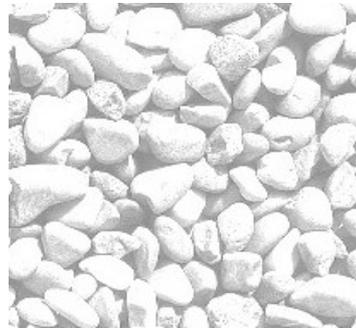
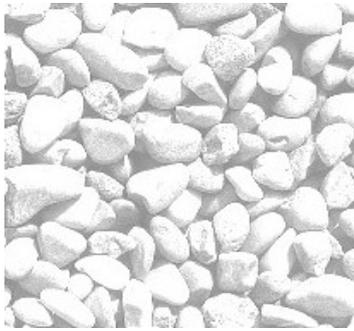




ISSN 2280-9120



Rivista di

Psicologia dell'Emergenza e dell'Assistenza Umanitaria

SEMESTRALE DELLA FEDERAZIONE PSICOLOGI PER I POPOLI

Numero 21, 2019



Direttore responsabile
Giuseppe Maiolo

Direttore
Donatella Galliano

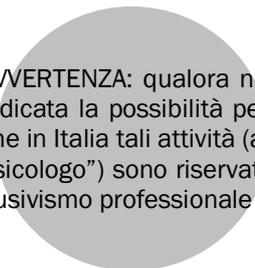
Vicedirettore
Luigi Ranzato

Direzione scientifica
Paolo Castelletti
Daniele Luzzo
Fabio Muscionico
Raffaella Paladini

Comitato professionale
Presidenti delle Associazioni Regionali/Provinciali
di Psicologi per i Popoli

Redazione
Gabriele Lo Iacono
www.psicologia-editoria.eu
E-mail: gabrieleloiacono@psicologia-editoria.eu

Psicologia dell'emergenza e dell'assistenza umanitaria è edita da
Psicologi per i Popoli - Federazione
Via Galileo Galilei 18, Lavis (TN)
CF: 95015460223
Direttore: pxpfederazione.presid@gmail.com
Vicedirettore: psicologixpopoli@alice.it



AVVERTENZA: qualora nei testi e nelle bibliografie internazionali riportate dalla nostra rivista sia indicata la possibilità per “operatori non psicologi” di svolgere attività psicologiche, si rammenta che in Italia tali attività (art. 1 e 3 della legge 18.02.1989 n. 56, “Ordinamento della Professione di Psicologo”) sono riservate agli iscritti nell’Albo dell’Ordine degli Psicologi. Si ricorda altresì che l’abusivismo professionale nel nostro Paese è condannato ai sensi dell’art. 348 del Codice Penale.

Psicologia dell'Emergenza e dell'Assistenza Umanitaria

Numero 21 2019

Indice

- Luigi Ranzato
Introduzione
Introduction p. 4
- Donatella Galliano e Luigi Ranzato p. 6
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
Overview of the activities and responsibilities of emergency psychologists in relation to Civil Protection regulations, to the guidelines of the international agencies of the UN (IASC-WHO) and of the NCTSN, and to the indications of the European Council and of the Italian Ordine degli Psicologi
- Ingrid Tere Powell V. p. 28
Studi e pratiche in immigrazione. Un contributo metodologico
Studies and practices in migration. A methodological contribution
- Ersilia Cossu e Valentina Branca p. 48
Dallo sbarco all'integrazione. I confini tra cura e responsabilità nell'intervento psicosociale di accoglienza dei flussi migratori in Sardegna descritti attraverso le lenti dell'ATSC
From landing to integration. The boundaries between care and responsibility in the psychosocial intervention of reception of migration flows in Sardinia, as described through the lenses of SCTA
- Giorgio Conte, Ileana Pernice, Claudia Ruota, Ambra Veneziano p. 60
Le manifestazioni pubbliche e le nuove norme per i volontari di Protezione Civile. Esperienze di collaborazione degli psicologi dell'emergenza con le altre forze del soccorso in occasione dei grandi eventi
Public events and new rules for Civil Protection volunteers. Experiences of emergency psychologists collaborating with other rescue forces during major events
- Norme per gli autori p. 66
Instructions to authors

In occasione del ventesimo anniversario della costituzione di Psicologi per i Popoli (prima associazione di volontariato professionale degli psicologi italiani dell'emergenza, costituita a Bolzano il 22.11.1999), viene presentato, nel primo articolo di questo numero della "Rivista di Psicologia dell'Emergenza e dell'Assistenza Umanitaria", un dossier, sotto forma di "sinossi", delle attività e delle competenze di psicologia dell'emergenza in relazione alle normative della protezione civile e alle linee guida nazionali e internazionali. Gli autori, Galliano D. e Ranzato L., ricordano che i valori fondativi di Psicologi per i Popoli, che continuano a ispirare e caratterizzare l'azione dei suoi soci, sono: a) 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; b) 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; c) 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.

Il secondo lavoro *Studi e pratiche in migrazione*, di I.T. Powell V., è un interessante e prezioso contributo metodologico all'individuazione di strumenti pratici adottati nel lavoro di supporto psicologico ai migranti, ai richiedenti asilo e ai titolari di protezione che l'autrice ha seguito come psicologa al Centro Astalli di Trento.

Nel terzo lavoro, *Dallo sbarco all'integrazione*, le autrici, Cossu E. e Branca V. avvalendosi, come presupposto teorico, dell'Analisi Transazionale Socio-cognitiva (ATSC), descrivono con efficace chiarezza e positiva, frutto della formazione che ha accompagnato un intenso lavoro sul campo, le diverse fasi organizzative e operative dell'accoglienza del migrante, il ruolo dello psicologo e degli operatori coinvolti, e la metodologia d'intervento.

Questo numero della Rivista si conclude con il racconto delle *Esperienze di collaborazione degli psicologi dell'emergenza con le altre forze del soccorso in occasione dei grandi eventi*. Gli autori sono psicologi dell'emergenza dell'associazione Psicologi per i Popoli – Lazio (Conte G., Ileana Pernice I., Ruota C. e Veneziano A.) che in questi anni hanno collaborato con l'Azienda Regionale Emergenza Sanitaria 118 (ARES 118) in occasione delle operazioni di assistenza medica e psicologica d'emergenza nei

grandi eventi organizzati nel territorio di Roma Capitale. Obiettivo dell'articolo è indicare alcune buone prassi esperienziali, frutto di conoscenze e competenze psicologiche, per operare in contesti di affollamento presso il Posto Medico Avanzato/PMA. Il lavoro si conclude con una serie di suggerimenti pratici di preparazione, di organizzazione e di metodo molto appropriati ed efficaci.

Luigi Ranzato

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: SINOSI 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)

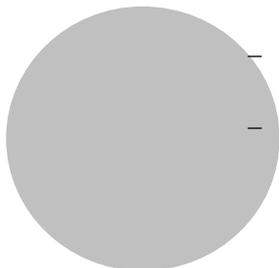
(3.2.2) Nella prima fase, se i dati sono imprecisi e non si può procedere al loro accertamento attraverso gli operatori sul territorio, il Dipartimento potrà inviare nuclei di valutazione per acquisire direttamente elementi tecnico-scientifici e fornire indicazioni circa i soccorsi necessari. Per l'aspetto 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/o di 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 creazione 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.

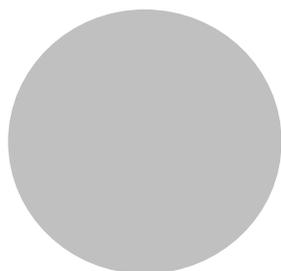
L'Ambulatorio Psicologico deve assicurare la necessaria assistenza a tutte le persone che a titolo personale o su invio informale o formale affluiscono al servizio, con particolare attenzione alle aree fragili della popolazione. Nell'Ambulatorio Psicologico del PASS vengono erogati interventi psicologici 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 [...].

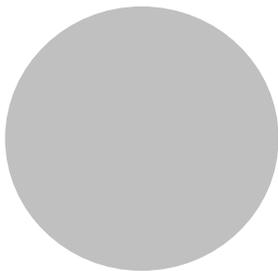
1. Referenti sanitari regionali per le emergenze

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)

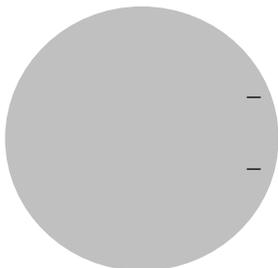
Il DPC si avvale della CROSS, anche in attuazione di quanto previsto dalla direttiva del Presidente del Consiglio dei ministri del 28 giugno 2011, recante "Indirizzi operativi per l'attivazione e la gestione di moduli sanitari in caso di catastrofe", ai fini del coordinamento, in raccordo con i RSR, 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 I

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 rappresentati 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.

I. 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.



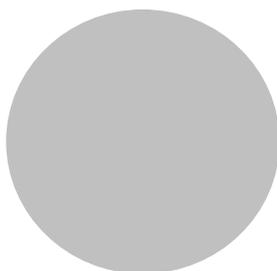
4.d. Nel PASS, lo psicologo per persone con problemi psicologici di tipo clinico – 4° livello della piramide IASC (DPCM, 6.4.2013; DPCM, 2-4.6.2016; WHO-Stress; CNOP, 2013; OPL, 2016; CNOP, 2019)

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.



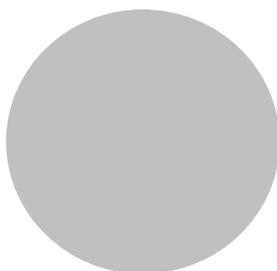
6. Lo psicologo nelle strutture di gestione (DPCM, 13.6.2006; EU, 2010)

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 132.2001. *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 25.2006. *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 136.2006. *Criteri di massima sugli interventi psico-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 64.2013. *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 246.2016. *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/

Ingrid Tere Powell V.

Studi e pratiche in immigrazione. Un contributo metodologico

Riassunto

Questo articolo è un contributo metodologico che nasce dalla volontà di condividere alcune premesse teoriche e alcuni strumenti pratici adottati nel lavoro di supporto psicologico ai migranti forzati richiedenti asilo e ai titolari di protezione – seguiti come psicologa del Centro Astalli Trento. Quanto verrà riportato è frutto dell'analisi delle note trascritte a seguito dell'uso di specifici strumenti: cartine geografiche, proverbi, manufatti, foto e altro. Questi strumenti mi hanno permesso di lavorare in chiave etno-clinica; sono emersi dalla relazione con gli/le migranti e sono stati concertati con gli/le stessi/e. Nella seguente sezione vengono introdotte alcune delle teorie sociologiche sulle migrazioni transnazionali, al fine di contestualizzare l'odierno fenomeno migratorio. Una sezione è dedicata all'approccio metodologico – con una breve disquisizione sul concetto di riflessività – mentre un'altra sezione è interamente dedicata agli strumenti adottati, alle analisi condotte e alle rispettive considerazioni.

Parole chiave: migrazioni transnazionali, riflessività, etno-clinica, studi post-coloniali.

Abstract

This article is a methodological contribution and it reflects my will to share some theoretical premises and practical tools that I have used during the psychological support to migrant asylum seekers and refugees – as a psychologist at Centro Astalli Trento. In what follows, some sociological theories on transnational migration will be introduced in order to situate the phenomenon of migration in the contemporary world. One section is focused on the methodological approach, in particular the concept of reflexivity will be explored; while a substantial section is focused on the tools, on their analysis and on my comments. The analysis was conducted on the notes that I collected after the implementation of specific tools, which were proposed by me as well as by the users of the service; these tools were: geographical maps, sayings, handmade objects, pictures etc. These instruments have allowed me to work through an ethno-clinic approach, they have been negotiated during the psychological interaction, as the reader will see.

Key words: transnational migration, reflexivity, ethno-clinic, post-colonial studies.

Introduzione: le migrazioni transnazionali

I fenomeni migratori attuali (si veda Castles e Miller, 2009) si situano in un quadro geopolitico articolato e possono essere caratterizzati da molteplici sfaccettature – per esempio, migrazioni forzate versus volontarie, migrazioni economiche versus climatiche ecc. – in cui i confini degli stati-nazione vengono messi in discussione anche a fronte dei processi di globalizzazione che caratterizzano le società contemporanee e i suoi abitanti. Nell'era della globalizzazione assistiamo a una “riorganizzazione spaziale della vita sociale”, tale

riorganizzazione è un processo politico, economico e culturale (Smith, 1989, p. 151). Con l'incremento dei flussi migratori verso l'Europa si sta assistendo alla crescita di istanze di riconoscimento dei diritti da parte delle popolazioni migranti che, consapevoli dei processi di globalizzazione, rischiano molto spesso di essere relegate in situazioni di subalternità e di marginalità politica ed economica (si veda Pennix, 2003; Però, 2005), il che richiama quei suddetti aspetti chiave della riorganizzazione spaziale della vita sociale di cui scrive Smith.

Il fenomeno delle migrazioni transnazionali (si vedano Basch et al., 1994; Faist, 2001; Faist et al., 2004; Bauböck, 2011) svela alle realtà occidentali come gli ideali di omogeneità nazionale siano illusori. Le migrazioni transnazionali sono in rapida crescita, ad alta componente femminile (Boyd e Grieco, 2003; Pessar e Mahler, 2001) e vigilate da leggi nazionali e internazionali che ne vorrebbero prevedere in una certa misura l'arresto, attraverso politiche non sempre in linea con i principi democratici liberali (Grillo, 2005; Hill e Smith, 2011). Fino a una ventina di anni fa, il fenomeno migratorio veniva spesso descritto in letteratura secondo un'accezione di genere parziale. La rappresentazione della persona migrante si ispirava a quella del migrante economico e veniva ricercata nella sola figura maschile, l'immagine dell'uomo solo (Boyd, 1989), nonostante l'incremento della popolazione migrante femminile e, più recentemente, della presenza dei nuclei familiari. Dalla prospettiva opposta, ossia quella di chi migra, come rivela una ricerca condotta da Datta et al. (2009), spesso, nell'immaginario dei giovani uomini migranti studiati, la migrazione è anche parte di un rito di iniziazione in cui non solo si dà prova di indipendenza dalle figure "genitoriali", ma anche di virilità; mi verrebbe da aggiungere che questo vale anche per le donne che ho incontrato nella mia pratica clinica: migrazione non solo come fuga, ma anche come emancipazione, come scuola di vita o percorso educativo – senza volere con questo ignorare altri significati dell'esperienza migratoria femminile. Molte migranti si vedono costrette a lasciare il proprio Paese a causa della fame, della precarietà lavorativa, della corruzione e della violenza di genere, che impedisce tra l'altro l'accesso all'educazione, alle cure sanitarie o al sistema giudiziario.

La migrazione, però, non va letta come un'esclusiva "individuale", perché molte volte rappresenta le scelte di una collettività che decide di sostenere e supportare la migrazione di un suo *membro* (non un "individuo"). Come evidenziato nella letteratura sul transnazionalismo, l'esperienza migratoria coinvolge gruppi e reti di persone – per esempio reti familiari e amicali – e implica, proprio per questa sua dimensione collettiva, una diffusione di responsabilità, in cui alla base possiamo anche trovare rituali di affiliazione, propiziatori e di altro tipo. Le identità sociali e culturali di queste realtà o collettività transnazionali trascendono i confini nazionali e riconfigurano forme di appartenenza multiple e differenziate (si vedano Goulbourne et al., 2010; Grillo, 2001), allo scopo di costruire una rete complessa di affiliazioni significative (Cohen, 2006). Come più volte riportato nella letteratura sulle migrazioni, prima internazionali e poi transnazionali, gli spostamenti migratori sono connaturati alla storia dell'umanità, anche se oggi si tende a percepire le migrazioni come un *epifenomeno*: esse vengono ridotte a evento secondario ed estemporaneo anche quando rappresentano una scelta connaturata all'esperienza di vita. A tutt'og-

gi, la mobilità nello spazio internazionale ci mostra le asimmetrie insite nei processi di globalizzazione, rivelando i doppi standard – spesso a svantaggio di coloro che sono privi di documenti di viaggio desiderabili, sprovvisti di capitale economico sufficiente per sfuggire alle frange della povertà o, infine, di coloro che sono facilmente esposti a episodi di discriminazione e allo “stigma” (sul concetto, si veda Goffman, 1983) a causa dell’orientamento sessuale, delle caratteristiche fenotipiche o del credo religioso.

