



Ogni giorno, in varie parti del mondo, avvengono delle calamità e ogni anno ne sono colpite milioni di persone. Le forze estreme e distruttive dei disastri, siano essi di origine naturale o causati dall'uomo, possono avere effetti profondi sulla stabilità dell'individuo, della comunità e della stessa nazione, e protrarsi per mesi o addirittura per anni, durante il lungo processo di recupero, ricostruzione e ristabilimento.

Questa guida è un manuale per l'assistenza psicologica in situazioni di calamità, che fornisce informazioni basilari per aiutare il lettore (psicologo o psichiatra) o la sua organizzazione (protezione civile, associazione di volontariato) a raggiungere precisi obiettivi: lo sviluppo di strategie per l'intervento di assistenza psicologica in situazioni di calamità, per offrire servizi di salute mentale tempestivi e appropriati ai superstiti del disastro, alle famiglie, agli operatori e alle organizzazioni; la formazione e il mantenimento di team di salute mentale per le situazioni di calamità, stabilendo una linea di condotta e un team specifico, con protocolli operativi per l'attuazione degli interventi e per la formazione e la preparazione degli operatori; lo sviluppo di strategie di collegamento con la rete delle organizzazioni e delle agenzie che intervengono.

Il modello descritto è direttamente utilizzabile nella situazione italiana e si impone all'attenzione degli operatori e dei manager della protezione civile e della sicurezza per la chiarezza espositiva e l'efficacia delle soluzioni proposte.

€ 21,00

# Indice

- 7** Presentazione *(di Luigi Ranzato e Antonio Zuliani)*
- 11** Prefazione *(di Agostino Miozzo)*
- 15** Introduzione
- 29** CAP. 1 Le reazioni di stress dei superstiti
- 45** CAP. 2 Aiutare i superstiti
- 127** CAP. 3 Aiutare i soccorritori
- 143** CAP. 4 Aiutare le organizzazioni
- 149** CAP. 5 Sviluppo dei team e dei programmi di salute mentale per le situazioni di calamità
- 157** CAP. 6 I servizi di salute mentale per le situazioni di calamità: il quadro d'insieme negli USA
- 173** Bibliografia
- 201** *Appendici*

## **Presentazione**

*Luigi Ranzato e Antonio Zuliani*

*La psicologia dell'emergenza in Italia si è proposta solo di recente all'attenzione degli operatori del settore e all'interesse della protezione civile e delle organizzazioni non governative e del volontariato. Sul piano operativo fervono iniziative concrete per la costituzione di team di psicologi per l'emergenza, come quelli organizzati dall'associazione di volontariato «Psicologi per i Popoli» in alcune regioni e province italiane. Si sta dunque superando la fase pionieristica caratterizzata dalle esperienze di singoli psicologi che abbiamo visto all'opera in occasione di terremoti e alluvioni nel territorio nazionale o in occasione di mobilitazioni umanitarie per le guerre balcaniche e per i conflitti africani. Ne è la prova il fiorire di numerose iniziative di formazione privata alle quali stanno per aggiungersi corsi di perfezionamento o master universitari.*

*Non poteva essere dunque più tempestiva la scelta editoriale del Centro Erickson di dare alle stampe la traduzione di questo manuale che è un classico nella cultura statunitense della cosiddetta «disaster psychology». Decisione importante, ma anche coraggiosa, in un momento in cui alcuni dei costrutti e dei modelli d'oltreoceano sono sottoposti a stimolanti processi di analisi e verifica. Ci riferiamo per esempio al dibattito attorno alla onnicomprensività del concetto di «trauma» nella sua accezione soggettiva e patologica. Anche l'uso di tecniche divenute famose come il «debriefing psicologico» sono oggi al centro di ricerche, critiche e discussioni sia per i gruppi target a cui sono dedicate, sia per le modalità*

di utilizzo, per il contesto in cui vengono applicate e per le persone non professioniste a cui viene delegata la competenza nella somministrazione.

Questo testo statunitense, apprezzabile per la chiarezza espositiva, per l'agilità di consultazione e per la completezza di informazioni, assume nell'attuale situazione storica italiana una funzione essenziale di cerniera fra il recupero del ritardo storico della psicologia dell'emergenza in Italia e lo stimolo per un suo sviluppo originale.

### **Recuperare il ritardo**

Ci sembra che dal manuale emergano alcune chiare indicazioni. Ne vogliamo qui sinteticamente elencare alcune che ci sembrano significative per il contesto italiano, caratterizzato, a differenza di quanto avviene nelle altre nazioni, da una forte presenza delle organizzazioni di volontariato:

- l'assistenza di tipo psicologico nello scenario delle calamità e dei disastri appartiene ormai in maniera chiara e stabile all'organizzazione dei soccorsi: nel senso che ne è stata sperimentata la funzione positiva per i sopravvissuti, quella di sostegno per i soccorritori, quella di collaborazione per un miglior funzionamento della macchina organizzativa e quella comunicativa per migliorare i rapporti con i mass media;
- le prestazioni psicologiche nelle situazioni di emergenza richiedono una specifica formazione e un addestramento del personale;
- le attività psicologiche svolte nelle varie fasi di un'emergenza sono codificabili in linee guida sufficientemente razionali e concrete;
- il setting in cui viene fornita l'assistenza psicologica nei disastri è tale da richiedere sia innovazioni metodologiche, sia adeguate caratteristiche di personalità da parte degli operatori;
- l'attenzione all'etica deve illuminare i comportamenti degli operatori quanto la sensibilità ai valori civili ne deve motivare la partecipazione.

### **Sviluppare nuove potenzialità**

Uno dei compiti che spetta oggi alla psicologia in Italia, e che ne può definire gli aspetti di creatività e peculiarità, è quello di sviluppare nuove potenzialità nell'ambito delle situazioni di emergenza. Gli ambiti di esplorazione e le piste di lavoro sono molte. Ne indichiamo alcune che a noi sembrano particolarmente feconde:

1. *Organizzare il volontariato degli psicologi professionisti e degli altri operatori dell'area in coerenza con il disegno di partecipazione delle associazioni di volontariato ai compiti della protezione civile nelle emergenze.*
2. *La formazione in psicologia dell'emergenza non può prescindere da una solida formazione di base e da un'esperienza maturata con attenzione agli ambiti della psicologia sociale, clinica, di comunità e multicultural.*
3. *L'intervento psicologico non mette al centro dell'attenzione una patologia da curare, ma una normalità da preservare e valorizzare anche in situazioni estreme. Da un modello prevalentemente centrato sul trauma ci si deve orientare a un modello prevalentemente psicosociale.*
4. *La valorizzazione dell'apporto psicologico indiretto e integrato che viene svolto dal volontariato non professionale richiede una collaborazione per la formazione ma anche una distinzione dei ruoli e delle competenze.*
5. *È necessario differenziare i diversi ambiti in cui si applica la psicologia dell'emergenza per evitare fraintendimenti di metodo, tecnica e contesto.*

*Ci auguriamo che questo manuale rappresenti per tutti gli operatori dell'area psicologica e per gli organizzatori delle strutture di protezione civile e di volontariato non solo un utile strumento di consultazione, ma anche un'occasione per aprire un dialogo vicendevole in un'epoca in cui le emergenze si moltiplicano e le paure riducono il tempo per pensare e confrontarci.*

marzo 2002

## **Prefazione**

*Agostino Miozzo*

(Responsabile nazionale della Protezione Civile)

All'inizio degli anni Ottanta, quando le operazioni di aiuto umanitario ai Paesi poveri iniziarono ad avere un ruolo significativo nella politica estera di quelli più sviluppati, i problemi di salute mentale non erano certamente considerati tra i temi prioritari, l'acronimo PTSD non era ancora conosciuto, e tanto meno noto era il significato cui l'acronimo si riferiva.

Kwashiorkor, marasma, colera, ipovitaminosi, ferite da mine antiuomo e da ordigni bellici: queste erano le «vere» patologie cui prestare attenzione e su cui lavorare con priorità assoluta.

I problemi sociali prodotti dalle grandi emergenze, i drammi, le paure, le angosce dei sopravvissuti erano questioni affrontate con la superficialità tipica di quegli operatori sanitari che considerano i pazienti solo sulla base delle loro funzioni vitali: respira, ha una regolare frequenza cardiaca, non sanguina. Il resto, tutto il resto, era irrilevante, e in quanto tale delegato al buon senso, alla sensibilità e all'intelligenza dell'operatore.

Le barriere culturali e linguistiche, che a quel tempo non venivano considerate con la stessa consapevolezza e attenzione di oggi, facevano il resto, impedendoci di creare quel minimo di contatto diretto, e non mediato da improvvisati interpreti, che ci consentisse di percepire le sensazioni e le emozioni più vere dei nostri «pazienti».

In fondo, il mandato dell'operatore umanitario era quello di realizzare una tendopoli, risanare i miserabili, riportare alla vita, al gioco e al sorriso i bambini.

E questo egli faceva, e i risultati erano in genere buoni dato che si assisteva, dopo poche settimane di lavoro, alla rapida trasformazione del comportamento di interi gruppi di persone che si vedevano passare da uno stato silente e passivo, alla confusione chiassosa e colorita del classico mercato africano. La nostra missione era conclusa felicemente, i seguiti non erano più affare nostro.

