto e coordinamento con altri team psicologici presenti in altri centri di accoglienza e tendopoli.

Donatella Galliano, presidente di Psicologi per i Popoli-Federazione.
Luigi Ranzato, past president di Psicologi per i Popoli-Federazione.

Bibliografia

CNOP (2016), *Area di Pratica Professionale Psicologia dell'emergenza: lo Psicologo dell'-Emergenza*, alla pagina https://www.psy.it/allegati/aree-pratica-professionale/psicologo_emergenza.pdf

CNOP (2019), *Lo psicologo in ambito emergenziale.* In *Ambiti emergenti in psicologia*, "Quaderni Cnop", n. 44, Tipolitografia Morphena, Terni.

Council of the European Union (2010), *Council conclusions on psychosocial support in the event of emergencies and disasters. 3018th Justice and Home Affairs Council*

meeting. Luxembourg, 3 June 2010, alla pagina http://www.consilium.europa.eu/uedocs/cms_data/docs/pressdata/en/jha/114856.pdf

IASC (2007), *Guidelines on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Setting*, alla pagina https://www.who.int/mental_health/emergencies/guidelines_iasc_mental_health_psychosocial_june_2007.pdf

MADD (1996), *Comunicazione ai familiari del decesso*, alla pagina http://www.psicologiperipopoli.it/files/Comunicare%20un%20decesso.pdf

NCTSN (2012), *Psychological First Aid*, alla pagina https://www.nctsn.org/resources/psychological-first-aid-pfa-field-operations-guide-without-appendices

OPL (2016), *Best Practices per gli Psicologi che operano in contesti di emergenza*, alla pagina https://www.ordinepsicologilazio.it/wp-content/uploads/2016/05/Line-guida-Best-Practices_gdl-emergenze.pdf

Psicologi per i Popoli (2003), *Manifesto di Carcassonne*, alla pagina http://www.psicologiperipopoli.it/Vision.html

Presidenza del Consiglio dei Ministri, Dipartimento della Protezione Civile (6.04.2001), *DPCM 13.2.2001. Criteri di massima per l'organizzazione dei soccorsi sanitari nelle catastrofi*, "G.U. n. 81 del 6 aprile 2001", alla pagina https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2001/05/12/001A4739/sg

Presidenza del Consiglio dei Ministri, Dipartimento di Protezione Civile (3.05.2006), *DPCM 2.5.2006. Indicazioni per il coordinamento operativo delle emergenze dovute ad incidenti stradali, ferroviari, aerei e di mare, ad esplosioni e crolli di strutture e ad incidenti con presenza di sostanze pericolose*, "G.U. n. 101 del 3 maggio 2006", alla pagina http://www.protezionecivile.gov.it/amministrazione-trasparente/provvedimenti/dettaglio/-/asset_publisher/default/content/direttiva-del-2-maggio-2006-indicazioni-per-il-coordinamento-operativo-dovute-ad-incidenti.

Presidente del Consiglio dei Ministri (29.08.2006), *DPCM 13.6.2006. Criteri di massima sugli interventi pico-sociali da attuare nelle catastrofi*, "G.U. n. 200 del 29 agosto 2006", alla pagina https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2006/08/29/06A07937/sg

Presidente del Consiglio dei Ministri (22.06.2013), *DPCM 6.4.2013. Disposizioni per la realizzazione di strutture sanitarie campali, denominate PASS, Posto di Assistenza Socio Sanitaria, preposte all'assistenza sanitaria di base e sociosanitaria alla popolazione colpita da catastrofe*, "G.U. n.145 del 22 giugno 2013", alla pagina https://www.gazzettaufficiale.it/atto/serie_generale/caricaDettaglioAtto/originario?atto.dataPubblicazioneGazzetta=2013-06-22&atto.codiceRedazionale=13A05372&elenco30giorni=false

Presidente del Consiglio dei Ministri (20.08.2016), *DPCM 24.6.2016. Individuazione della Centrale Remota Operazioni Soccorso Sanitario e dei Referenti Sanitari Regionali in caso di emergenza nazionale*, "G.U. 194 del 20 agosto 2016", alla pagina https://www.gazzettaufficiale.it/atto/serie_generale/caricaDettaglioAtto/originario?atto.dataPubblicazioneGazzetta=2016-08-20&atto.codiceRedazionale=16A06112&elenco30giorni=false

WHO (2013), *Guidelines for the management of conditions specifically related to stress*, alla pagina http://www.who.int/mental_health/emergencies/stress_guidelines/en/

WHO, War Trauma Foundation and World Vision International (2007), *Psychological First Aid*, alla pagina http://www.who.int/mental_health/publications/guide_field_workers/en/