Gli studi sul transnazionalismo (Schiller et al., 1992; Bauböck, 1994; Ong, 1999; Faist, 2000; Tambiah, 2000; Grillo, 2004) sottolineano come l’esperienza migratoria sia sempre più de-territorializzata, svincolata dai confini strutturali anche quando questi diventano fortezze. Ambrosini sostiene che adottare un approccio transnazionale nello studio delle migrazioni contemporanee permette di analizzare i “campi sociali” che i trasmigranti costruiscono per collegare i vari poli del movimento migratorio (2006, p. 33); ed è forse in questo senso che si può cogliere come il fenomeno migratorio contemporaneo si proietti al di là della dicotomia emigrazione-immigrazione, permeando diverse dimensioni della vita sociale all’interno della tensione stato-nazione versus universalità, democrazia versus autodeterminazione dei popoli ecc.

Da un punto di vista normativo, le migrazioni transnazionali fanno emergere il dilemma principale che sta al cuore delle democrazie liberali: da una parte, la rivendicazione di sovranità e di autodeterminazione dei popoli, mentre dall’altra l’adesione ai diritti umani universali (Benhabib, 2005, p. 673).

Va specificato che gli spazi sociali che le migrazioni transnazionali creano non sono tutti intellegibili allo stesso modo: Faist esplicita diversi spazi sociali transnazionali che denomina “gruppi di parentela transnazionali”, “circuiti transnazionali” e “comunità transnazionali” (2000, p. 195-196); tali spazi sono caratterizzati da processi di costruzione e incorporazione di differenti relazioni – basate su ruoli e status sociali, pregressi o acquisiti in migrazione – e di ridefinizioni identitarie, attraverso cui rinegoziare il senso di appartenenza e non-appartenenza a specifiche realtà. Perché la consapevolezza di appartenere non è un processo unidimensionale (si veda Rowe, 2005) e, come evidenzia Yuval-Davis, ci sono molteplici modi di appartenere e molteplici oggetti di attaccamento (2006, p. 199). Per tale motivo, gli spazi sociali transnazionali non sono intrappolati tra due mondi, ma sono in continuo mutamento sulla base di rapporti di mutualità (là dove possibile), di solidarietà e di concertazione di interessi personali e collettivi.

Con la progressiva diffusione delle migrazioni transnazionali si sono configurate, parallelamente, le politiche securitarie alle frontiere. Stolcke afferma che l’Europa ha sviluppato una retorica politica di esclusione dei migranti provenienti dalle sue ex-colonie; essi vengono rappresentati, e perciò costruiti nel linguaggio pubblico, come se fossero una minaccia all’unità nazionale del Paese “ospitante” proprio perché culturalmente differenti (1993, p. 1). L’Italia si ritrova coinvolta in questi flussi e stanziamenti migratori: essa diviene, da Paese di forte emigrazione quale era fino alla metà degli anni Settanta, un Paese di

immigrazione, soprattutto con l'inizio degli anni Novanta, in seguito alla crisi nei Balcani.

L'importanza di analizzare in chiave sociologica e psicologica il fenomeno migratorio ci permette di svelare e decifrare i rapporti di potere (asimmetrici) che lo caratterizzano e che affondano le loro radici nel passato coloniale e imperiale, come anche nella costruzione dei diversi stati-nazione moderni e poi contemporanei. Accade talvolta che tali dinamiche di potere vengano caricaturizzate, e questo aspetto è abbastanza evidente nel modo in cui i/le migranti di specifici Paesi, che giungono in Italia via mare o via terra, vengono rappresentati/e e presentati/e dai media. Naldi (2000) e Dal Lago (2004) hanno evidenziato come attraverso le immagini stereotipiche di specifiche popolazioni si possano rinforzare pregiudizi, discriminazioni razziste e soprattutto vissuti emotivi di paura – Dal Lago parla a questo proposito di “tautologia della paura” (2004) – così da giustificare azioni repressive, di controllo e sfruttamento delle stesse popolazioni a seconda dell'immagine stereotipata sottostante. E prima ancora, nel 1946, Carlo Levi scriveva, sul tema dell'idolatria dello Stato, un pensiero dal sapore ancora attuale:

Chi dovrà dunque portare sulle sue spalle, vittima consacrata, la divinità dello Stato? Chi dovrà reggere lo Stato senza farne parte? Evidentemente, gli stranieri, sia che essi lo siano per origine, sia che essi lo *diventino* [mio corsivo] per il fatto di esercitare una funzione considerata tale: e, per converso, l'attività degli stranieri apparirà come una attività servile. Perché, come abbiamo detto, gli uomini e le cose straniere hanno, più di tutte le altre, aspetto divino; sono già, per natura, per il fatto stesso della loro estraneità e ostilità, cose sacre e cose sacrificate (2018, [1964], pp. 76-77).

Metodologia: riflessività

Questo articolo è un contributo metodologico e nasce dalla volontà di condividere alcune premesse teoriche e alcuni *strumenti* pratici adottati nel lavoro di supporto psicologico ai migranti forzati richiedenti asilo e ai titolari di protezione – che ho seguito come psicologa del Centro Astalli Trento. Quanto verrà riportato è frutto di un'analisi delle note trascritte a seguito dell'uso di specifici strumenti: tra cui cartine geografiche, proverbi, manufatti, foto ecc. Gli strumenti, come si potrà constatare, emergono dalla relazione con gli/le migranti e sono stati concertati con gli/le stessi/e; tali strumenti mi hanno permesso di lavorare in chiave (etno)clinica.

Un aspetto da mettere in rilievo a livello metodologico, prima di proseguire in questa trattazione, è il concetto di *riflessività* (Davies, 1999). Concetti come autoriflessività e autoposizionamento (John, 1996) mi consentono di introdurre le riflessioni seguenti che nascono dalla pratica clinica e dalla mia formazione teorica e di ricerca etnografica. Lo stare e il sostare nello spazio e nel colloquio psicologico sono stati analizzati durante l'esercizio della profes-

sione: l'interrogarsi su come mi sono sentita di fronte a quegli strumenti e come l'utente si è sentito è stato basilare per la costruzione del percorso psicologico. L'approccio riflessivo da me adottato è stato alimentato e nutrito dalle teorie dell'etnopsichiatria (sul tema si veda Nathan, 1996; 2003; 2011; Deveaux, 2007), dalle teorie della psichiatria transculturale (per esempio, i seminari di Moro, 2016; 2017), dalle teorie psicologiche sul trauma (in particolare, Van der Kolk, 2015; Sironi, 2007) e dalle teorie antropologiche (nello specifico, i contributi di De Martino, 2007; 2008) e sociologiche, in particolare gli studi post-coloniali e sulle migrazioni.

Utilizzare un approccio riflessivo mi ha permesso di sostare e di essere guidata da alcuni interrogativi:

- Quali parti di me stanno emergendo?
- Quali parti del mio interlocutore stanno parlando e/o sto favorendo nel dialogo?
- Quali aspetti e parti di sé vengono messe a tacere e/o silenziate dalla specifica relazione con me psicologa in questo contesto/situazione?
- E infine, attraverso quali atti verbali e non-verbali si sta manifestando quella parte di sé che non parla, perché, per innumerevoli ragioni, non viene sollecitata?

Vorrei precisare che un approccio riflessivo non si esaurisce nella sola "riflessività", nel pensare o nella coerenza tra le premesse teoriche e il metodo. La riflessione, come evidenzia Callieri richiede un avvicinarsi di tipo fenomenologico e differisce dall'introspezione, che "cerca di fissare e di conoscere i propri fatti empirici (2001, p. 119). Ed è per questo che l'intervento etno-clinico con i/le migranti va situato: poiché gli aspetti ("etno")culturali (parentesi e virgolette intorno a *etno* cercano di evocare il rischio di una chiusura attorno a questo prefisso) dovrebbero essere contestualizzati all'interno di una geopolitica delle migrazioni transnazionali.

Un approccio riflessivo è anche corporeo, richiede corporeità: la necessità di considerare come il *proprio* corpo si muove nello spazio, nel contesto, di fronte alle storie di vita è fondamentale per poter capire quali sono i limiti e fino a dove possiamo accedere. Credo che tutto ciò che non rientra nella definizione di approccio metodologico riflessivo, nella pratica messa da me in campo, ricada nel concetto del "fare anima", così come viene inteso dalla psicologia archetipica (si veda Hillman, 2002a; 2003). Forse quanto scritto è opinabile, ma mi sembra l'unico modo per poter veicolare al lettore come il lavoro con la sofferenza di coloro che hanno conosciuto il lato oscuro della migrazione, ma anche dell'umanità, ci sollecita e ci riguarda.

Strumenti, metodi e considerazioni

Gli strumenti di seguito presentati rappresentano una parte limitata del percorso psicologico. Questi strumenti sono stati utilizzati dalle due alle quat-

tro volte su cicli che vanno in media dagli otto ai sedici incontri. Tuttavia, gli strumenti proposti da me e quelli proposti dagli utenti hanno apportato grandi risorse allo spazio relazionale, sciogliendo nodi e tensioni che restavano in sospeso, soggiacenti o latenti. Alcuni di questi strumenti sono stati presentati nel momento in cui l'interazione lo ha consentito, quando i tempi erano maturi perché la proposta dello strumento fosse accolta: sia da parte dell'utente sia da parte dello psicologo – quando era l'utente a portare nello spazio psicologico gli strumenti dell'interazione. Per questo motivo, grande importanza è stata data alle resistenze, proprie e altrui, nella rinegoziazione del potere (sul tema del potere, si veda Hillman, 2002b; Bourdieu, 1998; Butler, 2005) che caratterizza la relazione di aiuto. Le resistenze ristrutturano le dinamiche di potere all'interno del colloquio e lo redistribuiscono qualora questo si polarizzi eccessivamente; tale redistribuzione giova sia allo/a psicologo/a sia all'utente: primo, perché c'è un riconoscimento dello spazio in quanto luogo di interazioni concertate; secondo, perché si ridimensiona la figura dello/a psicologo/a che non è di per sé risolutiva; quest'ultimo/a lavora in sinergia e in rete con altri professionisti – per esempio, con i mediatori linguistico-culturali, ma non solo – nell'ottica di un'idea di cura diffusa che si ispira agli apporti teorici dell'etnopsichiatria e della psichiatria transculturale. Sull'importanza della mediazione è stato detto molto (sul tema mediazione, si veda Mantovani, 2008) e quindi non mi dilungherò: di seguito si potrà notare come gli strumenti presentati per essere adoperati e accolti con specificità, rigore e non-invasività richiedano talvolta la presenza di un mediatore o di una mediatrice preparati a stare nello spazio e nei setting psicologici. La cura del/della migrante non è scevra della componente storico-culturale, soprattutto quando la maggioranza dei migranti provengono da ex-colonie europee: come scrive Rigo, la persona migrante è “un soggetto post-coloniale, sia in quanto eredità del periodo coloniale, sia perché i migranti [...] [con la loro presenza] contestano in forma radicale il posto che gli è stato assegnato dalle frontiere politiche e legali” (2005, p. 5). La cura del/della migrante, del soggetto storico post-coloniale, ma anche del soggetto relegato nell'oblio, ai margini della storia dominante o “destoricizzato” – come nel caso dei contadini di Levi (1945) in *Cristo si è fermato a Eboli* – è *identitaria*. In parte, si basa sulla ricostruzione di una identità frammentata e, nei casi di violenze, torture e trattamenti disumani, di una identità defraudata (sul tema dell'identità in chiave post-coloniale si veda Fanon, 1967; 1970; 2007).

Di seguito vengono spiegati alcuni concetti a cui farò riferimento nel seguito di questo articolo, nella descrizione del mio intervento e nelle relative considerazioni. Spiegarne il senso può essere di aiuto al lettore.

Migrazioni transnazionali (si veda anche la sezione introduttiva). Molto spesso gli utenti che seguono incarnano, negli immaginari di coloro che sono rimasti nel Paese di origine e/o di provenienza, il “successo” della migrazione all'estero ed è proprio in questo immaginario che rischiano di rimanere intrappolati – in sistemi di *controllo sociale* “a distanza”, capaci di produrre e riprodurre non solo legami emotivi che sono fonte di soddisfazione, ma anche frustrazioni, irascibilità, senso di colpa ecc. Nelle relazioni transnazionali il concetto

di fiducia (si veda Tilly, 2007) è centrale per capire come si articolano, evolvono o si dissolvono le relazioni transnazionali – che possono essere al tempo stesso supportive e deprivanti.

Rappresentazioni culturali Tale espressione sta a sottolineare la soggettività delle narrazioni che caratterizzano ciò che è ritenuto culturale. Le criticità che emergono nell'esplorare questa dimensione sono molto interessanti: il senso di estraneità che talvolta prova l'utente migrante quando si adottano alcuni vocaboli in lingua veicolare – perché i vocaboli non si ancorano a nessuna rappresentazione culturale familiare o con cui si ha familiarità – ci restituisce l'importanza e la centralità di una buona mediazione linguistico-culturale. Va ricordato che la costruzione di ciò che è cultura riflette processi di gruppo in cui “nuovi e rinnovati simboli, pratiche e strumenti culturali, vengono costantemente aggiunti e rimossi dai repertori culturali esistenti” (Nagel, 1994, p. 162).

Riappropriazione culturale. Con questa espressione intendo indicare quel percorso/processo non lineare in cui una persona che riporta i segni di un'identità frammentata, sofferente o traumatizzata – a causa di violenze fisiche, psicologiche, di genere, *simboliche* o *collettive* – ci sollecita a una cura del fare memoria identitaria, soggettivamente culturale che consenta alla persona di sentirsi motivata nel processo di inclusione sociale, senza però rifiutare la/cultura/e a cui sente di appartenere – soprattutto a fronte di una società accogliente che tende a emarginarla e talvolta a stigmatizzarla. Come sostiene Young, in una società dove alcuni gruppi hanno dei privilegi a discapito di altri, insistere che i cittadini (quindi cittadini anche di altri Paesi) debbano lasciarsi alle spalle le proprie specifiche affiliazioni per adottare il punto di vista generale serve solo a rafforzare i privilegi di coloro che li opprimono (1989, p. 257). Di importanza centrale è lavorare nella costruzione di relazioni basate sul dialogo interculturale, attraverso l'esplicitazione degli intenti.

Va precisato che le interazioni interculturali non dovrebbero essere lette come riflesso di un fenomeno isolato e marginale nella società italiana attuale, poiché esistono anche in assenza di un'esperienza migratoria, quando si incontrano persone con capitali culturali differenti (Mantovani, 2008).