Il mutare degli equilibri geopolitici della fine degli anni Ottanta ha visto contemporaneamente modificare il rapporto tra Paesi ricchi e il mondo sottosviluppato. Modificazioni che non potevano non interessare di conseguenza l'intero impianto dell'aiuto umanitario.

Dalla salute per tutti entro l'anno Duemila si passò, ad esempio, al raggiungimento dello stato di «completo benessere psico-fisico dell'individuo», marcando in questo modo una dimensione dell'esistenza umana sino allora molto sottovalutata.

Ma come spesso accade nei grandi processi di trasformazione, i comportamenti e le azioni si modificano attraverso un lento percorso che vede sequenze lunghe di errori, di semplificazioni, di facili esercizi di trasposizioni di abitudini.

Standard di azione, codificati e applicabili alle nostre società, vengono trasferiti e adattati, «sic et simpliciter», a realtà complesse, non necessariamente preparate ad accogliere e recepire le nostre, spesso violente, sollecitazioni culturali.

Tra il 1994 e il 1996 in Bosnia assistemmo a un'invasione di psicologi, psichiatri, psicoterapeuti provenienti da Paesi europei e nordamericani alla ricerca di donne stuprate.

Lo «stupro etnico» era divenuto, come noto, strumento e obiettivo di guerra, decine di migliaia erano le donne che avevano subito violenza.

La comunità internazionale si mobilitò, e l'assistenza a queste povere vittime del conflitto divenne un dovere da adempiere con assoluta priorità. Anche a costo di commettere errori importanti, come la creazione di case per sole donne violentate, centri riservati esclusivamente all'assistenza di queste povere vittime, che in quelle strutture subivano una seconda violenza: dopo la violenza fisica quella psicologica, voluta da chi, in tutta buona fede e in ragione di una pretesa azione terapeutica, imponeva e ufficializzava agli occhi della comunità il marchio infamante di «donna violentata», marchio infamante per lei stessa, per la sua famiglia, i figli superstiti o quei figli prodotti della stessa violenza sessuale.

Un velo di silenzio e vergogna dovremmo poi stendere per dimenticare le orde di pseudogiornalisti scatenati alla ricerca di immagini, fotografie, storie piccanti ricche di particolari sulle violenze. Ma del resto le leggi della comunicazione non corrispondono necessariamente ai bisogni e alle necessità di silenzio, di isolamento e di privacy delle vittime.

In Ruanda abbiamo assistito alla strage di quasi un milione di uomini, donne e bambini, consumata sotto gli occhi impotenti della comunità internazionale



nell'arco di tre mesi. Centinaia di migliaia sono stati i sopravvissuti al genocidio che hanno subito violenze fisiche, traumi inenarrabili. Di fatto un intero popolo di circa sette milioni di persone è stato testimone di una delle pagine più buie della storia dell'umanità.

Nei mesi successivi il genocidio, innumerevoli sono stati in Ruanda i programmi di assistenza alle vittime attuati dalle varie agenzie umanitarie.

Molti di questi programmi erano orientati a una improbabile assistenza psicoterapeutica; un approccio simile a quanto avremmo immaginato sarebbe stato attuato in uno studio di Roma o Milano.

Altri più consapevoli della dimensione dei problemi e delle conseguenze del genocidio si orientavano verso la psicologia di comunità, la psichiatria sociale, con risultati e riscontri assai differenti.

Potremmo continuare a parlare dei bambini soldato in Sierra Leone, dei diritti violati delle donne in Afghanistan, dei bambini delle favelas brasiliane, delle bambine prostitute nei paradisi (per le nostre vacanze) dell'Oriente, degli schiavi del Sudan: una lista impressionante di sofferenze e sopraffazioni che non si curano solo con le vitamine, con le campagne vaccinali o con improvvisate e veloci campagne mediatiche.

Nel nostro stesso Paese, come del resto nella maggior parte dei Paesi ricchi, la «psicologia delle emergenze» e la «sociologia dei disastri» sono divenute solo negli ultimi anni argomenti seri e importanti del dibattito inerente alle azioni di soccorso e agli interventi della protezione civile.

Infatti, solo da poco si è iniziato a predisporre aiuti psicologici alle vittime di grandi disastri naturali o antropici. Sono ormai ben note a tutti, ad esempio, le squadre di psicologi che vengono attivate immediatamente dopo incidenti aerei; la catastrofe di New York e più recentemente quella del grattacielo Pirelli a Milano lo hanno dimostrato.

Un dibattito tuttavia ancora assai distratto, che soffre di tutte le limitazioni di priorità di intervento di cui parlavo poc'anzi, ma che comunque è iniziato.

Indirizzi e testimonianze come quelle contenute in questo libro, che fra gli altri evidenzia bene un aspetto assai rilevante dell'assistenza psicologica, come la necessità di mettere in relazione una rete di servizi sul territorio piuttosto che settorializzare l'intervento, aiuteranno certamente gli sforzi di coloro, e non sono pochi, che in questo dibattito credono.

# Introduzione

## Definizione di calamità<sup>1</sup>

Ogni giorno avvengono delle calamità e ogni anno ne sono colpite milioni di persone. Le forze estreme e distruttive coinvolte nei disastri, siano essi di origine naturale o causati dall'uomo, possono avere effetti profondi sulla stabilità dell'individuo, della comunità e della stessa nazione. Anche se gli eventi disastrosi possono avere una durata variabile da alcuni secondi a pochi giorni, gli effetti sugli individui e le comunità possono continuare per mesi o anni, durante il lungo processo di recupero, ricostruzione e ristabilimento. Il recupero a lungo termine varia significativamente a seconda della complessa interazione fra i fattori psicologici, sociali, culturali, politici ed economici coinvolti.

Per definizione, un disastro importante è qualsiasi catastrofe naturale o, indipendentemente dalle cause, qualsiasi incendio, inondazione o esplosione che provochi danni di gravità e dimensioni tali da richiedere assistenza in supporto alle operazioni dello Stato, degli enti locali e delle organizzazioni di soccorso per riparare i danni, le perdite, le difficoltà e le sofferenze. (FEMA, Pub 229, 4, November, 1995, p. 1)

---

<sup>1</sup> In tutto il testo, il termine inglese *disaster* viene tradotto indifferentemente con «disastro» o «calamità». [ndt]

Gli eventi connessi ai disastri sono una potenziale fonte di stress traumatico quando rappresentano una causa o un rischio di morte e di gravi ferite o mettono a repentaglio la sicurezza fisica degli individui.

Quando una zona degli Stati Uniti è colpita da un evento distruttivo di grandi proporzioni, il governatore può richiedere la dichiarazione presidenziale. Questa richiesta deve soddisfare le indicazioni del *Robert T. Stafford Disaster Relief and Emergency Assistance Act* (PL 93-288, modificato dal PL 100-707). Lo *Stafford Act* attribuisce al Governo Federale l'autorità per l'attivazione di provvedimenti, in relazione ai disastri e alle emergenze, finalizzati a fornire assistenza per salvare vite umane e proteggere la salute, la sicurezza e la proprietà pubblica. I disastri di grandi dimensioni possono travolgere i sistemi medici dello Stato: la salute pubblica può trovarsi in pericolo a causa della situazione di emergenza idrica e alimentare, della mancanza di sistemazioni abitative adeguate e delle ferite riportate a causa della calamità. Le strutture sanitarie possono essere distrutte o danneggiate in maniera grave. Quelle senza danni strutturali significativi possono essere rese inutilizzabili, o solo parzialmente utilizzabili, a causa della mancanza di servizi, delle perdite di personale e attrezzature, dei rifornimenti limitati e/o del danneggiamento dei sistemi di comunicazione e trasporto. Le strutture che rimangono operative devono gestire un numero elevato di malati, feriti e di persone sotto stress e/o disorientate.

Perfino nel caso dei disastri che provocano un numero relativamente limitato di vittime o feriti, la disorganizzazione dei rifornimenti di cibo, dei servizi pubblici, dello smaltimento dei rifiuti, dei trasporti e dei servizi sociali e scolastici, unita ai danni alle proprietà e al trasferimento dei superstiti, spesso carica i servizi sanitari di un lavoro enorme. Chiaramente, un'efficace e tempestiva risposta dei servizi sanitari è vitale per la sicurezza e il recupero funzionale dei sopravvissuti e della comunità — e i servizi di salute mentale<sup>2</sup> hanno un ruolo fondamentale nella risposta operativa ai disastri.

- 
- Negli anni 1996-1997 negli USA hanno avuto luogo 118 calamità ufficialmente riconosciute dal presidente degli Stati Uniti e 8 emergenze nazionali, e la Federal Emergency Management Agency/FEMA (agenzia federale per la gestione delle emergenze) ha fornito fondi a 553.835 vittime di calamità.

---

<sup>2</sup> In tutto il testo *mental health* si associa a termini quali «servizi», «operatori», «interventi» «problemi», «programmi», ecc. Si è preferito mantenere il più delle volte la traduzione letterale di «salute mentale», avvertendo il lettore che la terminologia non si riferisce *tout court* all'ambito psichiatrico, come avviene spesso in Italia. Gran parte degli interventi proposti sono infatti di natura psicologica. Negli Stati Uniti il personale che concorre all'assistenza psicologica nei disastri è composto da operatori sociali, psicologi, psichiatri, consulenti pastorali.

- Dal 1984 al 1994 negli USA sono avvenuti 285 eventi disastrosi riconosciuti con dichiarazione presidenziale, in media uno ogni due settimane (*National Disaster Medical System tenth anniversary: A state by state guide*, 1994).
- Circa 17 milioni di abitanti nell'America del nord sono esposti annualmente a traumi e disastri (Meichenbaum, 1995).
- Circa il 25-30% delle persone esposte a eventi straordinari traumatici, come disastri, combattimenti, violenze e incidenti, sviluppa disturbi post-traumatici cronici o altri disturbi psichiatrici (Yehuda et al., 1994).

## L'utilità di questa guida

Questa guida è un'introduzione al campo dell'assistenza psicologica in situazioni di calamità per clinici e amministratori. Essa indica alcune linee guida e fornisce le informazioni basilari per aiutare il lettore e/o la sua organizzazione negli scopi di seguito indicati:

- *Sviluppo di strategie per l'intervento di assistenza psicologica in situazioni di calamità*, per fornire servizi di salute mentale tempestivi (e appropriati alla fase in cui ci si trova) ai superstiti del disastro, alle famiglie, agli operatori e alle organizzazioni. Presteremo un'attenzione particolare agli aspetti pragmatici dell'erogazione di servizi di assistenza psicologica per le calamità sui luoghi del disastro e sul lungo periodo nelle comunità colpite. Il nostro scopo è aiutarvi a fornire un'assistenza continua ai superstiti e alle comunità in ripresa nel corso dei giorni, dei mesi e degli anni successivi alla calamità.
- *Formazione e mantenimento di team di salute mentale per le situazioni di calamità*, stabilendo una linea di condotta e un team di salute mentale per le calamità, con protocolli operativi per l'attuazione di interventi tempestivi ed efficaci e per la formazione e la preparazione del team. L'attuazione di servizi di assistenza psicologica per le situazioni di calamità è complessa. Consigliamo vivamente di mettere a punto una linea di condotta e un team *prima* che una calamità colpisca la vostra comunità. La linea di condotta dovrà necessariamente affrontare la questione del ruolo del team nel corso di emergenze/calamità locali o nazionali e quella dell'integrazione del team nel sistema di risposta locale e nazionale. In quest'opera descriviamo una serie di compiti pratici necessari per creare, formare e mantenere un team di salute mentale per le situazioni di calamità. Vengono descritti i ruoli di leader del team, membri che sono professionisti di salute mentale e membri non professionisti.
- *Sviluppo di strategie di collegamento con il Federal Disaster Response System*<sup>3</sup> durante le fasi di intervento. Per rispondere a una calamità di ampie

<sup>3</sup> Vedi capitolo sesto. [ndt]

dimensioni, il vostro team deve essere in grado di integrarsi rapidamente nella rete delle organizzazioni e delle agenzie che intervengono. Faremo una panoramica sul sistema federale di risposta alle calamità e sulle principali organizzazioni che ne fanno parte; inoltre forniremo alcuni consigli riguardo ai modi per coordinarsi con esso.

## **I servizi di salute mentale in situazioni di calamità**

Quando avviene una calamità importante, i servizi clinici e amministrativi efficaci sono diversi da quelli erogati in situazioni normali. Il principale obiettivo degli interventi è ristabilire l'equilibrio della comunità colpita. I servizi di salute mentale per la calamità, in particolare, mirano a ristabilire il funzionamento psicologico e sociale delle persone e delle comunità e a contenere *l'occorrenza e la gravità degli effetti negativi* dei problemi di salute mentale correlati alla calamità (per es., reazioni di stress post-traumatico, depressione e abuso di sostanze).

### *Ruoli clinici*

La missione normale dei programmi di salute mentale è significativamente diversa da quella dei servizi di salute mentale per le calamità. Questi ultimi sono rivolti prevalentemente a persone «normali» che reagiscono normalmente a una situazione anormale, e all'identificazione delle persone che rischiano di incorrere in menomazioni psicologiche o sociali gravi a causa dello shock della calamità. Alcuni aspetti dei servizi di intervento per le calamità sono simili al lavoro sulla crisi svolto da agenzie e professionisti, e comprende la valutazione e il trattamento di persone che a causa dello stress del trauma o della calamità presentano un peggioramento di disturbi psichiatrici preesistenti. Tuttavia, la maggior parte del lavoro avviene in «contesti non clinici» (per es., rifugi, centri di emergenza, scuole e centri di comunità) e assume la forma di insegnamento della gestione dello stress, problem solving, tutela e invio delle persone a rischio o gravemente menomate presso le sedi in cui possono avere luogo una valutazione e cure più intensive. Inoltre, chi svolge un ruolo clinico in situazioni normali può non conoscere adeguatamente i metodi di *defusing*<sup>4</sup> e *debriefing*,<sup>5</sup> interventi usati comunemente in situazioni di calamità.

<sup>4</sup> *Defusing* significa letteralmente «disinnescare» ma, in senso figurato, anche «drammatizzare». È diventato un termine generico per indicare un procedimento strutturato per aiutare i superstiti a comprendere e a gestire emozioni intense, a identificare strategie di fronteggiamento efficaci e a ricevere sostegno dai pari. [ndt]

<sup>5</sup> Nel linguaggio militare il *debriefing* è il rapporto dopo una missione. Questo tipo di intervento psicologico viene descritto particolareggiatamente nei capitoli successivi. [ndt]

In seguito a un disastro, quindi, gli operatori di salute mentale si trovano a dover affrontare una situazione molto difficile. Nella usuale pratica clinica, i pazienti arrivano generalmente su appuntamento e riconoscono il professionista (almeno implicitamente) come un esperto di salute mentale. I centri di cura, di solito, dispongono di locali privati dove clinici e pazienti si incontrano per un periodo di tempo ben definito. Dopo l'intervento terapeutico o di *case management*, i clinici scrivono le loro annotazioni sul caso, i clienti svolgono eventualmente i loro compiti per casa e ritornano per il lavoro di *follow-up*. Dopo alcune sedute, i clinici generalmente si fanno un'idea del problema presentato dal cliente, del suo stile di fronteggiamento e delle dinamiche interpersonali in cui è coinvolto. Al contrario, l'attività del clinico in situazioni di calamità prevede l'erogazione di servizi a persone che spesso non stanno cercando un aiuto psicologico, che possono essere ambivalenti in relazione all'accettazione di questo tipo di aiuto o possono rifiutarlo apertamente. L'ambiente può essere caotico e mancare di privacy, tranquillità o comfort — per esempio, la fila di un centro servizi, un muretto lungo un marciapiede o una branda di un centro di accoglienza. Inoltre, le decisioni amministrative riguardo ai servizi sanitari possono cambiare diverse volte al giorno, imponendo ai clinici la necessità di modificare di frequente le loro routine, i locali e il tipo di superstiti da assistere. Nella maggior parte dei casi, è possibile dedicare solo 10-30 minuti a una persona, la quale viene normalmente vista per una sola volta dallo stesso clinico. La capacità di costruire un rapporto «istantaneo» e di fare un rapido assessment è necessaria con le molte persone che vivono una forte reazione di stress «normale» (per es., sfinimento, irritabilità o avvilimento). Anche se è necessario possedere abilità e intuito terapeutico per svolgere l'assessment e gli interventi di assistenza psicologica nelle situazioni di calamità, subito dopo un disastro gli operatori non fanno «psicoterapia». Piuttosto, affrontano questioni pratiche, utilizzando tecniche psicoeducative per illustrare ai superstiti le reazioni di stress e i metodi per gestirle.

I ruoli clinici cambiano a seconda dell'ambiente e delle «fasi» della calamità. I principali sono discussi dettagliatamente nei capitoli secondo («Aiutare i superstiti»), terzo («Aiutare i soccorritori») e quarto («Aiutare le organizzazioni»). Di seguito viene presentata una panoramica dei ruoli clinici fondamentali necessari in ciascuna fase.

### *Ruoli amministrativi*

In seguito a una calamità, gli amministratori si trovano nella difficile situazione di dover acquisire rapidamente una conoscenza adeguata dei protocolli (richieste di sovvenzioni) e delle risorse (mutuo soccorso e altri aiuti) per la calamità, rispondendo al contempo ai bisogni che emergono e cambiano rapidamente a causa dell'evento. Questo lavoro richiede una buona dose di dimestichezza con i