Rappresentazioni identitarie. Queste rappresentazioni sono soggette a ridefinizioni continue e risentono dell'esperienza migratoria. Bhabha, analizzando il pensiero di Frantz Fanon, evidenzia come i processi di “identificazione non si risolvono mai in una identità data, non è mai una profezia auto-realizzantesi; al contrario, si manifestano sempre attraverso la creazione di un'immagine identitaria, che trasforma il soggetto nel momento stesso in cui la fa propria” (2001, p. 67). A questo proposito, è interessante notare come talvolta accada che in situazioni di discriminazione e razzismo alcune persone si identifichino con la rappresentazione del dominatore coloniale; in altre parole, la rappresentazione dell'oppressore coloniale ritenuto il rappresentante di uno stato-nazione che in passato era potenza. Ciò viene percepito come una forma di riscatto, basata su quella gerarchizzazione (tacita, ma non sempre) tra statizzazione di cui spesso i migranti sono a conoscenza. In questo caso si tratta di utenti che hanno dovuto affrontare episodi di discriminazione *razzista* nel contesto italiano e sentirsi “francesi” o definirsi “inglesi” durante il colloquio –

appellandosi alla previa dominazione coloniale – era per loro fonte di rivincita. Assistiamo qui a una negoziazione tra autoidentificazione e altrui designazione dolorosa, in grado di generare, in alcuni casi, dinamiche di autocolonizzazione e ulteriore negazione di se stessi – attraverso l’incorporazione volontaria di precedenti forme di assoggettamento incarnate da una rappresentazione specifica di “vincitore”. Berger e Luckmann, affrontando il tema della costruzione dell’identità, si soffermano sul processo interattivo che intercorre tra identità e alterità nel momento in cui gli individui prendono coscienza di sé attraverso l’interazione (1990, p. 31). Proprio alla luce di questa considerazione ho voluto trascrivere questo esempio per evidenziare come i processi di identificazione siano trasformativi, mutevoli e legati ai contesti/situazioni – e buona parte del lavoro psicologico con l’utenza migrante si situa su questo piano.

Condivisione della quotidianità. È una richiesta di presenza e partecipazione. L’interazione è come un dono astratto che viene depresso nello spazio psicologico e posto all’attenzione – divenendo tale dono ricettacolo del flusso di dialogo ed emozioni. Come dono astratto il suo potere perdura, anche là dove non lo vediamo.

Narrazioni di resilienza/resistenza. Con questi termini si definiscono quelle narrazioni – né positive né negative, ma costruttive o distruttive – che favoriscono i processi di resilienza, di recupero delle proprie risorse psicologiche al fine di fronteggiare il presente ed elaborare in chiave esperienziale i vissuti di particolare sofferenza relativi a episodi denigranti, de-umanizzanti o traumatici. Tali narrazioni, nell’essere pronunciate, leniscono le ferite o recidono le catene, e in certi casi sono salvifiche.

Violenza esperita. Con questo concetto si intende che un processo di rielaborazione dell’esperienza violenta, anche in forma preliminare, è già in atto: la violenza dei vissuti è già stata incorporata e attraverso una specifica verbalizzazione viene pian piano metabolizzata. Talvolta le emozioni della violenza vengono riprodotte nel colloquio psicologico: come evidenzia Moro (2016), per condividere il dolore alcune persone hanno bisogno di performare l’angoscia e il terrore provati durante l’episodio violento e/o traumatico. In certi casi questa condivisione avviene attraverso *lo spavento*.

Esplicitazione grafica. Ho fatto ricorso a questa tecnica solo in due occasioni. Una volta in presenza della mediazione e una volta in sua assenza, quando si generavano incomprensioni nel risalire al nome di uno specifico oggetto. In questi casi, prendevo un foglio bianco e cercavamo di riprodurre un’immagine esplicitativa.

Riflessività. Si veda la sezione sulla metodologia.

PSICOLOGA

– **STRUMENTO: CARTINE GEOGRAFICHE.** L’uso delle cartine per i colloqui mi è stato consigliato dall’equipe del Dipartimento di Scienze della Formazione dell’Università di Verona, con cui abbiamo collaborato come Centro Astalli Trento nel progetto di ricerca-azione denominato Connessioni.

– **METODO E CONSIDERAZIONI: Narrazioni di resilienza/resistenza.** A prescindere dal grado di alfabetizzazione o dall'assenza di questa, va precisato che la maggior parte dell'utenza da me seguita sapeva interpretare le cartine geografiche e trovava piacevole averle sottomano, toccarle e ripercorrere con il dito dei tracciati. È stata usata la cartina geografica di Robinson, solo in un caso quella di Peters – che avrei trovato preferibile visto che nasce con l'intento di de-colonizzare le rappresentazioni geografiche dei territori (46° Parallelo, 2018). Proponevo: le cartine del Paese di provenienza e/o di origine, di accoglienza e, talvolta, di transito; le cartine continentali o per l'appunto quella planetaria di Robinson. Spesso, ma non sempre, l'uso delle cartine era preceduto dalla domanda che la stessa utenza mi sottoponeva: tu di dove sei, dov'è Cuba? Per poi fare una triangolazione tra il mio Paese di provenienza, il loro e il Paese in cui attualmente viviamo. Di rilevanza fondamentale è stato lavorare anche con la cartina d'Italia, al fine di de-costruire pregiudizi e stereotipi sulla popolazione locale.

Alle volte, in presenza delle cartine, le/gli utenti raccontavano la storia coloniale che ha contraddistinto i confini dei Paesi, a dispetto delle genti, e le storie di guerrieri in difesa dei regni e degli imperi del passato – per es., Bama-na Ségou, Benin ecc.

Attraverso l'uso delle cartine geografiche emergevano i temi del viaggio, le storie autobiografiche. Questi temi riportavano le persone a ripercorrere eventi che favorivano l'individuazione delle risorse soggettive (strategie di *coping*). Un esempio, a questo proposito, è il ricordo salvifico di preghiere capaci di allontanare i *jinn* e i *pori* (donne-fantasma della cultura bengalese), che si stavano manifestando – il mio compito è stato quello di incoraggiare l'utente a richiedere tali preghiere al suo imam di riferimento, visto che in passato tale tecnica aveva funzionato.

Per quanto riguarda il viaggio, invece, si evince come le cartine rinforzino il senso di orientamento e l'autostima: le persone acquisiscono maggior consapevolezza dei loro spostamenti, delle traiettorie percorse e dei significati, spesso nostalgici, dell'aver dovuto abbandonare il proprio Paese, la propria casa e la propria famiglia.

La cartina geografica è in grado, il più delle volte, di evocare ricordi pregnanti, narrazioni dettagliate ed emozioni che non hanno sempre a che vedere con i luoghi visti, ma con reti familiari, abitudini, usi e costumi soggettivi e collettivi. In questo contesto-situazione l'ascolto mi porta nella posizione di discente, dove l'utente è il docente che insegna indica quali luoghi, persone e usanze lo hanno segnato, entrando a far parte della sua vita.

– **STRUMENTO: NOME E “ALBERO GENEALOGICO”**

– **METODO E CONSIDERAZIONI: Riappropriazione culturale.** Attraverso il fare memoria del significato dei nomi è stato possibile, in molti casi, influire positivamente sul tono dell'umore. Questo perché molto spesso i nomi hanno dei significati legati alle usanze tramandate a livello familiare; per esempio, alcune traduzioni di nomi in italiano sono le seguenti: *testimone*, *prova di Dio*,

colui che si cura del prossimo, colui che è padre ecc. Talvolta sono nomi che portano in seno un dono per fronteggiare le fatiche e le gioie dell'esistenza. Altro aspetto da non sottovalutare a proposito del lavoro con i nomi, sono le narrazioni tra il nome ricevuto e il nome scelto in migrazione e/o desiderato.

Per quanto riguarda "l'albero genealogico", va precisato che non si tratta di un albero genealogico di tipo individualistico, ma collettivistico, in cui le stesse persone riportano quanto per loro è saliente: per esempio, l'appartenenza a una famiglia, a una comunità, a un certo clan – con l'articolarsi di questa appartenenza su livelli che possono denotare classi sociali, lavorative o caste, dal valore identitario.

– **STRUMENTO: VOCABOLI**

– **METODO E CONSIDERAZIONI: Riappropriazione culturale** attraverso il linguaggio, verbale e non-verbale. In certe situazioni di sofferenza *in migrazione*, la presenza della mediazione linguistico-culturale è fondamentale – per esempio, wolof, mandinka, bamana, pashto, punjabi, arabo ecc. Accade talvolta che una lingua veicolare, per esempio l'inglese, sia percepita come estranea; in altri casi, invece, accade che è la stessa lingua madre a esserlo, e viene rifiutata (soprattutto se a questa sono associate violenze di tipo traumatico). Lasciare che sia l'interessato a decidere quale lingua adottare è importante per creare un'interazione basata sulla fiducia nello spazio psicologico. In casi sporadici, le persone in migrazione non hanno frequenti occasioni di parlare la lingua madre o la lingua a cui si sentono affezionati; questo impedimento è talvolta fonte di frustrazione. In colloquio, argomentare sulla propria lingua e sulle emozioni a essa legate è spesso un atto di cura di sé che le persone riconoscono: riferiscono di sentirsi "diverse" quando possono parlare la lingua a cui sono maggiormente legate e gli giova l'argomentare riguardo a quest'ultima. Soffermarsi sui vocaboli permette anche di individuare quali parole vengono usate per definire il presente e il passato, i periodi significativi, il Paese di provenienza e di accoglienza, lo spazio pubblico e lo spazio privato – così da focalizzare insieme dove albergano le sofferenze e dare un nome alle emozioni.

– **STRUMENTO: RACCONTI / FAVOLE**

– **METODO E CONSIDERAZIONI: Rappresentazioni culturali.** Tali rappresentazioni emergono attraverso la narrazione di racconti; affinché questi possano essere interattivi, c'è bisogno di narrarli in una data lingua, magari con l'ausilio della mediazione – perché dovrebbero attingere a un linguaggio culturalmente conosciuto affinché il racconto non risulti estraneo. In alcune realtà, come quella descritta da una signora fulani, le storie sono attinenti al Corano – e hanno valenza di tipo religioso e morale. I racconti permettono di lavorare su elementi universali, come mi è capitato con una favola di Puškin che ha fatto emergere saggezze e conoscenze che l'utente riteneva significative per il presente – a cui, poi, ha aggiunto i suoi racconti di Luqman il saggio, le cui saggezze a sua volta sono state condivise. In un caso specifico questo me-

todo è stato utile per cercare di de-costruire i pregiudizi e gli stereotipi, soprattutto legati alla dimensione di genere.

– STRUMENTO: TRADIZIONI E USANZE

– METODO E CONSIDERAZIONI: **Riappropriazione culturale.** Affrontare le tematiche inerenti le usanze secondo il punto di vista soggettivo svela come una stessa funzione religiosa o celebrazione possa essere soggetta a diverse interpretazioni, a seconda delle dinamiche *in-group* e *out-group*; una tradizione accomuna i facenti parte di un gruppo ed esclude, se non addirittura stigmatizza, le persone esterne al gruppo. Un esempio sono alcune celebrazioni che avvengono nello Stato di Edo, connesse ai riti juju, durante le quali vengono praticate delle incisioni di iniziazione sui corpi ed eseguite delle danze; per alcune persone queste ritualità sono delle feste purificatrici, per altre dei riti dove potrebbe essere messa a rischio la propria incolumità e vita, a scopo sacrificale.

Le narrazioni in merito alle tradizioni ci restituiscono, inoltre, come in migrazione il *capitale sociale* resti un aspetto caratterizzante anche quando la rete comunitaria viene meno: la dimensione grupppale della quotidianità, per esempio pre-migratoria, resta parte integrante di più ampie pratiche di socializzazione che si riflettono nel presente.

– STRUMENTO: TRADIZIONI E CIBO

– METODO E CONSIDERAZIONI: **Riappropriazione culturale,** attraverso il racconto libero di ricette di cucina e la condivisione delle stesse. Con il termine “libero” non si intende un colloquio destrutturato, ma un’interazione spontanea sul cibo a partire dagli stili alimentari e da cosa le persone sono solite mangiare. Durante la fase di esplorazione della quotidianità – alimentazione, attività e riposo, ciclo sonno-veglia ecc. – focalizzarsi sul cibo è un modo di esplorare la cura di sé, ossia le modalità attraverso cui le persone si nutrono concretamente e in forma astratta, quali parti di sé alimentano e quali deprivano. In alcuni casi si osserva una recisione con il cibo della propria tradizione e l’adozione del cibo del Paese di accoglienza; in altri casi ciò non accade e si verifica un equilibrio; in altri ancora, c’è una totale chiusura nei confronti del cibo di nuova acquisizione. Tale chiusura è un modo di rendersi impermeabili al nuovo contesto e talvolta può essere data da vissuti di discriminazione e stigmatizzazione o dalla paura di una perdita identitaria; queste considerazioni ci indicano come l’espressione *masticare la lingua del posto* vada oltre il solo apprendimento.

– STRUMENTO: MANUFATTI E OGGETTI

– METODO E CONSIDERAZIONI: **Esplicitazione grafica.** Qui mi riferisco al recupero di parole tramite linee semplici o icone che permettono di veicolare dei concetti o recuperare dei termini – sia in presenza che in assenza di me-

diazione linguistico-culturale. L'esplicitazione grafica l'ho utilizzata in un colloquio in cui bisognava definire un alimento: il gombo, che nei paesi dell'Africa occidentale viene chiamato *okra/ocra* e che io conosco come *quimbombò* – come viene nominato a Cuba (anche in America latina, come in Africa, il nome varia da una regione all'altra).

Ho fatto ricorso a questo strumento anche quando ho dovuto riposizionare il focus del discorso in un momento di incomprensione linguistica, in cui l'utente era particolarmente confuso.

– STRUMENTO: SETTING PSICOLOGICO

– METODO E CONSIDERAZIONI: Condivisione della quotidianità.

In certe situazioni di vulnerabilità, come nel caso di donne con neonati/e, mi è capitato di fare il colloquio psicologico nello spazio domestico. La maternità, in migrazione, si confronta spesso con l'individualità delle pratiche di *maternage* vigenti nella società di accoglienza, essendo la rete delle donne significative rimasta nel Paese di origine o di provenienza. Questo aspetto, soprattutto nei primi mesi, rappresenta una criticità. Il supporto psicologico ha cercato di offrire un luogo in cui le pratiche di *maternage* potessero essere messe in rete e condivise sia a livello pratico che teorico. A livello pratico è emersa in modo preponderante l'importanza del cambio di setting, grazie anche alla presenza delle mediatrici linguistico-culturali. Il bagnetto del/la neonato/a e/o l'allattamento sono diventati pratiche condivise ed esperite insieme, argomentate anche in chiave interculturale.

Questo aspetto di "umanizzazione" del setting psicologico – dato dal fatto che la gestante all'ultimo mese o la puerpera non riescono a recarsi facilmente a colloquio presso l'ufficio – ha un significato focale anche alla luce del fatto che la rete di donne è assente e con lei sono assenti anche i rituali post-partum atavici; questo espone la donna a un senso di maggior solitudine, di impotenza e, in taluni casi, a ciò che in psicologia definiamo depressione.

UTENTE

– STRUMENTO: TRADIZIONI E CIBO (RITUALITÀ)

– METODO E CONSIDERAZIONI: La riappropriazione culturale in questo caso avviene attraverso la condivisione di pratiche di una specifica collettività in cui potersi riconoscere e identificare; per esempio, le narrazioni in merito alle usanze adottate per la festa di Ramadan, la festa del sacrificio o per alcune festività sacre akan. Alla base di questa condivisione di usanze inerenti il cibo c'è un aspetto fondamentale ricorrente: il nutrimento; in altre parole, la riappropriazione culturale passa attraverso il ricordo del nutrimento (cibo) del corpo, del Sé. Le usanze legate al cibo toccano la sfera delle emozioni inerenti la celebrazione, attraverso i sensi: il gusto, l'olfatto, la vista e il tatto. Il ricordo delle emozioni legate a un profumo, a uno specifico sapore o a una gestualità nel trattare un alimento sono risorse dell'utente rivolte alla propria cura.

In un caso ho potuto constatare che il tema del cibo ha condotto ad affrontare aspetti inerenti la sfera intima della sessualità in migrazione; per esempio, il ricordo del cibo cucinato dalle mani di una moglie rimasta nel Paese di origine, che da troppi anni non la si abbraccia più, ha permesso all'utente di affrontare una tematica che si riteneva sensibile (nella sua tradizione gli uomini pashtun non stringono la mano alle donne; inoltre non restano mai soli con le donne che non sono loro parenti. In Italia tutto ciò va rinegoziato).