TABELLA I-1  
Ruoli clinici nelle varie fasi

RUOLI CLINICI NELLA FASE DI EMERGENZA				
	SUPERSTITI	SOCCORRITORI	COMUNITÀ	ORGANIZZAZIONI
<i>Tipi di servizio di salute mentale per le calamità</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Protezione</li> <li>• Guida</li> <li>• Connessione</li> <li>• <i>Triage</i><sup>6</sup></li> <li>• Assistenza nella fase acuta</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Triage/valutazione</li> <li>• Consultazione</li> <li>• <i>Defusing</i></li> <li>• <i>Debriefing</i></li> <li>• Intervento sulla crisi</li> <li>• Invio, quando necessario</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diffusione delle informazioni</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Consulenza</li> <li>• Valutazione dei bisogni</li> <li>• Sviluppo del servizio</li> <li>• Supporto ai programmi di assistenza ai dipendenti</li> </ul>
RUOLI CLINICI NELLA PRIMA FASE SUCCESSIVA ALL'EVENTO				
	SUPERSTITI	SOCCORRITORI	COMUNITÀ	ORGANIZZAZIONI
<i>Tipi di servizio di salute mentale per le calamità</i>	<p><i>Servizi straordinari</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Valutazione</li> <li>• Invio</li> <li>• Presentazioni psicoeducative</li> <li>• Debriefing iniziali</li> <li>• Debriefing di follow-up</li> <li>• Aiuto per le comunicazioni di decesso</li> <li>• Attività in grande gruppo e veglie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Valutazione</li> <li>• Consultazione</li> <li>• Debriefing iniziali</li> <li>• Invio, quando è appropriato</li> <li>• Debriefing di follow-up</li> </ul>	<p>Articoli psicoeducativi, interviste, rapporti e brochure sulle reazioni di stress e la loro gestione</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Consulenze telefoniche e sul posto alla direzione</li> <li>• Progettazione e realizzazione di programmi di counseling ad hoc</li> <li>• Supporto ai programmi di assistenza ai dipendenti</li> </ul>
<i>Siti di intervento</i>	<p>Rifugi, centri di distribuzione del cibo, centri di emergenza, centri di servizio della Croce Rossa, ospedali, scuole, stazioni di polizia, case dei sopravvissuti, obitori, ovunque si trovino i superstiti</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Luoghi di lavoro</li> <li>• Luoghi di riposo</li> <li>• Sedi principali</li> </ul>	<p>Giornali, radio, TV, Internet, centri di comunità, centri commerciali, scuole, centri religiosi, associazioni di commercio</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Luoghi di lavoro</li> <li>• Uffici</li> </ul>

(continua)

<sup>6</sup> Triage è un sostantivo e un verbo transitivo di origine francese che negli Stati Uniti significa classificazione dei pazienti, specialmente vittime di battaglie e disastri, e assegnazione del trattamento secondo un sistema di priorità finalizzato a massimizzare il numero di sopravvissuti. [ndt]

Ruoli clinici nella fase di ristabilimento				
	SUPERSTITI	SOCCORRITORI	COMUNITÀ	ORGANIZZAZIONI
<i>Tipologie dei servizi di salute mentale</i>	<p><i>Servizi straordinari</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Valutazione del DPTS<sup>7</sup></li> <li>• Invio</li> <li>• Presentazioni psicoeducative</li> <li>• Debriefing</li> <li>• Rituali e commemorazioni</li> </ul> <p><i>Servizi clinici</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Intervento sulla crisi</li> <li>• Consulenze alle scuole; programmi scolastici</li> <li>• Valutazione psicosociale e del DPTS</li> <li>• Counseling individuale, di coppia, familiare e di gruppo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Valutazione e invio quando appropriato</li> <li>• Consulenza</li> <li>• Debriefing di follow-up</li> <li>• Pianificazione delle commemorazioni</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Articoli psicoeducativi, interviste, rapporti e brochure sulle reazioni di stress e la loro gestione</li> <li>• Indagini di valutazione dei bisogni</li> <li>• Presentazioni didattiche ai gruppi</li> <li>• Pianificazione delle commemorazioni</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Consulenze telefoniche e sul luogo</li> <li>• Indagini di valutazione dei bisogni</li> <li>• Presentazioni didattiche</li> <li>• Consulenze e training nell'ambito dei programmi di assistenza ai dipendenti</li> </ul>

sistemi, cioè di capacità di lavorare nell'ambito delle disposizioni istituzionali che costituiscono la risposta complessiva alla calamità, e nell'ambito delle comunità che ne usufruiscono, influenzandole efficacemente.

Le iniziative di intervento a favore della salute mentale nelle situazioni di calamità sono continuamente soggette alle contingenze del mondo reale. Tutte le calamità divengono eventi politici. Le reti e le relazioni già esistenti e le pressioni politiche influenzano la risposta operativa al disastro. È raro che ci sia un accordo tra le agenzie e le organizzazioni riguardo alle modalità di assegnazione delle risorse ai superstiti. L'ambiente della calamità è in flusso costante poiché le informazioni e le risorse cambiano rapidamente. Gli aggiornamenti costanti sulle necessità della comunità, le pressioni politiche e la convergenza delle risorse producono una frequente rivalutazione del modo migliore di rispondere ai diversi gruppi di persone colpite.

Subito dopo una calamità, gli amministratori sono assediati da offerte di servizi di salute mentale provenienti da tutto il Paese (se non da tutto il mondo), dalle richieste di informazioni dei media e da richieste di valutazione dei bisogni

<sup>7</sup> Disturbo post-traumatico da stress.



e di pianificazione logistica riguardo al «come», «dove» e «da chi» verranno forniti i servizi di salute mentale. Gli amministratori devono anche iniziare a preparare la transizione dall'intervento di crisi all'assistenza continuativa, poiché già dopo un mese dalla calamità vengono vagliati, finanziati e resi operativi i principali finanziamenti federali per la prosecuzione dei servizi di salute mentale per la calamità. Tutto ciò inizia entro 24-72 ore dall'impatto della calamità, lasciando poco tempo per raccogliere informazioni e riflettere.

L'intervento amministrativo di crisi in seguito a una calamità comporta diverse operazioni specifiche. Si raduna rapidamente un team amministrativo che ha lo scopo di coordinare tutti i team clinici intervenuti sul luogo. Esso in genere comprende esperti e rappresentanti delle principali agenzie di salute mentale locali e nazionali. Alcuni rappresentanti amministrativi di varie agenzie (per es., degli Emergency Medical Services, dell'Office of Emergency Services, del Critical Incident Stress Management e del Department of Veteran Affairs) e di organizzazioni professionali di salute mentale possono essere chiamati a collaborare con il centro di comando (*Incident Command*) di salute mentale istituito dalle organizzazioni di salute mentale dello Stato e della contea, che si va formando rapidamente. I clinici o gli amministratori, siano essi del luogo o meno, devono avere un canale di accesso attraverso almeno una di queste organizzazioni per operare legittimamente nei servizi di risposta alla calamità. Gli amministratori si trovano in una posizione migliore se hanno già stabilito in precedenza una relazione operativa con uno o più di questi team, in modo da raggiungere immediatamente professionisti con esperienza nell'ambito dei servizi di salute mentale per le situazioni di calamità.

Una volta inseriti nel circuito, deve attivarsi una collaborazione amministrativa con altri leader di team di salute mentale per sostenere un efficace intervento complessivo che includa:

- comunicazioni con gli altri servizi sociali e sanitari;
- coordinamento della pianificazione e delle decisioni con l'Incident Command System complessivo della comunità;
- monitoraggio dell'erogazione e dell'efficacia dei servizi di salute mentale nei diversi siti;
- trasformazione delle valutazioni continue in rapporti tempestivi, richieste di fondi e linee guida per la gestione dei programmi e del personale di salute mentale.

Nelle tabelle I-2 e I-3 viene presentata una visione d'insieme dei ruoli e delle responsabilità amministrative nella fase di emergenza, nella prima fase successiva all'evento e nella fase di ristabilimento.

TABELLA I-2  
 Compiti e attori amministrativi nelle prime due fasi

COMPITI AMMINISTRATIVI NELLA FASE DI EMERGENZA E NELLA PRIMA FASE SUCCESSIVA ALL'EVENTO						
<p>1. Coordinare la risposta/collegamento con altre agenzie che intervengono</p>	<p>2. Coordinare l'intervento di salute mentale immediato</p>	<p>3. Condurre la valutazione dei bisogni e/o raccogliere informazioni</p>	<p>4. Coordinare la trasmissione di informazioni ai media destinate alla diffusione pubblica</p>	<p>5. Coordinare gli interventi con le altre agenzie attivate per fornire servizi di salute mentale a chi ha risposto all'emergenza</p>	<p>6. Coordinare e assegnare il personale</p>	<p>7. Coordinare la documentazione dei servizi</p>
<p>a) Dipartimento di Stato                      b) Croce Rossa Americana                      c) Federal Emergency Management Agency                      d) County Office of Emergency Services                      e) Funzionari scolastici                      f) Agenzie della comunità</p>	<p>a) mobilitare gli operatori nei luoghi di assistenza di massa                      b) se necessario, attivare il sistema di mutuo soccorso                      c) istituire la linea di salute mentale di crisi (cioè, il meccanismo per rispondere alle richieste di servizi)</p>	<p>a) impatto sui superstiti: numero di decessi, ospedalizzazioni, non ospedalizzati, abitazioni distrutte, abitazioni con danni importanti, senza impiegate, scuole distrutte, scuole con danni importanti                      b) impatto su gruppi ad alto rischio: feriti, esposizione traumatica elevata, famiglie e individui trasferiti, anziani deboli, persone economicamente svantaggiate, soccorritori e persone attivate per l'emergenza</p>	<p>a) defusing, debriefing e servizi di intervento sulla crisi                      b) servizi di istruzione                      c) monitorare la gestione dello stress da parte degli operatori di salute mentale</p>	<p>a) personale di salute mentale locale già esistente                      b) altro personale necessario                      c) necessità di competenze specialistiche (per es., linguistiche, culturali, per bambini, per anziani, per le comunicazioni di morte, ecc.)</p>		

TABELLA I-3  
**Compiti e attori amministrativi nella terza fase**

<b>COMPITI AMMINISTRATIVI NELLA FASE DI RISTABILIMENTO</b>			
<i>1. Coordinare la risposta/collegamento con altre agenzie che intervengono</i>	<i>2. Condurre la valutazione dei bisogni e/o raccogliere informazioni</i>	<i>3. Istituire i programmi di crisis counseling</i>	<i>4. Coordinare i servizi clinici e i servizi straordinari</i>
a) Dipartimento di Stato b) Croce Rossa Americana c) Federal Emergency Management Agency d) County Office of Emergency Services e) Funzionari scolastici f) Agenzie della comunità	a) Impatto sui superstiti: numero di decessi, ospedalizzati, non ospedalizzati, abitazioni distrutte, abitazioni con danni importanti, senza impiego, scuole distrutte, scuole con danni importanti b) Impatto su gruppi ad alto rischio: feriti, esposizione traumatica elevata, famiglie e individui trasferiti, anziani deboli, persone economicamente svantaggiate, soccorritori e persone attivate per l'emergenza	a) Personale b) Contratti di servizio c) Attuazione del programma d) Strutture di servizio e) Reperimento di attrezzature e rifornimenti f) Annuncio del servizio g) Ottenimento di un training specifico per lo staff prima e durante il servizio h) Documentazione delle procedure e dell'erogazione del servizio i) Lettere di riconoscimento j) Valutazione del programma k) Relazioni finali l) Archiviazione	a) Raccolta del personale, programmazione e assegnazione di incarichi b) Monitorare lo stress del personale c) Allacciare rapporti particolari presenti d) Valutare i bisogni e) Sviluppare una biblioteca di materiali psicoeducativi per la divulgazione pubblica f) Stabilire contatti con i media locali per la divulgazione delle informazioni g) Pianificazione degli eventi commemorativi

### **Caratteristiche e comportamenti d'aiuto importanti per gli operatori di salute mentale che intervengono in situazioni di calamità**

L'erogazione di servizi di salute mentale in situazioni di calamità richiede un'inclinazione personale all'avventura, socievolezza e calma. È altrettanto importante avere buonsenso politico, essere capaci di dimostrare empatia, autenticità e considerazione positiva alle altre persone, e saper offrire un quadro di riferimento terapeutico.<sup>8</sup>

In generale, l'inclinazione all'avventura, la socievolezza, la calma, il buonsenso politico e l'acume terapeutico trascendono l'orientamento teorico e sono applicabili in vari contesti di intervento in situazioni calamità. Inoltre, sono qualità essenziali per comunicare con i superstiti e con gli operatori di soccorso sia in via informale sia durante l'aiuto pratico, il defusing, il debriefing o la trasmissione di informazioni.

<sup>8</sup> Vedi l'ultimo paragrafo di questa introduzione. [ndr]

### *Inclinazione all'avventura*

Il lavoro in situazioni di calamità è una continua sfida creativa in cui esiste una quantità relativamente ridotta di regole a priori a cui riferirsi. Per questo tipo di lavoro occorre essere inclini alla curiosità e all'apprendimento attraverso l'esperienza nonché la disposizione a sviluppare soluzioni creative a problemi complessi. Chi è abituato a basarsi su routine lasciando poco spazio alle incertezze si sentirà facilmente sopraffatto e alla deriva.

D'altra parte, l'intervento nei luoghi colpiti da calamità richiede di stabilire regolarità e certezze in mezzo a un grande disordine, quindi un aspetto importante dell'avventura consiste proprio nel creare un'organizzazione là dove c'è il caos. In questo tipo di lavoro, l'operatore che viaggia su una serie di «scariche di adrenalina», andando alla ricerca di attività rischiose o pericoli estremi, potrà avere un grande carisma per un breve periodo ma non sarà in grado di facilitare quel processo di graduale regolarizzazione necessario per dare stabilità ai superstiti della calamità.

### *Socievolezza*

Il lavoro di salute mentale in situazioni di calamità può durare molte ore al giorno, oltre al fatto di dover essere reperibili per tutta la durata dell'intervento. Quando c'è una calamità sia i superstiti che gli operatori esprimono al contempo il peggio e il meglio di sé: si mostrano coraggiosi, generosi, impegnati, pieni di risorse e compassionevoli... eppure anche pieni di dubbi, egoismo, rassegnazione, confusione e irritabilità. Lavorare con persone che possono essere in stato di stress estremo conservando l'atteggiamento di ascoltatore e soccorritore sensibile e attento richiede non soltanto un impegno professionale verso gli altri ma anche la capacità di apprezzare e scoprire i lati migliori delle altre persone.

Nondimeno, essere socievoli non significa partecipare eccessivamente o fingersi amici. I professionisti della salute mentale che intervengono in situazioni di calamità hanno la responsabilità clinica ed etica di mantenere confini personali e professionali chiari e appropriati con i superstiti e gli altri operatori. Tatto, discrezione e concentrazione sul cliente sono fattori essenziali per controbilanciare l'inclinazione a presentarsi come attraenti e amichevoli.

### *Calma*

L'intervento in situazioni di calamità è una specie di intervento di crisi continuo che mette a dura prova allo stesso modo la serenità di clinici esperti

e inesperti. Quando passano le ore senza che apparentemente accada nulla, le correnti sotterranee di ansia, disperazione, rabbia e incertezza minacciano di esplodere da un momento all'altro. Le condizioni di vita e di lavoro sono spesso caotiche: l'ambiente è rumoroso, i turni di lavoro sono lunghi, gli alloggi sono carenti, i programmi sono disorganizzati e le regole e i ruoli sono ambigui; e tutte queste circostanze stressanti richiedono grande equilibrio emotivo.

### *Buonsenso politico*

Le calamità sono eventi politici. Nei centri di erogazione dei servizi, nei centri di comando e nelle sedi nazionali delle organizzazioni che intervengono nella calamità le politiche organizzative e «di territorio» sono capricciose e pervasive. Il professionista della salute mentale in situazioni di calamità rappresenta un interesse diverso, quello di favorire e migliorare la sicurezza e il funzionamento psicosociale dei soccorritori, dei superstiti e delle loro comunità. Se l'operatore acquisisce una certa conoscenza del contesto delle operazioni di soccorso (cioè, dell'arena politica della comunità, dello Stato e della nazione) può assumere meglio il ruolo di tutore imparziale della salute mentale.

Gli operatori e i programmi di salute mentale possono diventare il capro espiatorio di lotte a livello personale o organizzativo ed essere considerati uno spreco o qualcosa che interferisce con il «vero» lavoro di recupero dell'integrità fisica e medica della comunità. Per evitare che i servizi di salute mentale vengano emarginati occorre scegliere attentamente le alleanze.

### *Acume terapeutico*

Per fornire un aiuto terapeutico senza «patologizzare» i superstiti e gli operatori, l'atteggiamento del clinico deve basarsi sull'empatia, l'autenticità e il rispetto. Queste «condizioni facilitanti» si sono dimostrate essenziali in tutto lo spettro dei modelli teorici di psicoterapia e servono a promuovere la creazione di una relazione positiva fra il superstite e l'operatore che offre il suo aiuto.

### *Empatia*

L'empatia è la capacità di aiutare il superstite a sentirsi capito. L'empatia si può esprimere in molti modi; per esempio:

- esprimendo il desiderio di capire il superstite;
- parlando di ciò che importante per il superstite;

- facendo riferimento ai sentimenti del superstite;
- interpretando correttamente i suoi sentimenti impliciti.

### Autenticità

L'autenticità è la capacità di ridurre la distanza emozionale o l'estraneità fra sé e il superstite. I comportamenti autentici sono:

- amichevoli e aperti;
- spontanei, anziché rigidi o eccessivamente formali;
- azioni congruenti con le intenzioni.

### Considerazione positiva verso il superstite

La considerazione positiva è la capacità di comunicare rispetto. Ciò può avvenire in vari modi, per esempio:

- arrivando puntualmente agli incontri;
- facendo affermazioni che esprimono rispetto per il superstite;
- con un comportamento non verbale di attenzione e interesse;
- riassumendo accuratamente i messaggi del superstite (per es., con un contatto oculare e un tono di voce appropriati).

Oltre all'empatia, all'autenticità e al rispetto, sono importanti anche altre due categorie di competenze: le capacità di ascolto e quelle necessarie a fornire una struttura terapeutica.

### Capacità di ascolto

La capacità di ascoltare richiede l'uso di una ricca gamma di abilità. Alcuni comportamenti di ascolto importanti sono i seguenti:

- rivolgere domande di chiarimento;
- parafrasare in modo esatto le affermazioni del superstite;
- riflettere verbalmente i sentimenti del superstite in modo accurato;
- rivolgere domande aperte;
- aiutare il superstite a chiarire i messaggi confusi (o incongruenti).

### Capacità di fornire un quadro di riferimento terapeutico

Si tratta della capacità di concettualizzare i problemi correlati allo stress manifestati dai superstiti, e di offrire a questi ultimi un quadro concettuale coerente per apprendere e gestire efficacemente le loro reazioni di stress. Per fornire una struttura terapeutica si può:

- riconoscere i problemi di stress manifesti e non manifesti;
- riconoscere le condizioni antecedenti che innescano le risposte di stress;
- comprendere in che modo la risposta di stress del superstite influisce sul comportamento successivo alla calamità;
- istruire il superstite in merito alle sindromi con cui si manifesta la risposta di stress e alle strategie per gestire lo stress;
- proporre possibili spiegazioni per i comportamenti associati;
- fornire informazioni che favoriscano la produzione di punti di vista alternativi e di nuovi comportamenti;
- aiutare, quando è il caso, nella soluzione o nella gestione di problemi pratici;
- mantenere il ruolo di chi fornisce un aiuto professionale, anziché quello di amico o di persona che riceve un aiuto.