– **STRUMENTO: TRADIZIONI E USANZE**

– **METODO E CONSIDERAZIONI:** Narrazioni di **resilienza/resistenza**. Le persone spesso portano a tema le proprie usanze – per esempio, gli stili educativi usati con la prole – con l'implicita ed esplicita richiesta di essere sostenute nella rilettura delle situazioni e dei contesti del presente in cui stanno vivendo. Questo denota la necessità di orientarsi nella società di accoglienza in modo "adattivo", così da costruire nuova conoscenza in merito alle differenze culturali sugli usi e sui costumi.

– **STRUMENTO: PROVERBI E DETTI**

– **METODO E CONSIDERAZIONI:** Il processo di **riappropriazione culturale** rievoca proverbi e aforismi che conservavano la saggezza di luoghi e di comunità: le persone riportano gli aforismi che gli avi gli hanno tramandato per affrontare le difficoltà della vita e del presente; si tratta di una forma di cura di sé che attinge alla memoria, alla coscienza familiare e collettiva, e che permette di recuperare il senso del linguaggio là dove si sono insediati vuoti comunicabili o indicibili.

– **STRUMENTO: MANUFATTI E OGGETTI**

– **METODO E CONSIDERAZIONI:** La **condivisione della quotidianità** passa anche attraverso il mostrare i propri manufatti, come possono esserlo i ricami o i lavori a maglia, oppure oggetti altrettanto significativi come il quaderno-diario delle proprie poesie e riflessioni o degli esercizi di italiano; questi oggetti rappresentano il tema-guida dell'interazione, ma anche il mezzo di condivisione delle emozioni, delle aspettative future e delle proprie progettualità. Tale condivisione genera fiducia e motivazione, proietta lo sguardo verso il presente e il futuro, favorendo un equilibrio del tono dell'umore – grazie a una rilettura adattiva del quotidiano. Per esempio, il diario per molti utenti è sia lo strumento che sostiene nel gestire le attese (dei documenti, della ricerca lavoro ecc.) sia l'espedito che permette di rielaborare il passato e trarne insegnamento.

Ci sono dei manufatti – ricordo alcuni prodotti del fare a maglia – che sono espressione delle competenze acquisite nel Paese di accoglienza nonché di parti di sé emergenti e mai conosciute, che, elaborate, producono nuove rappresentazioni identitarie.

– **Violenza esperita.** A colloquio con madri e figli/e, l'uso del gioco e del disegno libero è un aspetto fondamentale per la relazione madre-bambino/a – al fine di esprimere con le mani, grazie al gioco e/o al tratto libero coi colori, i vissuti di aggressività e impotenza che derivano dalle violenze viste ed esperite.

Non solo i bambini, ma in rari casi anche gli adulti desiderano esprimere le emozioni caratterizzanti i vissuti di violenza attraverso il disegno. Talvolta un disegno di volti mostruosi permette all'utente di comunicare la natura dei flashback: la paura delle montagne che lo hanno visto fuggire, nelle cui foreste si nascondono indecifrabili figure antropomorfe.

Poesie e riflessioni vengono alle volte condivise proprio perché sono prodotto anch'esse, come il disegno, di nuove rappresentazioni identitarie che stanno prendendo forma a seguito delle violenze esperite; ma non solo: accoglierle permette di dare sostegno alle persone nella gestione dello stress e di incanalare l'aggressività verso una sua più esplicita verbalizzazione.

– **STRUMENTO: FOTO E VIDEO**

– **METODO E CONSIDERAZIONI:** Le **relazioni transnazionali** vengono riportate tramite la pregnanza delle foto, le quali rinsaldano o possono rinsaldare particolari rappresentazioni identitarie. Attraverso le foto si ricostruiscono i legami familiari e amicali, e le narrazioni si snodano tra un prima e un dopo. Le foto che le persone scelgono di portare all'interno dello spazio psicologico, e di mostrare, sono per lo più di figure ritenute significative: talvolta possono anche rappresentare il maschile o il femminile di Sé che è distante o si è smarrito; o semplicemente una saggezza, un insegnamento di vita che quella figura in foto tramanda con la sua presenza, o altro ancora.

– **Violenza esperita.** La condivisione dei vissuti e degli episodi violenti è fondamentale per favorire alleanza e fiducia – ascoltando con presenza le emozioni che atterriscono e angosciano le persone. A tal proposito, cito, per esempio, i video delle violenze in Libia, in Siria o in altri Paesi di transito e provenienza; tali video vengono portati a colloquio psicologico perché generano ansia, incubi e flashback. Accogliere questa condivisione spontanea è importante ai fini della gestione dello stress e dell'aggressività rimasta fino a quel momento inespressa.

– **Rappresentazioni identitarie.** I ricordi del saper-fare, di ciò che in passato si è fatto e prodotto, di ciò che si è imparato, sono talvolta un modo di ricomporre un'identità frammentata dal viaggio, dalle disumanità vissute. Le lunghe attese, nell'impossibilità o nella difficoltà di trovare un lavoro, ledono l'identità di lavoratore che taluni utenti portano alla nostra attenzione; lo stesso vale per l'impossibilità o la difficoltà di recuperare la gestualità che accompagnava le attività quotidiane del passato – che nei centri di accoglienza, soprattutto nelle grandi strutture, è difficile riprodurre, mettere in atto.

– **Narrazioni di resilienza/resistenza.** Le foto sono spesso alla base di narrazioni di resilienza e strutturano il discorso permettendo alla persona di mantenere coerenza nell'esposizione.

– STRUMENTO: CANTO E MUSICA

– METODO E CONSIDERAZIONI: **Condivisione della quotidianità.** Attraverso l'ascolto di una preghiera cantata che inneggia al perdono e libera dai fantasmi della fame e della guerra, è possibile sostenere la persona nel suo specifico percorso di cura; capita che le/gli utenti vogliano condividere le loro "tecniche di rilassamento" per renderci partecipi dei loro saperi e rendere collettivi i gesti della cura: ti canto questa canzone in una lingua che non conosci, dimmi lo stesso cosa senti, che emozioni ti comunica.

– STRUMENTO: CORPO E CICATRICI

– METODO E CONSIDERAZIONI: **Riflessività.** Alle volte le persone desiderano mostrare le cicatrici, togliersi una protesi ecc. Desiderano interrogarmi con il loro corpo circa quella sofferenza e farmi accettare quel dolore crudo che le cicatrici palesano. Rileggere le mie emozioni e analizzarle è un modo per farsi che le parole possano essere un tocco di conforto.

Conclusioni

In questa trattazione sono stati presentati degli strumenti utili e noti per lavorare in chiave etno-clinica. Alla presentazione degli strumenti non è seguita una esplicitazione delle modalità d'uso e di quando è utile adottarli; tema, questo, fondamentale, che necessita una trattazione separata. Credo che sarebbe importante adottare delle modalità di intervento etno-clinico anche con le popolazioni cosiddette autoctone, e non solo con quelle migranti. Come la psicologia dell'emergenza insegna, è molto importante non solo documentarsi sui contesti di intervento prima della partenza, ma anche dialogare con le popolazioni locali per conoscerne i miti, gli immaginari, le credenze, le abitudini alimentari e i dialetti – parti costituenti delle identità collettive e soggettive, talora danneggiate, sofferenti, colpite da una catastrofe.

Oggi, nel panorama italiano, l'intervento etno-clinico è l'eccezione che conferma la regola, o potrebbe confermarla: al tempo stesso, però, l'intervento etno-clinico non dovrebbe essere esotizzante, ma autoriflessivo, perché possa aiutarci a non assolutizzare i nostri utenti interlocutori.

Nell'articolo, più volte, ho usato la parola *cura*: si è parlato di cura diffusa, di responsabilità della cura, di cura di sé. Di cosa si sta parlando? Ci sono due concetti a me cari che sono: quello dello *spazio condiviso* e del *tempo vissuto/esperito*. Tali concetti sono il nido che accoglie le parole e i silenzi della cura. Il valore affettivo della parola è sensoriale: la parola, "le parole che ci salvano" (Borgna, 2017), lasciano un sapore, un tocco, un suono, e con queste parole cerco di descrivere l'approccio metodologico riflessivo che ho adottato e applicato. La parola, in questo spazio condiviso, aleggia, sfiora, accarezza, colpisce o turba anche il *corpo dello psicologo*, nell'immediato o in un momento differito. Se si dà alle parole un valore affettivo, la cura non è l'obiettivo o la meta di un percorso, ma una dimensione processuale, ossia cura come itinerario fatto di passi concertati tra più interlocutori: utente, psicologo, mediatore ecc.

In *Sortilegio e delirio* (2000, [1964]), testo di psichiatria transculturale per certi aspetti ancora attuale degli psichiatri Riso e Böker, vengono trattate le difficoltà di adattamento dei migranti italiani in Svizzera negli anni Cinquanta e l'influenza del mondo magico (del meridione d'Italia) che questi migranti avevano incorporato sia nella malattia che nella guarigione:

Non sappiamo se si tratti di guarigioni, né sappiamo quale durata e quanta validità esse abbiano: d'altra parte anche nel nostro mondo razionale, che giudica e misura con precisione scientifica ci si rende conto di quanto sia approssimativo il criterio di guarigione (2000, p. 176).

I processi di cura e di guarigione non sono scevri di sentimenti e atti di “fiducia” che vanno a coinvolgere una rete complessa di soggetti, al di là della relazione psicologica. Questo anche perché i processi di guarigione coinvolgono un insieme di credenze in cui si annidano svariate relazioni di aiuto. Per esempio, alcuni utenti affrontano con lo psicologo problematiche che comparivano anche nel passato nei momenti di maggior stress (la migrazione potrebbe averle esacerbate) e che richiedevano specifiche cure – tra cui, per esempio, andare al tempio o in moschea dall'Imam. In alcuni casi, l'esperienza migratoria sembra aver rimosso la volontà di mettere in atto queste strategie, o le strategie stesse, e allo psicologo non resta che lavorare sulla verbalizzazione di questi ricordi, affinché la persona ritrovi le strategie a lei confacenti. È capitato che la strategia dimenticata riaffiorasse e che le persone recuperassero le preghiere di guarigione da un Imam di fiducia. Assistiamo a una pluralità di attori significativi – che ruotano attorno alla vita di una persona – e lo psicologo è un tassello di un più grande e vario mosaico umano.

Una guarigione o anche il desiderio di guarigione dell'utente richiedono un lavoro autoriflessivo da parte dello psicologo in merito al potere di cui è stato investito: potere che riceve sulla base di un sentimento di fiducia, sia essa relativa, assoluta o fittizia. La fiducia è un aspetto elementare della vita sociale senza il quale la società non esisterebbe. Essa è una dimensione “psichica” di carattere sociologico (Luhmann, 2002; Barbalet, 2009): confidiamo che il sole sorgerà ogni giorno, che gli esercizi commerciali siano aperti in certi orari, che rivedremo i nostri cari al rientro dal lavoro ecc. Lewis e Weigert (1985) sottolineano come la fiducia sia un fenomeno “inter-soggettivo”, in cui le componenti *sociali* ed *emotive* rivestono ruoli di centrale rilevanza. A tal proposito, infatti, Luhmann sostiene che la fiducia non può essere semplicemente concepita in termini di “superamento del tempo” perché la fiducia si fonda sul “presente come continuum” (2002, pp. 18-19). Nella pratica clinica queste considerazioni sulla fiducia sono state fondamentali: il lavoro con i/le migranti evidenzia come il concetto di fiducia sia fluido e stia nel presente, indipendentemente da quanti colloqui avvengono e indipendentemente dalla veridicità o meno delle storie di vita di cui gli utenti sono portatori. Il/la migrante è spesso affetto/a da esclusioni multiple: politiche, economiche, civili, sociali ecc. E quando si analizzano nello specifico queste esclusioni, si evince come il/la migrante viva a rischio alienazione: soprattutto corre il rischio di alienazione da se stesso/a, relegato/a a vivere una vita “per difetto” nelle società di accoglienza.

Ingrid Tere Powell V., *psicologa clinica*.

Bibliografia

- 46° Parallelo (2018), *Atlante delle guerre e dei conflitti del mondo*, Terra Nuova Edizioni, Firenze.
- Ambrosini M. (2006), *Delle reti e oltre: processi migratori, legami sociali e istituzioni*. In F. Decimo e G. Sciortino (a cura di), *Stranieri in Italia. Reti migranti*, Il Mulino, Bologna, pp. 21-55.
- Barbalet J. (2009), *A characterization of trust, and its consequences*, "Theory and society", 34(4), pp. 367-382.
- Basch L., Schiller G.N. e Blanc C.S. (1994), *Nations unbound. transnational projects, postcolonial predicaments, and deterritorialized nation-state*, Routledge, New York.
- Bauböck R. (1994), *Transnational citizenship. Membership and rights in international migration*, Edward Elgar, Aldershot, Hants.
- Bauböck R. (2011), *Temporary migrants, partial citizenship and hypermigration*, "Critical review of international social and political philosophy", 14(5), pp. 665-693.
- Benhabib S. (2005), *Borders, boundaries and citizenship*, "Political sciences and politics", 38(4), pp. 673-677.
- Berger P.L. e Luckmann T. (1969), *La realtà come costruzione sociale*, Il Mulino, Bologna.
- Bhabha H. (2001), *I luoghi della cultura*, Meltemi Editore, Roma.
- Borgna E. (2017), *Le parole che ci salvano*, Einaudi, Torino.
- Bourdieu P. (1998), *Il dominio maschile*, Feltrinelli, Milano.
- Boyd M. (1989), *Family and personal networks in international migration: recent developments and new agendas*, "International migration review", 23(3), pp. 638-670.
- Boyd M. e Grieco E. (2003), *Women and migration, incorporating gender into international migration theory*, "Migration information source", Migration Policy Institute, Washington. Disponibile online: <http://www.migrationinformation.org/Feature/display.cfm?id=106>
- Butler J. (2005), *La vita psichica del potere*, Meltemi Editore, Roma.
- Callieri B. (2001), *Quando vince l'ombra. Problemi di psicopatologia clinica*, Edizioni Universitarie Romane, Roma.
- Castles S. e Miller M.J. (2009), *The age of migration. International population movements in the modern world*, Palgrave Macmillan, NY.
- Cohen R. (2006), *Migration and its enemies. Global capital, migrant labor and the nation-state*, Ashgate, Aldershot.
- Dal Lago A. (2004), *Non persone. L'Esclusione dei migranti in una società globale*, Feltrinelli, Milano.
- Datta K., Mellwaine C., Herbert J., Evans Y., May J. e Wills J. (2009), *Men on the move: narratives of migration and work among low-paid migrant men in London*, "Social and cultural geography", 10(8), pp. 853-873.
- Davies C. (1999), *Reflexive ethnography: a guide to researching selves and others*, Routledge, London, GBR.