## Aiutare i superstiti

Il compito di aiutare i superstiti è piuttosto difficile e spesso qualunque cosa si possa fare sembra troppo poco, data l'enormità della catastrofe e delle sue conseguenze. Ciò nondimeno, gli operatori di salute mentale che intervengono nelle situazioni di calamità danno un contributo significativo alla ripresa dei superstiti.

Gli interventi di aiuto si comprendono meglio se vengono inquadrati considerando quando, dove e con chi hanno luogo. Per esempio, gli interventi di emergenza (quando) sul luogo (dove) rivolti ai superstiti ambulatoriali (con chi) avranno come obiettivo primario quello di fornire una base tranquilla e sicura a partire dalla quale i superstiti possano recuperare un grado (ragionevole) di equilibrio; una volta trascorse tre settimane dalla calamità, gli interventi attuati nel contesto della comunità saranno tendenzialmente di tipo didattico ed esplorativo, con l'obiettivo di aumentare la consapevolezza dell'impatto biopsicosociale dell'evento e di trovare modi per aumentare al massimo le capacità di fronteggiamento di adulti e bambini; sei mesi dopo, gli interventi erogati nei contesti clinici potranno includere protocolli formali di assessment e trattamento per i sintomi persistenti correlati allo stress post-traumatico. I capitoli seguenti — «Aiutare i superstiti», «Aiutare i soccorritori» e «Aiutare le organizzazioni» — forniscono varie indicazioni pragmatiche per vari tipi di intervento.



Il «quando» si declina in tre fasi temporali:

- *fase di emergenza*: il periodo immediatamente successivo alla calamità;
- *prima fase successiva all'impatto*: grosso modo tutto il periodo compreso dal giorno dopo l'inizio della calamità, fino all'ottava-dodicesima settimana successiva;
- *fase di ristabilimento*: contraddistinta dalla realizzazione di programmi di recupero a lungo termine, che in genere iniziano a partire dall'ottava-dodicesima settimana successiva all'inizio della calamità.

Il «dove» può concretizzarsi in due tipi di sito:

- *sul luogo*: (punto zero) dove la distruzione e la devastazione hanno appena colpito;
- *lontano dal luogo*: dove si radunano i superstiti.

L'aspetto «con chi» può variare a seconda dell'età e del ruolo o della funzione degli individui. Può trattarsi di:

- superstiti bambini;
- superstiti adulti;
- superstiti anziani;
- soccorritori;
- comunità;
- organizzazioni.

### **Interventi sul luogo e lontano dal luogo nella fase di emergenza**

Nel luogo o nei luoghi colpiti e nelle aree dei servizi attivati per il disastro, i primi servizi di assistenza psicologica vengono forniti estemporaneamente da volontari che si trovano sul posto, i quali possono avere o non avere una formazione e delle abilità professionali. Quando un'organizzazione manda sul luogo della calamità alcuni professionisti della salute mentale, è difficile che questi siano i primi a intervenire. Così, anche se un professionista della salute mentale giunge sul luogo del disastro solo pochi minuti o poche ore dopo la calamità, la sua prima responsabilità è quella di identificare questi «soccorritori naturali», unirli a loro per fornire assistenza di crisi e sollevarli rapidamente, anche se con tatto, da queste responsabilità. Un primo passo delicato e importante dell'intervento di assistenza ai superstiti del disastro consiste nell'aiutare gli astanti intervenuti nella situazione di crisi a raggiungere un posto sicuro e adeguato al di fuori dell'area colpita. Il primo Emergency Command Center (centro di comando per l'emergenza) comincia a coordinare le comunicazioni e, se necessario, viene allestito un

centro di Incident Command/IC in prossimità delle aree colpite per dirigere le operazioni di emergenza.

In genere, gli operatori di salute mentale tendono a essere collocati in siti «lontano dal luogo», dove si radunano i superstiti.

---

**Siti «lontani dal luogo»**

Rifugi e siti per i pasti  
 Centri di servizio della Croce Rossa  
 Ufficio del medico legale  
 Emergency Operations Center/EOC  
 Dipartimento di Polizia e Corpo dei Vigili del Fuoco  
 Disaster Application Centers/DAC  
 Ospedali e basi di pronto soccorso  
 Ufficio del *coroner*<sup>1</sup>  
 Scuole e Neighborhood Community Centers

---

*Proteggere, guidare, connettere, triage, assistere nella fase acuta, comunicare un decesso*

I primi interventi di salute mentale, siano essi sul luogo o lontani dal luogo, sono principalmente di tipo pratico.

1. *Proteggere.*<sup>2</sup> Trovate dei modi per proteggere i superstiti da ulteriori danni a da un'ulteriore esposizione agli stimoli traumatici. Se possibile:
  - create un «riparo» o un «porto sicuro» per loro, anche se è solo simbolico; meno stimoli traumatici vedono, sentono o percepiscono attraverso il tatto, l'olfatto e il gusto, meglio staranno;
  - proteggete i superstiti dai curiosi e dai media.
2. *Guidare.* Una guida gentile e ferma è necessaria e apprezzata. I superstiti possono essere storditi, sotto shock o in stato di parziale dissociazione. Quando è possibile, guidate i superstiti:
  - lontano dal luogo di distruzione;
  - lontano dai superstiti feriti gravemente;
  - lontano dai pericoli ancora presenti.
3. *Connettere.* I superstiti che incontrate sulla scena hanno appena perso la connessione con il mondo che per loro era familiare. Uno scambio verbale o

---

<sup>1</sup> Negli Stati Uniti il «coroner» è un pubblico ufficiale che ha il compito di svolgere un'inchiesta per indagare sulle cause di morti presumibilmente non dovute a cause naturali. [ndt]

<sup>2</sup> Il concetto di «proteggere, guidare e connettere» è stato sviluppato da Diane Myers (manoscritto non pubblicato).

non verbale empatico, che dia sostegno in modo non giudicante, fra voi e i superstiti, può contribuire a dare l'esperienza di connessione ai valori sociali condivisi dell'altruismo e della bontà. Per quanto lo scambio possa essere breve e per quanto il suo effetto possa essere temporaneo, in definitiva tali «relazioni» sono elementi importanti del processo di recupero o adattamento. Aiutate i superstiti:

- a riunirsi con i loro cari;
- a trovare informazioni precise e risorse adeguate;
- a raggiungere i luoghi in cui potranno ricevere altro aiuto.

4. *Triage*. La maggioranza dei superstiti sperimenta normali reazioni di stress. Tuttavia, qualcuno può avere bisogno di un intervento di crisi immediato che lo aiuti a gestire intense emozioni di panico o dolore. Alcuni segni di panico sono il tremore, l'agitazione, i discorsi incoerenti, il comportamento disorganizzato. Alcuni segni di forte dolore sono i lamenti intensi, la collera o la catatonìa. In questi casi, cercate di stabilire rapidamente un rapporto terapeutico, fate in modo che il superstite sia in condizioni sicure, riconoscete e convalidate la sua esperienza e dimostrate empatia. Può essere opportuno o necessario somministrare farmaci, se sono disponibili.
5. *Assistere nella fase acuta*. Quei superstiti che richiedono un intervento di crisi immediato che li aiuti a gestire sentimenti di panico o dolore intensi possono trarre giovamento dalla vostra presenza. Quando è possibile, restate con il superstite che si trova in stato di sofferenza acuta, o trovate qualcun altro che resti con lui o con lei finché tali stati d'animo non diminuiscono. Se è possibile, consultate un medico o un infermiere e chiedete loro se è il caso di somministrare un farmaco. Garantite la sicurezza del superstite, e riconoscetene e convalidatene l'esperienza.
6. *Comunicare un decesso*. Può accadere che agli operatori di salute mentale venga chiesto di far parte del team del coroner o del medico legale per la comunicazione di un decesso (Sitterle, 1995). Le Mothers Against Drunk Driving/MADD hanno messo a punto uno schema di indicazioni pratiche utili per una comunicazione di decesso compassionevole (Lord, 1996); esso viene di seguito riprodotto in forma sintetica con il permesso delle MADD.