- De Martino E. (2007), *Il mondo magico. Prolegomeni a una storia del magismo*, Bollati Boringhieri, Torino.
- De Martino E. (2008), *Morte e pianto rituale nel mondo antico*, Bollati Boringhieri, Torino.
- Devereux G. (2007, [1973]), *Saggi di etnopsichiatria generale*, Armando Editore, Roma.
- Faist T. (2000), *Transnationalization in international migration: implications for the study of citizenship and culture*, "Ethnic and racial studies", 23(2), pp. 189-222.
- Faist T. (2001), *Dual citizenship as overlapping membership*, "Willy Brandt series of working papers in international migration and ethnic relations", 3/01. Disponibile online: <http://muep.mah.se/bitstream/handle/2043/691/Workingpaper301.pdf?sequence=1>
- Faist T., Gerdes J. e Rieple B. (2004), *Dual citizenship as a path-dependent process*, "Center on Migration, Citizenship and Development", Working Papers No. 7.
- Fanon F. (1967), *Black skin, white mask*, Grove Weidenfeld, New York.
- Fanon F. (1970), *Toward the African revolution*, Penguin books, Harmondsworth.
- Fanon F. (2007), *Scritti politici. L'anno V della rivoluzione algerina*, DeriveApprodi, Roma.
- Goulbourne H., Reynolds T., Solomos J. e Zontini E. (2010), *Transnational families. Relationships and resources*, Oxon: Routledge, Abingdon.
- Goffman E. (1983), *Stigma. L'identità negata*, Giuffrè Editore, Milano.
- Grillo R. (2001, April), *Transnational migration and multiculturalism in Europe*, paper presented at the "Centre for the comparative study of culture, development and the environment" (CDE), University of Sussex.
- Grillo R. (2004), *Islam and transnationalism*, "Journal of Ethnic and Migration Studies", 30(5), pp. 861-878.
- Grillo R. (2005), *Backlash against diversity? Identity and cultural politics in European cities*, Paper presented at the "Centre of migration, polity and society", University of Oxford.
- Hill C. e Smith M. (2011), *International relations and the European Union*, Oxford University Press, Oxford.
- Hillman J. (2002a), *L'anima del mondo e il pensiero del cuore*, Adelphi, Milano.
- Hillman J. (2002b), *Il potere. Come usarlo con intelligenza*, BUR Rizzoli, Milano.
- Hillman J. (2003), *Il sogno e il mondo infero*, Adelphi, Milano.
- John M.E. (1996), *Discrepant dislocation. Feminism theory and postcolonial histories*, University of California Press, Berkeley, Calif.
- Levi C. (1945), *Cristo si è fermato a Eboli*, Einaudi, Torino.
- Levi C. (2008), *Paura della libertà*, Neri Pozza Editore, Vicenza.
- Lewis D. J. e Weigert A. (1985), *Trust as a social reality*, "Social forces", 63(4), pp. 967-985.
- Luhmann N. (2002), *La fiducia*, Il Mulino, Bologna.
- Mantovani G. (2008), *Intercultura: la differenza in casa*. In G. Mantovani (a cura di), *Intercultura e mediazione. Teorie ed esperienze*, Carocci, Roma, pp. 17-31.

- Moro M.R. (15 settembre 2016), *L'accoglienza e il sostegno ai richiedenti asilo e ai rifugiati, con particolare attenzione alle donne e ai bambini*, seminario presso Crinali Cooperativa Sociale, Milano.
- Moro M.R. (26 ottobre 2017), *Il controtransfert degli operatori nelle relazioni con rifugiati e richiedenti asilo con esperienze traumatiche: come leggerlo, come utilizzarlo*, seminario presso Crinali Cooperativa Sociale, Milano.
- Nagel J. (1994), *Constructing ethnicity: creating and recreating ethnic identity and culture*, "Social problems", 41(1), pp. 152-176.
- Naldi A. (2000), "Clandestini" e "criminali"? *La costruzione giornalistica dell'allarme sociale attorno alla figura dell'immigrato straniero in Italia*. In G. Scidà (a cura di), *I Sociologi italiani e le dinamiche dei processi migratori*, FrancoAngeli, Milano, pp. 143-152.
- Nathan T. (1996), *Medici e stregoni*, Bollati Boringhieri, Torino.
- Nathan T. (2003), *Non siamo soli al mondo*, Bollati Boringhieri, Torino.
- Nathan T. (2011), *Una nuova interpretazione dei sogni*, Bollati Boringhieri, Torino.
- Ong A. (1999b), *Flexible citizenship. The cultural logics of transnationality*, Duke University Press, Durham and London.
- Pennix R. (2003), *Integration: the role of communities, institutions, and the state*, "Migration information source", Migration Policy Institute, Washington, Disponibile online: <http://www.migrationinformation.org/Feature/print.cfm?ID=168>
- Però D. (2005), *Left-wing politics, civil society and the immigration in Italy: the case of Bologna*, "Ethnic and racial studies", 28(5), pp. 832-858.
- Pessar P.R. e Mahler S.J. (2001, July), *Gender and transnational migration*, paper presentato alla conferenza sulla Transnational Migration: Comparative Perspective, Princeton University. Disponibile online alla pagina: <http://www.transcomm.ox.ac.uk/working%20papers/WPTC-01-20%20Pessar.doc.pdf>
- Rigo E. (2005), *Citizenship at Europe's borders: some reflections on the post-colonial condition of Europe in the context of EU enlargement*, "Citizenship studies", 9(1), pp. 3-22.
- Risso M. e Böker W. (2000 [1964]), *Sortilegio e delirio. Psicopatologia delle migrazioni in prospettiva transculturale*, Liguori Editore, Napoli.
- Rowe A.C. (2005), *Be longing: toward a feminist politics of relation*, "National women's studies association journal", 17(2), pp. 15-46.
- Schiller N., Basch L. e Blanc C. (1992), *Transnationalism: a new analytic framework for understanding migration*, "Annals of the New York academy of sciences", 645, pp. 1-24.
- Sironi F. (2007), *Violenze collettive. Saggio di psicologia geopolitica clinica*, Feltrinelli, Milano.
- Smith S.J. (1989), *Society, space and citizenship: a human geography for the "New Times"?*, "Transactions of the institute of British geographers, new series", 14(2), pp. 144-156.

- Stolcke V. (1995), *Talking culture. New boundaries, new rhetorics of exclusion in Europe*, "Current anthropology", 36(1), pp. 1-24.
- Tambiah S.J. (2000), *Transnational movements, diaspora, and multiple modernities*, "Daedalus", 129(1), pp. 163-194.
- Tilly C. (2007), *Trust networks in transnational migration*, "Sociological forum", 22 (1), pp. 3-24.
- Van der Kolk B. (2015), *Il corpo accusa il colpo. Mente, corpo e cervello nell'elaborazione delle memorie traumatiche*, Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Young I.M. (1989), *Polity and group difference: a critique of the ideal of universal citizenship*, "Ethics", 99(2), pp. 250-274.
- Yuval-Davis N. (2006), *Belonging and the politics of belonging*, "Pattern of prejudice", 40(3), pp. 297-214.

Dallo sbarco all'integrazione. I confini tra cura e responsabilità nell'intervento psicosociale di accoglienza dei flussi migratori in Sardegna descritti attraverso le lenti dell'ATSC

Riassunto

Gli autori si propongono di descrivere l'esperienza sul campo di un intervento psicosociale relativo all'attività di accoglienza e integrazione delle persone migranti protagoniste dei flussi migratori in Sardegna. Si propongono inoltre di descrivere il ruolo dello psicologo dell'emergenza e dell'assistenza umanitaria nel promuovere un'accoglienza capace di valorizzare le risorse del migrante adulto e bambino, nonché dei nuclei familiari, secondo l'ottica dell'Analisi Transazionale Socio-cognitiva /ATSC. Avvalendosi dell'ATSC come presupposto teorico, descrivono le diverse fasi organizzative e operative dell'accoglienza del migrante, il ruolo dello psicologo e degli operatori coinvolti, la metodologia d'intervento. Secondo Scilligo (2006), i processi di base dell'Analisi Transazionale Socio-cognitiva, sono la capacità di recepire il dolore e il piacere, la capacità di reagire in modo attivo e passivo al cambiare dell'ambiente, la capacità di provvedere alla continuità della specie attraverso l'interdipendenza relazionale, e il fattore evolutivo, cioè la graduale maturazione biologica e psicologica dell'individuo.

Parole chiave: accoglienza e integrazione migranti, Analisi Transazionale Socio-cognitiva/ATSC.

Abstract

In this paper, we will describe the field experience of a psychosocial intervention of reception and integration of migrants in Sardinia. We will also discuss the role of emergency psychologists and humanitarian assistance in promoting a kind of reception which can develop the resources of the adult and child migrants as well as of the family nucleus, following the Social Cognitive Transactional Analysis/SCTA approach. SCTA will be used as the theoretical basis to describe the several organizational and operational phases of welcoming the migrant, the role of psychologists and other professionals involved, and also the methodology of the intervention. According to Scilligo (2006), the basic processes of SCTA are: the ability to take in pleasure or pain, the ability to respond actively or passively to a change in external stimuli, the ability to provide for the continuation of the race (species) through relational interdependence, and the evolutionary factor, that is the gradual biological and psychological maturation of an individual.

Key words: migrant reception and integration, Social-Cognitive Transactional Analysis/SCTA.

Intendiamo descrivere in questo articolo l'esperienza sul campo di un intervento psicosociale relativo all'attività di accoglienza e integrazione delle persone migranti protagoniste dei flussi migratori in Sardegna.

Descriveremo inoltre il ruolo dello psicologo dell'emergenza e assistenza umanitaria nella promozione di un'accoglienza capace di valorizzare le risorse del migrante adulto e bambino, nonché dei nuclei familiari, secondo l'ottica dell'Analisi Transazionale Socio-cognitiva/ATSC.

Ci avvarremo dell'ATSC come presupposto teorico per descrivere le diverse fasi organizzative e operative dell'accoglienza del migrante, il ruolo dello psicologo e degli operatori coinvolti, la metodologia d'intervento.

Secondo Scilligo (2006), i processi di base dell'Analisi Transazionale Socio-cognitiva sono la capacità di recepire il dolore e il piacere, la capacità di reagire in modo attivo e passivo al cambiare dell'ambiente, la capacità di provvedere alla continuità della specie attraverso l'interdipendenza relazionale, e il fattore evolutivo, cioè la graduale maturazione biologica e psicologica dell'individuo. In particolare, secondo l'ATSC, lo stato dell'Io definisce un insieme di processi mediazionali, delle "lenti" che costituiscono un'interfaccia tra il mondo esterno e il comportamento della persona (Scilligo, 2009).

I processi di base dell'Analisi Transazionale Socio-cognitiva, sono:

- la capacità di recepire il dolore e il piacere;
- la capacità di reagire in modo attivo e passivo al cambiare dell'ambiente;
- la capacità di provvedere alla continuità della specie attraverso l'interdipendenza relazionale;
- il fattore evolutivo, cioè la graduale maturazione biologica e psicologica dell'individuo.

Gli stati dell'Io evolutivi sono tre:

1. Stati dell'Io bambino, in cui prevalgono pensieri, emozioni e comportamenti tipici dei primi anni di vita, curiosità, intuizione e impulsività;
2. Stati dell'Io adulto, in cui sentimenti e comportamenti sono strutturati e sviluppati in funzione di una maggiore capacità logica e rappresentativa tipica delle persone adulte;
3. Stati dell'Io genitore, in cui i pensieri e i comportamenti, derivanti dall'esperienza passata, sono più complessi e fungono da bussola nel fornire libertà responsabili, decisioni di vita e scelte consapevoli.

Secondo questo modello, il benessere nasce dalla capacità dell'individuo di usare in modo variabile gli stati dell'Io liberi e protettivi sia nella relazione con se stessi (intrapsochica) che nella relazione con gli altri (interpersonale). A tale proposito, evidenzieremo come sia di primaria importanza la modalità relazionale utilizzata dallo psicologo fin dalle prime fasi dell'accoglienza allo sbarco: la sua tendenza a prendersi cura in modo amorevole e protettivo dovrà infatti ben coniugarsi con la capacità di dare anche gli stimoli giusti nella relazione per valorizzare le risorse del migrante ed energizzare i suoi stati dell'Io complementari, per aiutarlo a raggiungere l'autonomia e il maggior benessere auspicabile.

L'intervento può essere sintetizzato in due fasi: accoglienza allo sbarco (Porto di Cagliari) e accoglienza all'interno dei CAS (Centri di Accoglienza Straordinaria). Ci soffermeremo sul ruolo dell'operatore e su quello del migrante, e sugli stati dell'Io relazionale di entrambi. Concluderemo con un'analisi critica dei limiti e delle prospettive future di questo tipo di intervento.

L'accoglienza allo sbarco

L'accoglienza primaria consiste prima di tutto nella preparazione degli operatori che si occuperanno della procedura, dell'organizzazione e del coordinamento delle varie figure professionali coinvolte, e nell'organizzazione delle diverse attività attraverso briefing e lavoro di equipe multidisciplinare all'interno della "macchina dei soccorsi" messa in campo al porto di Cagliari. Nello specifico, analizzeremo il ruolo dello psicologo nell'accogliere i migranti e offrire loro ascolto, supporto e rassicurazione.

Questa attività comporterà l'attivazione di tutti e tre gli stati dell'Io da parte degli operatori coinvolti. In particolare:

- Si attiva il Genitore quando gli operatori vengono guidati e sollecitati dai loro obiettivi e dai valori sottesi;
- Si attiva l'Adulto quando vengono messi in atto i processi che implicano l'utilizzo dell'esame di realtà, di ciò che accade nel qui e ora e di ciò che dev'essere affrontato nell'immediato;
- Si attiva il Bambino quando vengono usati processi emotivi per ottenere sollievo dalla sofferenza. Nel soccorritore, l'attivazione di questo stato dell'Io aiuta a comprendere lo stato d'animo dell'Altro, a empatizzare e a rendersi partecipe, tanto da poter entrare in sintonia anche senza parlare (qualora ci siano problemi di comunicazione linguistica).

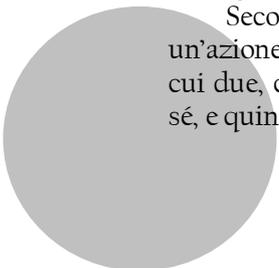
Questo primo step d'incontro tra operatori e coloro che sbarcano, prevede:

- il coordinamento e il briefing dei soccorritori;
- l'ascolto empatico;
- una comunicazione efficace;
- la presa in carico solistica.

Da qui nascono alcune considerazioni sulle modalità di presa in carico e su ciò che può essere efficace in tale frangente. Sulla base delle esperienze fatte sul campo, proveremo a rispondere a due domande fondamentali che ci accompagnano nel nostro percorso di riflessione e crescita professionale, e che sono il risultato delle lezioni apprese dall'esperienza, da cui poi scaturiscono le raccomandazioni per proseguire il nostro operato in futuro. Quali interventi attuare per un'Accoglienza efficace? Come promuovere la salute e il benessere psicologico del migrante che accogliamo?

Il supporto psicologico si può attuare con modalità di intervento flessibili e integrate, nel rispetto della diversità di ogni individuo.

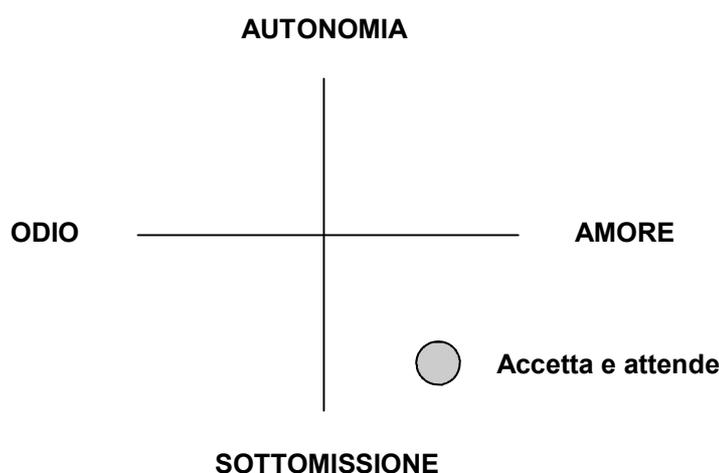
Secondo il modello ATSC, il comportamento delle persone coinvolte in un'azione può essere osservato tenendo conto di tre punti di vista differenti, di cui due, centrati sulla relazione, e quindi interpersonali, e uno centrato su di sé, e quindi intrapsichico.