### **Procedura per comunicare un decesso**

1. Il coroner, o il medico legale, è completamente responsabile della determinazione dell'identità del deceduto.

2. Comunicate il decesso di persona. Non avvertite per telefono. Non portate con voi nessun oggetto della vittima. Se non c'è assolutamente nessuna possibilità alternativa rispetto alla comunicazione telefonica, fate in modo che, quando arriva la chiamata, accanto al parente stretto ci sia un professionista, un vicino di casa o un amico.
3. Portate qualcuno con voi (per esempio, un pubblico ufficiale che era sulla scena, un sacerdote e qualcuno che sappia come affrontare uno shock e/o abbia una formazione in emergenza medica). È noto che i parenti stretti possono avere un attacco cardiaco quando ricevono la notizia di un decesso. Se devono essere comunicati decessi a un gruppo nutrito di persone, è bene coinvolgere un gruppo consistente di persone.
4. Parlate delle vostre reazioni personali al decesso con i membri del vostro team prima di dare la comunicazione; ciò vi consentirà di concentrarvi maggiormente sulla famiglia quando parlerete con essa.
5. Presentate le vostre credenziali e chiedete di farvi entrare.
6. Sedetevi, chiedete loro di sedersi e assicuratevi che il vostro interlocutore sia il parente più stretto (non date la comunicazione ai fratelli prima di averla data ai genitori o al coniuge). Non date mai la notizia a un bambino. Non usate mai un bambino come interprete.
7. Usate il nome della vittima: «Siete voi i genitori di ...?».
8. Informate semplicemente e direttamente, con calore e compassione.
9. Non usate espressioni come «spirato», «trapassato» o «abbiamo perso ...».
10. Ecco uno schema semplice da seguire: «Mi dispiace di dovervi dare alcune notizie molto brutte». Fate una breve pausa affinché si «preparino». «... [nome della vittima] è stato coinvolto in ... ed è morto/a». Fate un'altra pausa. «Mi dispiace molto». È molto importante aggiungere la vostra condoglianza perché esprimere sentimenti anziché fatti invita i parenti a esprimere i loro.
11. Continuate a usare la parola «morto» per tutta la conversazione. Continuate a usare il nome della vittima e non le parole «corpo» o «il defunto».
12. Non date in nessun modo alla vittima la colpa di quello che è successo, anche se in parte o in tutto può averne.
13. Non date poca importanza ai sentimenti, né ai vostri né ai loro. Normalmente si hanno reazioni intense. Aspettatevi reazioni di lotta, fuga, congelamento o altre forme di regressione. Se qualcuno ha un collasso, fatelo sdraiare, sollevategli i piedi, tenetelo caldo, tenete la respirazione e il polso sotto controllo e procurategli assistenza medica.
14. Unitevi ai superstiti nel loro dolore senza lasciarvi sopraffare da esso. Non usate cliché. I commenti utili sono semplici e diretti e convalidano, normalizzano, rassicurano e esprimono vivo interesse. Esempi: «Mi dispiace molto»;

«È più difficile di quanto non si pensi»; «Le persone che ci sono passate hanno avuto reazioni simili a quelle che sta provando Lei»; «Se fossi al posto Suo, anch'io mi sentirei molto ...».

15. Rispondete a tutte le domande in modo onesto (ciò richiede di conoscere i fatti prima di recarsi a comunicare il decesso). Non fornite più particolari di quanti ve ne vengono richiesti ma siate onesti nelle vostre risposte.
16. Offritevi di fare telefonate, disporre l'accudimento dei bambini, chiamare eventuali sacerdoti, parenti, datori di lavoro. Fornite ai parenti della vittima un elenco delle chiamate che fate poiché avranno difficoltà a ricordare ciò che gli dite.
17. Quando è morto un figlio e a casa c'è solo uno dei genitori, comunicate il decesso a quel genitore e offritevi di accompagnarlo ad avvisare l'altro genitore.
18. Non parlate con i media senza l'autorizzazione della famiglia.
19. Se è necessario identificare la salma, accompagnate i parenti più stretti quando vanno e tornano dall'obitorio e aiutateli a prepararsi fornendo loro una descrizione fisica dell'obitorio e spiegando che la persona apparirà pallida dato che il sangue scende verso il basso.
20. Non lasciate i superstiti da soli. Fate in modo che arrivi qualcuno e, nel frattempo, aspettate insieme a loro.
21. Quando vi congedate fate loro sapere che il giorno successivo tornerete per vedere come vanno le cose e se c'è qualche altra cosa che potete fare per loro.
22. Il giorno successivo chiamate e fate loro visita. Se la famiglia non vuole che vi rechiare lì, state un po' di tempo al telefono ed esprimete nuovamente la vostra disponibilità a rispondere a tutte le domande. Probabilmente avranno più domande da rivolgervi di quante non ve ne abbiano fatte quando li avete avvertiti del decesso.
23. Chiedete ai familiari se sono pronti a ricevere i vestiti, gli effetti personali, ecc. di *[nome della vittima]*. Tenete fede ai loro desideri. Gli oggetti dovrebbero essere presentati in modo ordinato in una scatola, e non consegnati in un sacchetto per la spazzatura. I vestiti dovrebbero essere fatti asciugare completamente in modo da evitare cattivi odori. Quando consegnate gli oggetti, spiegate cosa c'è nella scatola e quali sono le condizioni degli oggetti in essa contenuti, in modo che i familiari sappiano cosa aspettarsi quando decideranno di aprirla.
24. Se c'è qualcosa di positivo da dire a proposito degli ultimi momenti, comunicatelo ora. Rassicurate i familiari spiegando loro che «la maggioranza delle persone che subiscono gravi ferite non ricordano l'aggressione diretta e per

qualche tempo non provano dolore». Non dite: «Lui/Lei non si è reso/a conto di che cosa l'ha colpito/a» a meno che non ne siate assolutamente certi.

25. Fate capire ai superstiti che la situazione vi sta a cuore. I più apprezzati fra i professionisti e gli altri primi soccorritori sono quelli disposti a condividere il dolore della perdita. Se possibile, partecipate al funerale. Ciò significherà molto per la famiglia e rafforzerà l'immagine positiva della vostra professione.
26. Informatevi bene su come fare per accedere a cure mediche o psicologiche immediate nel caso in cui i familiari dovessero avere una reazione di crisi superiore alle vostre capacità.
27. Fate frequentemente e regolarmente un *debriefing* sulle vostre reazioni personali con operatori attenti e qualificati che siano esperti di interventi di salute mentale in situazioni di calamità — non cercate di sopportare tutto il dolore emotivo per conto vostro e non lasciate che le vostre emozioni, e lo stress che normalmente si sperimenta quando ci si identifica con le persone colpite da un lutto, si trasformino in un problema per voi.

### **Principi basilari dell'assistenza di emergenza**

È utile ricordare e seguire alcuni «principi basilari» dell'assistenza di emergenza, a cui corrispondono altrettanti obiettivi:

1. provvedere ai bisogni fondamentali per la sopravvivenza (per es., liquidi, cibo, riparo, vestiti, regolazione della temperatura);
2. aiutare i superstiti a ottenere un sonno tranquillo e riposante;
3. garantire che ci sia una zona libera da intromissioni di altre persone proteggendo lo spazio personale basilare (per es., privacy, tranquillità, effetti personali);
4. fornire un contatto sociale ordinario senza invadenza (per es., un uso ragionevole dell'umorismo, un po' di chiacchiere sui fatti di attualità, una compagnia silenziosa);
5. affrontare i problemi di salute fisica immediati o gli eventuali aggravamenti di malattie già in corso;
6. aiutare a rintracciare le persone amate e gli amici e a verificarne l'incolumità;
7. ricongiungere i superstiti con le persone amate, gli amici e le altre persone di fiducia;
8. aiutare i superstiti a compiere passi concreti per tornare alla normale vita quotidiana (per es., rituali o routine quotidiane);
9. aiutare i superstiti a compiere passi concreti per risolvere i problemi immediati pressanti provocati dal disastro (per es., perdita di un veicolo, incapacità di procurarsi i buoni di assistenza);

10. facilitare il ritorno ai normali ruoli familiari, comunitari, scolastici e lavorativi;
11. fornire opportunità per elaborare i lutti subiti;
12. aiutare i superstiti a portare la tensione, l'ansia o l'avvilimento entro livelli gestibili;
13. sostenere i soccorritori del luogo fornendo loro consulenza e formazione riguardo alle reazioni di stress e alle tecniche di gestione dello stress.

### **La prima fase successiva all'evento**

La prima fase successiva all'evento può essere descritta come quella fase temporale durante la quale le persone che sono intervenute per prime sulla scena vengono sostituite da operatori designati in via ufficiale e si passa dagli interventi di crisi informali e formali ai piani di risposta alla calamità. Questa fase inizia in genere entro 24-48 ore dalla dichiarazione presidenziale dello stato di calamità e può durare finché sono attivi i programmi di *crisis counseling* finanziati dalla federazione (mediamente 14 settimane dalla dichiarazione).

Nell'arco di pochi giorni dalla dichiarazione presidenziale dello stato di calamità, la Federal Emergency Management Agency/FEMA (agenzia federale per la gestione dell'emergenza) istituisce un Disaster Field Office/DFO (ufficio sul campo). La FEMA è responsabile del coordinamento delle attività di emergenza erogate dai governi federale, statale e di contea. Il coordinamento generale dei servizi di salute mentale per la situazione di calamità avviene nel DFO con i rappresentanti del Public Health Service (servizio sanitario pubblico), del Center for Mental Health Services (centro per i servizi di salute mentale) della Croce Rossa Americana e del ministero di salute mentale dello Stato. In genere, i funzionari del ministero di salute mentale dello Stato e della Croce Rossa Americana collaborano con le autorità locali per la salute mentale a un ulteriore coordinamento dei servizi.

Nel giro di pochi giorni dalla calamità, l'oggetto dell'attenzione dei servizi di salute mentale passa dall'assistenza sulla crisi a interventi tesi a facilitare la stabilizzazione psicologica e interpersonale fra i superstiti e le persone che lavorano per porre rimedio alla calamità. Durante la transizione dall'assistenza di salute mentale estemporanea all'assistenza coordinata, i professionisti di salute mentale volontari che si trovavano sul posto o che sono intervenuti per primi possono essere riluttanti a cedere questo loro ruolo di intervento ai funzionari di salute mentale per le situazioni di calamità. La loro riluttanza può essere compresa considerando il contesto: questi volontari avranno subito — chi più chi meno — uno shock emotivo che può rendere loro difficile rispettare i confini e i ruoli

professionali prestabiliti. Possono nascere situazioni di conflitto che vanno gestite con comprensione, tatto e fermezza da chi deve assumersi la responsabilità.