Per quanto concerne il focus interpersonale, abbiamo il *proponente*, cioè colui che inizia un'azione verso l'altro, e il *rispondente* cioè colui che riceve l'azione. Per quanto riguarda il focus intrapsichico, l'*introietto* (Sé) descrive l'azione rivolta verso di sé, nonché il risultato finale della relazione Altro-Sé.

Nel caso specifico:

RISPONDENTE-MIGRANTE



Proponente: soccorritore, è colui che si attiva per primo.

Rispondente: migrante.

Convinzioni: "Sono arrivato, sono vivo, sono salvo".

Pensieri: "Dove sono? Cosa succederà? Chi sono queste persone?"

Emozioni: sollievo per la consapevolezza di essere "salvo", paura per l'ignoto per sé e per i propri cari.

In questa prima fase è necessario: focalizzarsi sull'accoglienza e sull'ascolto; procedere a una breve valutazione iniziale delle condizioni psicofisiche e dei bisogni di coloro che stanno sbarcando; far prendere reale consapevolezza di sé nel presente.

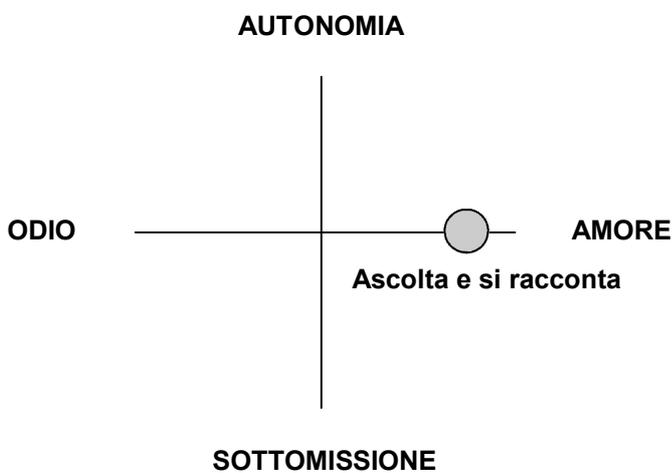
Questa attività comporterà l'attivazione di tutti e tre gli stati dell'Io e in particolare:

- Si attiva il Genitore quando gli operatori vengono guidati verso il prendersi cura dell'Altro e il dare supporto costante durante tutte le procedure di identificazione e durante le visite mediche; guidano e rassicurano con una modalità amorevole, un approccio relazionale educativo e accudente.
- Si attiva l'Adulto quando, a partire dall'esame di realtà e di ciò che accade nel qui e ora, gli operatori si attivano per comunicare con il migrante e agire nell'immediato guidati dalla consapevolezza situazionale; accompagnano il migrante, danno informazioni adeguate e necessarie a comprendere dove si trova e cosa lo aspetta, e danno suggerimenti per il modellamento dei comportamenti adeguati attesi, valorizzando le risorse del migrante e dando stimoli al suo Adulto funzionante.

- Si attiva il Bambino. Nel soccorritore l'attivazione di questo stato dell'Io aiuta a comprendere lo stato d'animo dell'Altro, a empatizzare e a rendersi partecipe, tanto da poter entrare in sintonia e da dare valore a ciò che vivono le persone in quel momento (il malessere, la paura, le aspettative, la stanchezza ecc.).

Come promuovere la salute e il benessere psicologico?
Quali interventi attuare per una accoglienza efficace?

RISPONDENTE- MIGRANTE



Proponente: soccorritore.

In questa fase specifica, l'intervento mira a ricercare risorse positive per:

- attivare la stima e sicurezza (vissuto intrapsichico);
- creare fiducia (vissuto interpersonale);
- dare contenimento (vissuto intersoggettivo).

In questo momento inizia ad attivarsi il ciclo del benessere che favorirà un cambiamento di posizione esistenziale verso il quadrante dell'autonomia e del potere.

L'accoglienza all'interno di un Centro di Accoglienza Straordinaria/CAS

Fra lo sbarco e l'inserimento nelle strutture predisposte, vi è un passaggio fondamentale che richiede:

- consulenza e supporto alle Istituzioni nell'individuazione della comunità più idonea alle esigenze della persona;
- conoscenza della struttura, del personale impiegato e del modus operandi presente;
- progettazione del percorso di accoglienza secondo un modello psicossociale di buone prassi operative;
- programmazione delle attività: sessioni individuali e di gruppo;
- attivazione di laboratori: attraverso il "fare" la persona salvaguarda la propria integrità psicofisica e mantiene una propria dignità umana;
- lavoro di rete sul territorio: servizi sanitari, scuole, enti locali, associazioni presenti, cittadinanza attiva;
- Formazione continua degli operatori, riunioni e briefing, monitoraggio del lavoro e delle criticità emerse.

Cosa avviene in seguito in un CAS? Lo psicologo supporta e affianca le persone per favorire l'utilizzo efficace dei servizi territoriali in base ai loro bisogni.

Una volta che le persone vengono inserite in questa realtà, è necessario compiere un grande lavoro di rete con tutte le strutture e gli enti coinvolti nella loro integrazione reale (ASL, scuole, associazioni, laboratori ecc.). Lo psicologo utilizzerà una modalità relazionale efficace per affrontare e gestire tutte le dinamiche e i processi implicati nelle attività di accoglienza e supporto all'interno del CAS e nell'interfaccia con i servizi territoriali esterni alla struttura, che vedranno i migranti adulti e bambini protagonisti nell'iniziare e sviluppare il proprio progetto di vita.

STRUMENTI OPERATIVI DI ACCOGLIENZA SECONDO IL MODELLO PSICOSOCIALE (TUTELA DEL BENESSERE PSICOFISICO DELL'OSPITE IN UNA VISIONE OLISTICA):

- Colloqui individuali/familiari: ascolto e rassicurazione, anamnesi, conoscenza della persona, storia, progetto migratorio, aspettative; valutazione della vulnerabilità, relazione per trasferimento SPRAR.
- Valorizzazione delle risorse personali, da impiegare per sviluppare le proprie attitudini e perseguire i propri interessi e obiettivi.
- Orientamento e informativa sui servizi disponibili nella comunità e sul territorio.
- Costruzione del progetto di vita:
 1. inserimento scolastico;
 2. istruzione e formazione;
 3. laboratori di alfabetizzazione nella lingua italiana;
 4. bilancio di competenze e orientamento;
 5. supporto psicologico;
 6. candidature per progetto Diamante;
 7. laboratori psicoeducativi e creativi;
 8. inserimento in attività sportive.

In questa seconda fase è necessario focalizzarsi sull'accoglienza e l'ascolto con una modalità assertiva che vada a stimolare l'adulto del migrante.

L'obiettivo è accompagnare il migrante nel suo progetto di vita, aiutandolo a prendere reale consapevolezza di sé nel presente per attivarsi concretamente verso una progettualità nell'immediato futuro che coinvolga sé e la sua famiglia.

Questo tipo di intervento comporterà l'attivazione di tutti e tre gli stati dell'Io, nello specifico:

- Si attiva il Genitore. Lo psicologo ascolta e sostiene l'Altro tenendo presenti i propri valori, ma mantenendo al contempo una posizione non giudicante e aperta, che consenta al l'Altro di essere libero di esprimere la sua posizione esistenziale, seppure supportata da diversi valori e da una diversa cultura. Inoltre, dà stimoli al genitore amorevole del migrante per sostenerlo nelle scelte educative adeguate verso i suoi figli, in un percorso di integrazione nella nuova cultura che mantenga comunque i valori e la ricchezza della cultura di appartenenza.
- Si attiva l'Adulto. Lo psicologo, a partire dall'esame di realtà di ciò che accade nel qui e ora, a) si attiva per comunicare con il migrante e agire nell'immediato, guidato dalla conoscenza del territorio e dei servizi offerti; b) accompagna il migrante e gli dà informazioni adeguate e necessarie a comprendere – e di conseguenza scegliere – cosa è meglio per sé e per i propri figli nei diversi ambiti (scolastico, sanitario, sociale, educativo, sportivo ecc.); c) valorizza le risorse del migrante e dà stimoli al suo Adulto funzionante.
- Si attiva il Bambino. Nello psicologo, l'attivazione di questo stato dell'Io permette la comprensione dello stato d'animo dell'Altro, l'empatia con la sofferenza del migrante e un ascolto profondo, compassionevole e accettante, che stimola nell'Altro maggiore apertura e fiducia. Questo favorisce nel migrante l'espressione delle paure, delle aspettative e dei bisogni suoi e dei figli. Il dialogo emotivo aperto e sincero facilita il lavoro dello psicologo nel cercare di fornire al migrante e alla sua famiglia una risposta adeguata ai suoi bisogni e coerente con le risorse a sua disposizione, in una danza costante tra cura, risorse e limiti.

Non dimentichiamo che in tutte queste attività e cambiamenti di vita sono spesso coinvolti molti bambini di varie fasce d'età.

All'interno di questo specifico contesto, variegato e complesso, descriveremo un intervento psicoeducativo messo in atto nei confronti di una famiglia di migranti accolta in un CAS.

I presupposti da cui ci muoviamo, per introdurre gli interventi sulle famiglie di cui ci prendiamo cura, derivano dalla convinzione che per ottenere dei risultati duraturi sia necessario coinvolgere, qualora sia possibile, tutti i componenti del nucleo familiare, in quanto portatori di regole e modelli di riferimento ai quali i minori si rifanno in modo preferenziale.

L'intervento sul nucleo e sulle capacità genitoriali permette allo psicologo di operare in modo utile ed efficace. L'esperienza ci dice che, senza l'apporto della famiglia di riferimento, l'intervento su un minore rischia di cadere nel vuoto.

Il coinvolgimento dei genitori, o di coloro che ne fanno le veci, è essenziale per il cambiamento del minore e del suo *modus operandi*, in funzione di un modellamento che, il genitore, colui che fa da specchio, introduce validando la sua efficacia.

Se il genitore condivide il nuovo/diverso modello educativo e lo fa proprio, pone le basi per un accrescimento della potenzialità del suo ruolo genitoriale, con conseguente aumento dell'autostima.

Tale cambiamento permette al genitore in questione di porsi come nuovo modello di riferimento positivo utile all'accrescimento e al miglioramento dell'evoluzione propria e dello stile di vita dei propri figli.

Un intervento di questo tipo produce un miglioramento della comunicazione del gruppo famiglia e una gratificazione di tutti i membri coinvolti producendo un circolo virtuoso di benessere e positività.

In sintesi, siamo convinte che, quando si opera nei confronti di un minore, sia fondamentale coinvolgere *in primis* la famiglia come generatrice di regole educative e modellamento e "portatrice sana" di autostima.

Esempio di un intervento di supporto alla genitorialità attraverso una lettura con l'ATSC

Contesto: inserimento nella scuola dell'infanzia di Abraham, di tre anni.

Difficoltà ordinaria di inserimento: gioco individuale, disinteresse e distanza dal resto del gruppo, non rispetto delle regole.

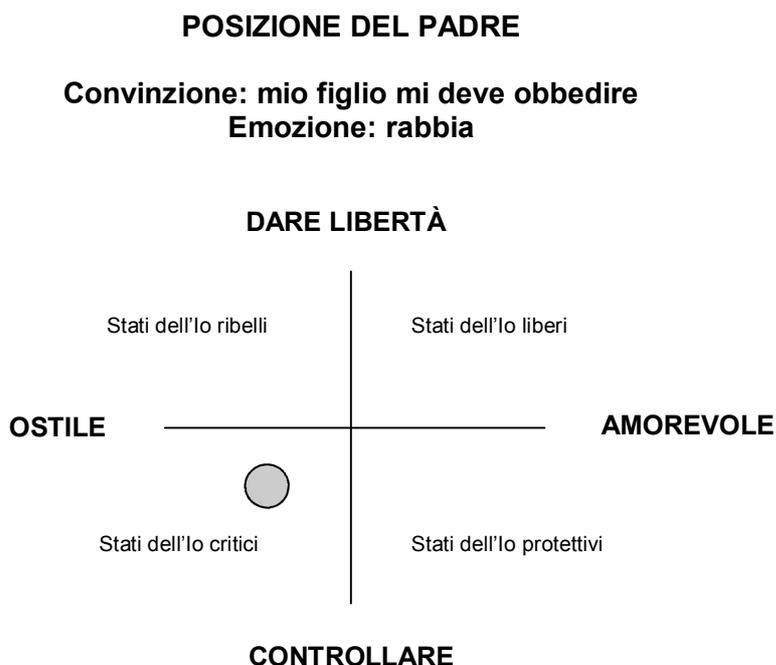
Comportamenti disfunzionali: isolamento, richiesta di attenzione con modalità "ostili", eccessi, vomito.

Lavoro di rete e mediazione scuola-famiglia-comunità.

La cura e la responsabilità: il cambiamento di un genitore nella relazione con il figlio.

Dal colloquio con i genitori, gli insegnanti e l'educatore della comunità emerge il ruolo forte del padre nella relazione con il bambino: egli ha uno stile relazionale critico, incute timore, utilizza le mani, suggerisce alle maestre di picchiarlo.

Secondo l'ATSC, possiamo leggere questa modalità relazionale del padre come controllo ostile, come propo-
nente rispetto al figlio.



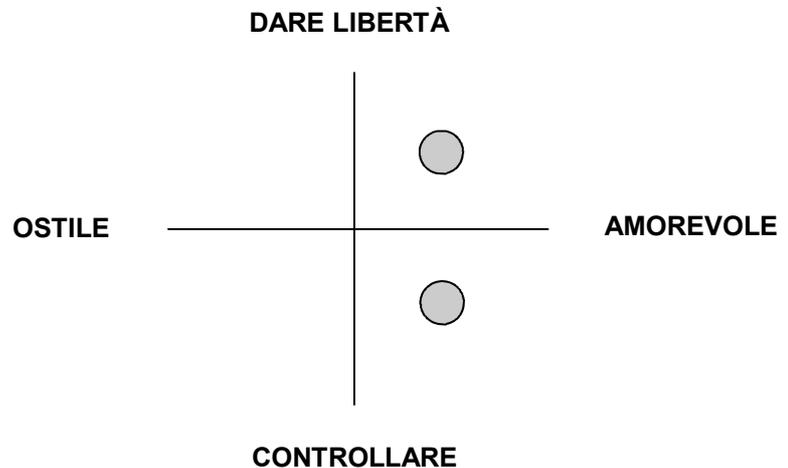
OPERATORE DURANTE IL COLLOQUIO PROPONENTE

Intervento: colloquio con padre e madre.

Si evidenziano le buone capacità del bambino e si invita il padre a utilizzare modalità relazionali alternative per promuovere nel piccolo il rispetto del ruolo genitoriale da una prospettiva amorevole attraverso la comprensione che a scuola è importante ascoltare le maestre e rispettare le regole del gruppo per imparare e divertirsi insieme agli altri.

Si fa leva sull'importanza di utilizzare modalità educative che aiutino Abraham a crescere amando e rispettando il padre piuttosto che obbedendo per il mero timore delle percosse.

L'operatore proponente accetta l'Altro, lo incoraggia e ricorda in modo amorevole cosa va fatto. Utilizza il primo e il quarto quadrante.



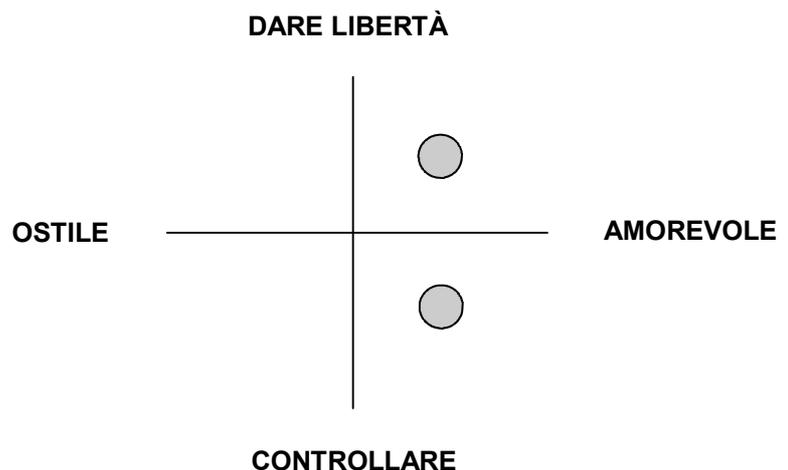
INTROIETTO DEL PADRE

Modellamento tramite il colloquio.

L'operatore modella e dà al genitore "il permesso" di utilizzare una modalità genitoriale diversa ed efficace (amorevole, educativa e rispettosa del figlio).

Il genitore accoglie e fa sua tale modalità, che nel dialogo con l'operatore lo ha emozionato (avrà forse provato empatia per suo figlio o per il figlio che lui è stato nella relazione con il suo genitore?)

Pensieri, convinzioni ed emozioni vengono messi in campo per costruire un nuovo modello di riferimento genitoriale. Il bambino beneficia del cambiamento e viene attivato il ciclo del benessere di una famiglia.



Cambiamento: durante il colloquio, il padre, Victor comprende quanto gli viene spiegato, è a tratti imbarazzato e commosso; accetta di utilizzare una diversa modalità con Abraham; nella relazione con il bambino inizia a utilizzare il dialogo, gli spiega come comportarsi a scuola, lo gratifica.

Accetta nuove modalità, riflette e prende iniziative verso il bambino rispettose di sé e dell'Altro con affetto e amorevolezza.

Il comportamento del bambino si modifica immediatamente.

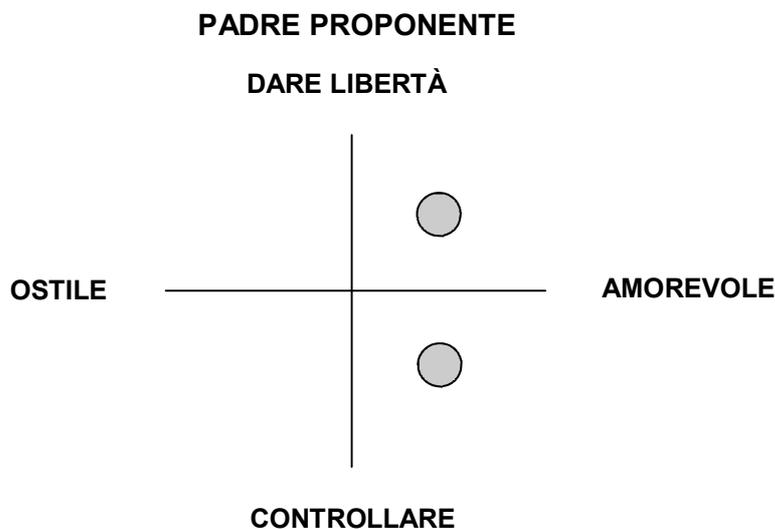
L'intervento descritto è stato un successo.

È nato dalla sinergia di due forze: quella del migrante e quella dell'operatore.

Non sempre gli interventi vanno a buon fine. Le variabili sono tante e bisogna tener conto della volontà e dello stato d'animo del migrante.

Data la situazione, la libertà del migrante è quella di scegliere autonomamente se accettare o meno il percorso di integrazione e i colloqui con gli operatori. A volte il migrante decide di non condividere, di autoescludersi da tale percorso e l'intervento quindi non viene portato avanti.

Così il rispondente migrante si mette in una posizione di ribellione, ostile, e non accetta il percorso proposto.

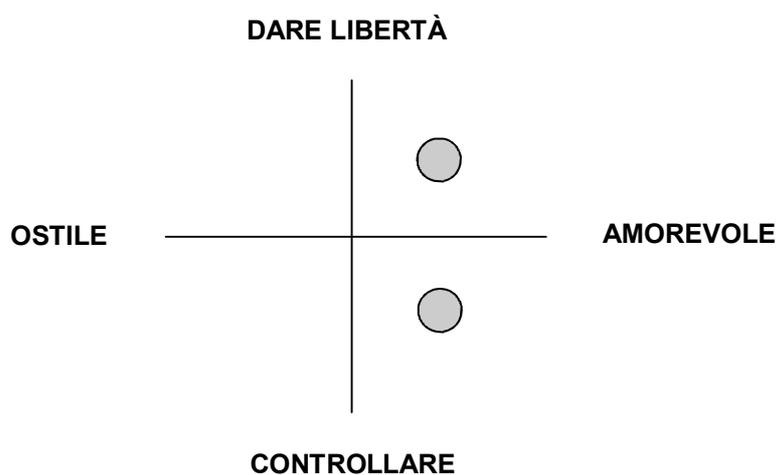


**POSIZIONE DEL MIGRANTE
CHE RIFIUTA LA PROPOSTA DI INTERVENTO**

Convinzioni: "Io non ho bisogno di nessuno"

Pensieri: "Decido io cosa è meglio per me e come gestire il mio tempo"

Emozioni: rabbia e paura ("non mi fido")



Cura, responsabilità e limiti

- La cura nasce dalla presa in carico: cura come accoglienza, incontro e costanza.
- La responsabilità nasce dalla presa in carico delle persone che accettano di percorrere un cammino di integrazione, e anche di quelle che in realtà non lo accettano.
- Un percorso che ha bisogno di Cura, costanza e monitoraggio.
- Un cambiamento di stato, di luogo, che mette il soggetto migrante in una posizione di cambiamento e di aspettative legate a questo, e verso un futuro diverso.
- La Responsabilità dell'operatore nel far rispettare i limiti, gestire il cambiamento e modulare le aspettative date dall'esame di realtà.
- La Responsabilità del migrante di accettare i limiti per poter usufruire dei servizi offerti.

La Cura, la responsabilità e il limite fanno parte di una *danza* continua, attraverso la quale sia l'operatore sia il migrante si devono modulare per poter attivare le risorse di entrambi in una sinergia che porti gratificazioni e risultati positivi nella gestione della realtà concreta che ognuno di loro vive.

Lezioni apprese

- La sofferenza *non* è una malattia.
- Lo sradicamento di chi parte e lascia con dolore la propria terra si incontra con il profondo radicamento che deve accompagnare la postura di chi accoglie, perchè sia possibile stare in relazione con l'Altro autenticamente e fornire cure adeguate.
- La diversità è una ricchezza che può accrescere il valore delle relazioni e consentire di andare oltre i limiti linguistico-culturali. L'incontro con l'Altro diverso, in una dimensione di "cura", mette l'operatore in una condizione di grande responsabilità e rispetto per la persona, in una dinamica flessibile che tenga sempre conto dei valori e delle credenze di cui entrambi sono portatori, con una modalità accogliente libera e rispettosa, orientata a una possibilità di incontro.

Raccomandazioni per il futuro

Come possiamo migliorare ancora il nostro intervento? Con gli strumenti seguenti:

- debriefing, riunioni, convegni;
- gestione delle criticità;
- formazione, coordinamento e supervisione degli operatori;
- sviluppo delle competenze linguistico-culturali;

- mediatori come risorsa necessaria;
- comunicazione efficace, supporti cartacei multilingue, indicazioni semplici e chiare e immagini esplicative.

Ersilia Cossu, *psicologa psicoterapeuta*

Valentina Branca, *psicologa psicoterapeuta*

Bibliografia

- Anagnostopoulos K., Germano F. e Tumiatì M.C. (2008), *L'approccio multiculturale*, Sovera, Roma.
- Axia V. (2006), *Emergenza e psicologia*, Il Mulino, Bologna.
- Castelletti P. (2006), *La metafora della resilienza: dalla psicologia clinica alla psicologia dell'assistenza umanitaria e della cooperazione*, "Nuove tendenze della Psicologia", 4, 2, Edizioni Erickson, Trento.
- Casula C.C. (2011), *La forza della vulnerabilità. Utilizzare la resilienza per superare le avversità*, Franco Angeli, Milano.
- Caviglia G. e Nardiello D. (2009), *Le dinamiche psicologiche nelle emergenze*, Idelson Gnocchi, Napoli.
- Ciancio B. (2014), *Sviluppare la competenza interculturale*, Franco Angeli, Milano.
- Colasanti A.R. e Mastromarino R. (1991), *Ascolto attivo*, IFREP, Roma.
- Flin R., O'Connor P. e Crichton M. (2011), *Il front-line della sicurezza: Guida alle Non-Technical Skill*, Hirelia.
- Franta H. e Salonia G. (1979), *Comunicazione interpersonale*, LAS, Roma.
- Galliano D., Greco S., Rocchia S. e Serraino N. (2012), *L'ambulatorio psicologico nel Posto di Assistenza Socio Sanitaria*, "Psicologia dell'emergenza e dell'assistenza sanitaria", 8, pp. 14-30.
- Giusti E. (1995), *Autostima, psicologia della sicurezza in sé*, Sovera, Roma.
- Osho (2010), *Il benessere emotivo*, Mondadori, Milano.
- Pietrantoni L. e Prati G. (2009), *Psicologia dell'emergenza*, Il Mulino, Bologna.
- Portera A. (2017), *Competenze Interculturali*, Franco Angeli, Milano.
- Sbattella F. e Tettamanzi M. (2013), *Fondamenti di psicologia dell'emergenza*, Franco Angeli, Milano.
- Schulz von Thun F. (1997), *Parlare insieme*, TEA, Milano.
- Scilligo P. (1994), *La relazione d'aiuto fondata sull'azione*, IFREP, Roma.
- Scilligo P. (2009), *Analisi transazionale sociocognitiva*, LAS, Roma.
- Scoliere M. e Mastromarino R. (1999), *Introduzione all'analisi transazionale "Il modello I01"*, "Psicologia, psicoterapia e salute", 5 (2), p. 169, IFREP, Roma.
- Stewart I. e Joins V. (2000), *L'analisi transazionale*, Garzanti, Milano.
- Van Der Kolk B. (2015), *Il corpo accusa il colpo: mente corpo e cervello nell'elaborazione delle memorie traumatiche*, Raffaello Cortina, Milano.
- Young B.H. et al. (2002), *L'assistenza psicologica nelle emergenze*, Erikson, Trento.
- Zuliani A. (2007), *Manuale di psicologia dell'emergenza*, Maggioli Editore, Santarcangelo di Romagna.

Giorgio Conte, Ileana Pernice, Claudia Ruota, Ambra Veneziano

Le manifestazioni pubbliche e le nuove norme per i volontari di Protezione Civile. Esperienze di collaborazione degli psicologi dell'emergenza con le altre forze del soccorso in occasione dei grandi eventi

Riassunto

In questo articolo gli autori presentano la documentazione e le esperienze di collaborazione con l'Azienda Regionale Emergenza Sanitaria 118 / ARES 118 in occasione delle operazioni di assistenza medica e psicologica d'emergenza nei grandi eventi organizzati nel territorio di Roma Capitale. L'obiettivo è fornire ai lettori alcune buone prassi esperienziali, per trasmettere le conoscenze e le competenze necessarie allo svolgimento di compiti là dove lo scenario d'emergenza preveda dinamiche simili, in cui sia presente una folla o un gran numero di persone raccolte in uno specifico luogo (piazze). Nell'articolo vengono enunciate le principali motivazioni medico-psicologiche di accesso incontrate (panico, agorafobia, ansia, psicosi) e altre indicazioni utili a scopo predittivo, che possano essere di aiuto nella preparazione logistica delle operazioni.

Parole chiave: grandi eventi, triage, buone prassi, folla, agorafobia.

Abstract

In this article, the authors present the documentation and experiences of collaboration with the Azienda Regionale Emergenza Sanitaria 118 / ARES 118 on the occasion of the medical and psychological emergency assistance operations in major events organized in the territory of Roma Capitale. The aim is to provide the readers with some experiential best practices, to pass on the knowledge and skills needed to perform tasks where the emergency scenario includes similar dynamics, in which there is a crowd or a large number of people gathered in a specific place (squares). The article explains the main medical-psychological reasons for access (panic, agoraphobia, anxiety, psychosis) and provides other useful indications, for predictive purposes, that can help in the logistic preparation of operations.

Key words: major events, triage, best-practices, crowd, agoraphobia.

Nell'agosto del 2015 è stato stipulato un protocollo di collaborazione tra l'ARES 118 (Azienda Regionale Emergenza Sanitaria del Lazio) e l'Associazione Psicologi per i Popoli – Lazio, al fine di fornire supporto psicologico d'emergenza nelle operazioni di assistenza sanitaria durante i grandi eventi organizzati in occasione di festività religiose dello Stato Città del Vaticano (per es., Via Crucis, Domenica delle Palme, Pasqua, celebrazioni per il Giubileo, convocazione in piazza San Pietro di gruppi scout da tutta la penisola, eventi di santificazione e beatificazione ecc.) e in caso di gravi incidenti e di altre contingenze festive della città metropolitana di Roma Capitale (per es., concerto del

primo maggio, altri eventi organizzati non ricorrenti in festività) che sono solite chiamare a raccolta un ingente numero di persone, che si radunano in un punto specifico della città e richiedono un'assistenza sanitaria eterogenea e completa per soddisfare i bisogni e le necessità di ogni caso specifico all'interno della cornice di assistenza campale della ASL della Regione Lazio.

La suddetta convenzione, siglata dalla dirigente ARES responsabile e dal presidente di Psicologi per i Popoli - Lazio, ha durata biennale e prevede l'impiego di 1-2 psicologi d'emergenza all'interno e all'esterno dei PMA (posto medico avanzato) allestiti in occasione dei grandi eventi organizzati e altresì in occasione di altre situazioni critiche d'emergenza imprevedute che richiedano, per gravità dell'impatto e altre variabili, un bisogno di rinforzo professionalizzato di contenimento emotivo e sostegno psico-socio-sanitario. Ciò che si è desiderato ottenere, quale *mission* primaria della convenzione, è una maggiore presenza sul territorio regionale della figura dello psicologo d'emergenza, che compensi le vacanze di organico della struttura di pubblica assistenza, offrendo personale volontario specializzato e competente. Come oggetto complementare della convenzione, invece, si è voluto poggiare l'attenzione sulla mutua formazione, mettendo sul piatto le specifiche competenze ed esperienze al servizio dell'altro; per esempio, i corsi BLS-D e BLS-D-P offerti agli psicologi dell'associazione laziale e i defusing/debriefing e altri momenti di psicoeducazione forniti al personale sanitario regionale.

Il ruolo dello psicologo d'emergenza nei grandi eventi

Una volta fatta richiesta di personale e coordinata l'attività da espletare, i volontari (in numero massimo di due, a seconda delle necessità della popolazione prevista all'evento, che vengono stimate su base statistica) si recano presso la sede dell'ARES 118, sita presso l'ospedale Forlanini di Roma, nell'orario previsto per la partenza con la colonna mobile della struttura pubblica in direzione del luogo delle operazioni; giunti sul posto troveranno il PMA già allestito e parte del personale sanitario (medico, dirigente psicologo 118, capo sala infermiere, infermieri, altro personale sanitario di trasporto).

I primi compiti che lo psicologo dell'emergenza è chiamato a svolgere in questa fase sono la conoscenza di tutte le figure coinvolte nell'operazione e l'osservazione di tutte le dinamiche relazionali e personali che possano essere di intralcio o, al contrario, fare da volano per le operazioni di assistenza. Per esempio, ci è capitato di rilevare dinamiche personali disfunzionali tra due figure del corpo sanitario (più frequentemente, medico e capo infermiere, o infermiere e capo infermiere) che possono aver compromesso, anche solo temporaneamente, o parzialmente, il sano clima di benessere organizzativo. In questo caso, può essere utile trovare il modo di separare le persone dal problema, tenuto conto che, in quel contesto relazionale, "noi siamo gli ospiti", e pertanto è necessario operare "in punta di piedi" e nel rispetto della non conoscenza del pregresso e delle vicende personali e lavorative che portano due persone al conflitto. Allontanare uno dei due soggetti e offrirgli un momento

di pausa e di consapevolezza può essere uno stratagemma utile per la ripresa della più funzionale gestione emotiva e per mettere pace, con un gesto di cura, tra le persone coinvolte. Non ci è sembrato opportuno alcun gesto più diretto (come il porci da mediatori diretti nell'interazione tra le persone in conflitto) proprio per non rischiare di compromettere anche la nostra delicata posizione nella gerarchia della temporaneità del lavoro. Tuttavia, con l'aumento del numero di esperienze, della fiducia acquisita e della conoscenza del personale turnista, è possibile, con il dovuto buon senso, operare, a seconda della propria caratura personale acquisita nella dinamica, tenendo conto che sarebbe comunque sempre opportuno lasciare questo compito di mediazione in delega al dirigente psicologo dell'azienda pubblica (se presente).

Sempre nelle prime fasi, è fondamentale prendere visione della scheda per il triage psicologico da compilare in caso di assistenza, e seguire le operazioni di afflusso sul luogo dell'evento collaborando col personale sanitario affinché le persone rispettino le norme di sicurezza e privacy dell'ospedale campale (non transitare all'interno dell'area del PMA, non sostare in prossimità delle vie di accesso, ecc.).

Nei minuti precedenti all'inizio dell'evento, prima che esso inizi ufficialmente, e durante lo svolgimento dello stesso, è possibile che la struttura sanitaria di emergenza debba iniziare in anticipo il suo lavoro. I casi medico-sanitari più frequenti che accedono in struttura in questa fase sono: traumi contusivi da cadute, crisi ipoglicemiche, collasso da calore/disidratazione e conseguenze di abuso di alcool/sostanze; quelli psicologici, invece, sono: agorafobia, crisi di panico e, in rari casi, psicosi.

Generalmente, il paziente da soccorrere giunge nella struttura in due modi: mediante trasporto sanitario (lettiga, ambulanza) oppure autonomamente (da solo o accompagnato da familiari o personale accompagnatore). In entrambi i casi, lo psicologo dell'emergenza deve innanzitutto favorire il *ricongiungimento familiare* (se non ha un familiare con sé, ove possibile, il familiare va reperito con il consenso del paziente) e lasciare all'equipe medica il tempo e lo spazio di esercitare il suo ruolo. Lo psicologo, a questo proposito, resta a disposizione del paziente e del medico, avendo cura di rispettare la giusta prossemica all'interno della cronologia delle funzioni dei ruoli. Una volta terminate le operazioni di soccorso primario, lo psicologo, qualora lo ritenga opportuno, o se richiesto espressamente, svolge un primo colloquio volto al riequilibrio emozionale e per raccogliere quante più informazioni utili sia al ricongiungimento familiare, sia per la gestione psicologica delle fasi successive di ripristino psicofisico del paziente. Altri compiti specifici di questa fase sono il supporto psicologico e la mediazione tra i familiari del paziente e gli accompagnatori del soccorso. È buona prassi, infatti, ottimizzare il tempo di assistenza medica con la gestione emotiva del/i familiare/i in attesa all'esterno della struttura campale per mantenere il rispetto dello spazio ridotto interno e la privacy degli altri pazienti ospitati.

Una volta concluso l'evento, inizia la fase di maggiore attività dell'impianto di soccorso. Le fasi di deflusso dal luogo dell'evento sono, infatti, il motivo più frequente di traumi da schiacciamento, malori, agorafobia, crisi di panico. In questo momento potrebbe essere più difficile la gestione dei tempi di soc-

corso e, pertanto, sarebbe preferibile porre l'attenzione sulla gestione clinica psicologica delle persone soccorse, ove non fosse possibile esercitare anche altre funzioni. Al termine dell'orario di lavoro, lo psicologo dell'emergenza avrà cura di rivisitare la compilazione delle schede per il triage, consegnarle al dirigente psicologo, secondo le direttive impartite, e valutare l'esigenza di un defusing proprio e per il personale sanitario.

Le best practices

Come già accennato abbiamo stilato, grazie all'esperienza, diversi atteggiamenti maggiormente utili e funzionali al buon esito delle operazioni di soccorso:

1. riconoscere lo spazio all'interno del setting (prossemica, ruoli, gerarchie, protocolli, aspetti relazionali e risvolti psicologici);
2. riconoscere i tempi (rispettarli e farli rispettare);
3. ricongiungere i familiari (cercarli anche nella folla, se possibile);
4. conoscenza delle lingue straniere (inglese, francese, spagnolo, le più utili).

Prevedere l'imprevisto

Abbiamo anche stilato una casistica, che ci ha permesso di dare una maggiore prevedibilità agli eventi imprevisti:

- nella “curva delle attività”, il deflusso è il momento di maggiore intensità dei soccorsi;
- traumi da contusione/schiacciamento, crisi ipoglicemiche e malori da disidratazione sono i casi medici più frequenti, mentre agorafobia e crisi di panico sono quelli psicologici;
- la tipologia dell'evento è l'aspetto predittivo più importante. Infatti abbiamo riscontrato quanto segue:
 - a. concerto del primo maggio: ha come target adolescenti che abusano di alcool e sostanze (prevedibili deliri psicotici e scarsa compliance nell'assistenza);
 - b. incontro del Papa con gli scout: prevede numerosi gruppi di giovani, ragazzi e bambini che viaggiano di notte (con conseguente deprivazione di sonno, crisi ipoglicemiche ecc.) e che non hanno familiari al seguito, ma solo accompagnatori;
 - c. eventi religiosi: chiamano a raccolta fedeli da tutto il mondo che hanno un'età media più alta e che generalmente sono accompagnati da familiari;

- d. le giornate con clima torrido portano un numero maggiore di persone da soccorrere, in particolare persone con malori da disidratazione;
- e. le giornate piovose portano un numero maggiore di persone con traumi da caduta;
- f. durante i periodi di allerta terroristica l'afflusso e la partecipazione agli eventi di massa è considerevolmente minore.

Lo zaino dello psicologo nei grandi eventi

Gli oggetti che è necessario, o quantomeno utile, portare al seguito in questa tipologia di operazioni sono:

- il pass e i documenti di riconoscimento;
- i dispositivi di sicurezza personali (mascherine, scarpe antinfortunistica, fazzoletti, guanti ecc.);
- fogli, pennarelli e palloncini per l'intrattenimento dei bambini;
- generi di conforto alimentari (per sé stessi e per le persone ricoverate);
- abbigliamento a strati sotto la divisa (per l'adattamento corporeo ai repentini cambi climatici nell'arco delle ore del giorno).

Conclusione

Oltre alla possibile e utile riflessione/scambio tra noi di Psicologi per i Popoli, riteniamo anche che in situazioni particolarmente complesse e pesanti, vissute sia da noi e da altri colleghi psicologi presenti sia dal personale sanitario, sarebbe opportuno e utile richiedere allo psicologo responsabile dell'ARES un incontro di debriefing o di riflessione, anche per far emergere le lezioni apprese, o attivare altre iniziative simili.

Giorgio Conte, Ileana Pernice, Claudia Ruota e Ambra Veneziano, Psicologi per i Popoli – Lazio

Bibliografia

- Azienda Regionale per l'Emergenza Sanitaria ARES 118 del Lazio (s.d.), *Mission*, alla pagina <http://www.ares118.it/l-azienda/2015-12-05-11-18-14.html>
- Azienda Regionale per l'Emergenza Sanitaria ARES 118 del Lazio (s.d.), *Organizzazione*, alla pagina <http://www.ares118.it/strutture-in-staff.html>
- Consiglio Regionale del Lazio (2004), *Istituzione dell'Azienda Regionale per l'Emergenza Sanitaria ARES 118*, L.R. 03 Agosto 2004, n. 9, BUR del 10.8.2004, alla pagina <http://www.consiglio.regione.lazio.it/consiglio-regionale/?vw=leggiregionalidettaglio&id=1525&sv=storico>

Dipartimento della Protezione Civile, *Posto Medico Avanzato: Funzioni*, alla pagina http://www.protezionecivile.gov.it/media-comunicazione/dossier/dettaglio/-/asset_publisher/default/content/posto-medico-avanzato-le-funzioni

Presidente del Consiglio dei Ministri (2011), *Indirizzi operativi per l'attivazione e la gestione di moduli sanitari in caso di catastrofe*, alla pagina http://www.protezionecivile.gov.it/documents/20182/0/direttiva_28giugno2011.pdf/f4358b65-72b6-467c-b4b4-437689270db6

**Norme per gli autori della rivista
“Psicologia dell’Emergenza e dell’Assistenza Umanitaria”**

1. La rivista “Psicologia dell’Emergenza e dell’Assistenza Umanitaria” è semestrale e prevede due uscite annue.
2. Vengono considerati pubblicabili gli articoli che trattano temi connessi agli aspetti psicologici, sociali, antropologici, comunicativi, storici, organizzativi e legali di situazioni emergenziali. Situazioni quali: incidenti quotidiani disastri, catastrofi, conflitti armati; immigrazione, migrazione forzata e problematiche interculturali; lutto traumatico, resilienza, trauma. Sono anche pubblicabili articoli che esplorano gli stessi aspetti legati a fenomeni e processi quali: interventi di protezione civile, soccorso sanitario; cooperazione internazionale e difesa dei diritti umani; ricerca dispersi e scomparsi; prevenzione e cura della salute mentale in contesti emergenziali.
3. rientrano tra le tipologie di articoli pubblicabili: a) ricerche; b) review; c) case history; d) documentazione di esperienze sul campo e best practice; e) contributi teorici; f) riflessioni e rielaborazioni metodologiche; g) recensioni.
4. Gli articoli proposti per la pubblicazione dovranno pervenire in formato word o rtf agli indirizzi a) psicologixpopoli@alice.it e b) gabrieleloiacono@psicologia-editoria.eu.
5. Gli autori avranno cura di fornire un indirizzo di posta elettronica e un recapito telefonico per le successive comunicazioni.
6. Il percorso di valutazione per la pubblicazione prevede quattro passaggi: a) autovalutazione degli autori rispetto ai criteri di qualità forniti dal comitato scientifico (che devono essere utilizzati prima di proporre l’articolo alla rivista); b) prima valutazione: ogni proposta presentata per la pubblicazione è esaminata dalla direzione, per una revisione iniziale. Se l’articolo concorda con le politiche editoriali e con il livello minimo di qualità richiesto, è inviato a due revisori anonimi per la valutazione. Questa prima revisione interna con conseguente rifiuto o assegnazione della valutazione dei revisori; c) revisione: la rivista si avvale, per ogni proposta, di due revisori anonimi, sia italiani sia stranieri. Il processo di revisione intende fornire agli autori un parere competente sul loro articolo. La revisione dovrebbe offrire suggerimenti agli autori, se necessari, su come migliorare i loro contributi. A questa valutazione segue una comunicazione all’autore. Nel caso la proposta di pubblicazione sia accettata solo a condizioni di correzioni, modifiche o integrazioni, l’autore potrà ripresentare il lavoro, adeguatamente corretto; d) Ultima decisione editoriale: spetta alla direzione della rivista ed è comunicata dopo la ricezione delle modifiche.
7. Gli autori verranno informati dell’esito di ogni passaggio, potendo ottenere, su richiesta e in relazione alla fase di lavorazione, attestazione di articolo “submitted”, “accepted” o “in press”.

Preparazione del manoscritto

1. Riportare in prima pagina: autore, ente di appartenenza e titolo dell'articolo.
2. Nella prima riga, a sinistra, si dovrà indicare il nome e il cognome dell'autore per esteso in corsivo, seguiti da una virgola, l'ente di appartenenza e un a capo.
3. Il titolo dell'articolo dovrà essere scritto in grassetto.
4. L'articolo deve essere preceduto da un riassunto in italiano e in inglese di circa 200 parole e 5 parole chiave (in italiano e in inglese).
5. La lunghezza massima di ciascun articolo deve essere compresa tra le 15 e le 20 cartelle (circa 8.000/12.000 parole).
6. Usare carattere Times New Romans, corpo 12, interlinea singola, allineamento giustificato.
7. Usare il tasto Enter (a capo) soltanto per cambiare paragrafo.
8. Non usare comandi di sillabazione o comandi macro.
9. Non usare doppi spazi per allineare o fare rientrare il testo.
10. Usare i seguenti stili:
 - titolo delle sezioni (paragrafi) principali: **neretto**
 - titolo sottosezioni (sottoparagrafi): *corsivo*
 - titolo sezioni di ordine inferiore: tondo
11. Non sottolineare mai; per evidenziare parti di testo, utilizzare eventualmente il corsivo, non il neretto.
12. Non numerare le sezioni.
13. Negli elenchi, usare la seguente gerarchia:
 numeri seguiti da un punto: 1.; lettere con la parentesi chiusa: a); linee e medie: –
11. Dopo i segni di punteggiatura, lasciare sempre uno spazio; non si devono invece mettere spazi prima dei segni di interpunzione (punti, virgole, due punti, punti esclamativi e di domanda), dopo la parentesi aperta e prima della parentesi chiusa.
12. Nel citare i passi direttamente da un altro autore porre all'inizio e alla fine della citazione le virgolette aperte e chiuse "...", e, nel caso di omissioni all'interno di un brano, indicarle con [...].
13. Nelle citazioni di autori nel corpo del testo:
 - se si cita un autore: subito dopo, tra parentesi, inserire l'anno, una virgola e l'eventuale indicazione della pagina;
 - se si cita una teoria o una metodologia: subito dopo in parentesi inserire l'autore seguito da una virgola con l'indicazione dell'anno e, dopo una seconda virgola, eventualmente le pagine o l'indicazione del capitolo;
 - se si citano più autori: in parentesi, dopo l'indicazione del cognome del primo autore mettere una virgola e i cognomi degli altri autori; prima dell'ultimo, usare la congiunzione "e" senza farla precedere dalla virgola; dopo il cognome dell'ultimo autore, inse-

rire una virgola seguita dall'indicazione dell'anno e dopo un'altra virgola indicare la/e pagina/e preceduta da p. o pp.

17. Per i riferimenti bibliografici interni al corpo del testo e la bibliografia finale, se gli autori citati sono più di tre, è preferibile indicare solo il cognome del primo e farlo seguire da et al.
18. È preferibile usare “si veda” o “vedi” piuttosto che “cfr.” o “vd.”.
19. Nel corpo del testo è da evitare l'uso indiscriminato o enfatico del maiuscolo e delle virgolette; eventualmente utilizzare il corsivo. È da evitare in ogni caso l'uso del sottolineato e del neretto.
20. Inviare le figure in un file a parte e indicare nel testo dove inserirle.
21. La bibliografia finale va riportata in ordine alfabetico e secondo quanto indicato nei seguenti esempi:

Articolo su rivista:

Castelletti P. (2006), *La metafora della resilienza: dalla psicologia clinica alla psicologia dell'assistenza umanitaria e della cooperazione*, “Nuove tendenze della psicologia”, 4(2), pp. 211-233.

Libro:

Sbattella F. (2009), *Manuale di psicologia dell'emergenza*, Franco Angeli, Milano.

Capitolo all'interno di un libro:

Grotberg E.H. (2001), *The international resilience research project*. In A.L. Communian e U. Gielen (a cura di), *International perspectives on human development*, Pabst Science Publishers, Miami, pp. 379-399.

22. Le opere citate nel testo devono essere inserite nella bibliografia finale e la bibliografia finale dovrebbe contenere solo opere citate nel testo.