Nella prima fase successiva all'impatto, il settore privato e le organizzazioni professionali possono inviare volontari con l'intento di fornire assistenza di salute mentale. In alcuni casi, ciò può ostacolare il coordinamento dell'assistenza di salute mentale fra gli amministratori e creare confusione fra coloro che ricevono i servizi. Da alcuni anni a questa parte, la Croce Rossa Americana/CRA si è adoperata per sviluppare una «dichiarazione di intesa» con alcune organizzazioni professionali (per es., l'American Psychiatric Association, l'American Psychological Association, la National Association of Social Workers e la National Association of Marriage and Family Counselors) allo scopo di favorire il reclutamento e lo spiegamento di volontari attraverso i canali ufficiali (cioè i coordinatori federali, statali e della CRA).

### *Interventi generali*

Nella prima fase successiva all'impatto, le attività pratiche di protezione, guida, connessione e *triage* vengono integrate con interventi psicoeducativi generali:

- si forniscono materiali didattici facili di informazione (per es., scegliete materiali in cui viene utilizzato un linguaggio semplice, preferibilmente con un livello di difficoltà di lettura non superiore a quello di quinta elementare);
- si attuano interventi di *debriefing*, *defusing* e di insegnamento della gestione dello stress;
- si aiutano i superstiti ad affrontare le «normali» reazioni di stress fornendo sostegno pratico ed emozionale senza invadenza. Il sostegno emozionale nelle situazioni di crisi riduce l'impotenza e facilita la ripresa;
- si continua a identificare gli individui e le famiglie a rischio di problemi psicologici a lungo termine.

### *Indicazioni per lavorare in luoghi in cui sono radunati molti superstiti: l'intervento individuale*

Sebbene i contesti possano essere diversi fra loro, spesso gli operatori di salute mentale che intervengono nelle situazioni di calamità si trovano a lavorare in spazi dove sono radunate centinaia di superstiti. In poco tempo, i clinici devono stabilire una «relazione» con i responsabili, stabilire le priorità, valutare l'ambiente, i superstiti e gli operatori, condurre gli interventi e facilitare il raggiungimento di un senso di «chiusura» dell'esperienza.



Stabilire una «relazione» con i responsabili/amministratori/operatori del sito:

- *Presentazione.* Presentatevi e spiegate brevemente lo scopo della vostra presenza e del vostro compito e dite per quanto tempo vi fermerete in quel posto specifico. In molti casi, i responsabili più esperti stanno già aspettando il vostro aiuto. Altre volte, tuttavia, il responsabile sarà troppo indaffarato per parlare con voi. Se c'è già stato un contatto fra i superiori, o se voi e il vostro team fate parte di una serie di team assegnati al sito, può essere sufficiente presentarsi agli altri membri del personale del sito.
- *Raccolta di informazioni sui bisogni.* Chiedete al responsabile se ci sono particolari motivi di preoccupazione in relazione all'ambiente (per es., rumore, affollamento, necessità di aree specifiche) o a qualche famiglia, individuo o operatore in particolare. Se il momento è appropriato, chiedete al responsabile se sta riuscendo a «resistere».
- *Le aspettative riguardo ai servizi di salute mentale.* Raccogliete informazioni sull'idea che il responsabile si è fatto del vostro ruolo. Se è necessario, «correggete» le aspettative irrealistiche. Per esempio, un responsabile inesperto potrebbe credere che voi siate là per valutarne l'idoneità alla funzione, o che rappresentiate la «polizia della salute mentale». Potrebbe essere utile sottolineare che la vostra missione è fornire *sostegno* alle vittime e al personale e che non siete lì per valutare le prestazioni lavorative. Può essere utile chiedere se ci sono state altre visite al sito da parte di altri staff di salute mentale.

Osservare il contesto

Valutate l'ambiente; per esempio, il livello di rumorosità, l'affollamento, la presenza di posti dove sedersi, la disponibilità di acqua, la presenza di un'area destinata ai bambini e una zona tranquilla, l'uso di bacheche, la disponibilità di informazioni scritte, l'esposizione a stimoli traumatici attraverso i programmi televisivi. Fate le segnalazioni del caso. Non di rado i clinici con poca esperienza si trovano rapidamente coinvolti nel primo «problema» incontrato. Molto probabilmente i livelli di adrenalina sono elevati e si ha la tendenza irresistibile a reagire all'immediatezza dei problemi di chiunque. Tuttavia, se prima si assume una prospettiva da osservatore, si può stabilire quali siano le priorità e si può cogliere l'importanza delle variabili ambientali e la portata dei servizi di salute mentale necessari.

Organizzare e stabilire contatti con i superstiti

La forma più naturale di contatto con i superstiti, in un ambiente ampio, avviene quando i clinici si offrono volontariamente per ricoprire posizioni che implicano una

## Aiutare i soccorritori

L'opera di salvataggio e di aiuto prestata ai superstiti e i compiti di recupero, identificazione e trasporto dei cadaveri non sono che alcuni degli stressor che contribuiscono a creare livelli elevati di sofferenza emotiva negli operatori che intervengono nelle calamità (Uranso, McCaughey e Fullerton, 1994). Il compito di mitigare lo stress di questi operatori è una componente vitale delle operazioni del servizio di emergenza e può essere organizzato come processo continuo di prevenzione, intervento precoce sul luogo e follow-up immediato. Gli interventi possono assumere la forma di training, consulenze, *defusing*, *debriefing* o counseling di crisi.

Il lavoro di salute mentale nelle situazioni di calamità rivolto ai soccorritori richiede un ricco background clinico e una conoscenza specifica delle reazioni di stress, del disturbo post-traumatico da stress, dell'intervento di crisi, della natura del lavoro di emergenza, della gestione dello stress e di altri protocolli di intervento adeguati all'ambiente della calamità. Mitchell e Dyregrov (1993) suggeriscono che «un genere di aiuto sbagliato fornito da un professionista di salute mentale sbagliato in un momento sbagliato o in circostanze sbagliate può essere più dannoso dell'assenza di ogni aiuto».

### **Gli stressor del lavoro nelle situazioni di calamità**

*Generalmente, il lavoro nelle situazioni di calamità è una combinazione di esperienze positive e di esperienze negative. Si possono provare profondi*

sentimenti di dolore, disperazione, impotenza, orrore e repulsione. D'altro canto, l'esperienza di condivisione di scopi e obiettivi con altre persone, di essere uniti da uno stesso legame sociale e altre esperienze che rinnovano le convinzioni professionali e personali, o la rivalutazione delle priorità della vita, rendono questo tipo di lavoro anche molto gratificante.

I rischi professionali connessi all'opera di soccorso, e le situazioni e gli stressor personali degli operatori, spiegano la maggioranza delle reazioni di stress. Alcuni rischi professionali riguardano:

- l'esposizione a pericoli fisici imprevedibili;
- l'incontro con la morte violenta o con resti umani;
- l'incontro con la sofferenza di altre persone;
- la percezione negativa della causa del disastro;
- la percezione negativa dell'assistenza offerta alle vittime;
- i turni lunghi, il lavoro disorganizzato e la fatica estrema;
- le differenze culturali fra gli operatori e la comunità colpita;
- le lotte di potere nelle e tra le organizzazioni;
- l'inefficacia dei mezzi tecnici e la percezione di scarso controllo;
- la mancanza di sistemazioni adeguate;
- l'incontro con la morte di massa;
- l'incontro con la morte di bambini;
- l'ambiguità del proprio ruolo;
- la necessità di compiere scelte difficili;
- le difficoltà di comunicazione;
- la scarsità di fondi e risorse;
- l'eventuale ostilità manifestata dalla comunità colpita;
- le condizioni atmosferiche;
- l'eccessiva identificazione con le vittime;
- gli errori umani;
- l'urgenza;
- il senso di fallimento della missione.

Fra le situazioni e gli stressor personali figurano:

- le lesioni personali;
- i decessi o le ferite subite dalle persone amate, dagli amici e dai colleghi;
- la perdita di beni materiali;
- lo stress preesistente;
- uno scarso livello di preparazione personale o professionale;
- le reazioni di stress di altre persone che rivestono un'importanza personale;

- la prossimità rispetto alla scena dell'impatto;
- le aspettative su di sé;
- l'esperienza avuta in passato con altre calamità;
- la percezione/interpretazione negativa dell'evento;
- uno scarso livello di sostegno sociale;
- l'esistenza di traumi precedenti.

### **Le reazioni di stress degli operatori che intervengono nelle calamità**

*Le reazioni di stress negli operatori che intervengono nelle calamità sono normali e vanno messe in conto.* Anche gli operatori esperti non si desensibilizzano mai tanto da restare indifferenti a situazioni come le morti violente di massa e risultano comunque particolarmente vulnerabili quando fra le vittime ci sono dei bambini. Le reazioni di stress possono dare luogo a riduzione della reattività psichica e a menomazioni transitorie della memoria, della capacità di risolvere i problemi e della comunicazione. Le reazioni di stress a lungo termine possono comprendere depressione, ansia cronica o sintomi derivanti da traumi vicari (ripetizione dell'esperienza dell'evento, riduzione della reattività psichica/evitamento comportamentale o attivazione fisiologica) e possono provocare o aggravare problemi coniugali, lavorativi o legati al consumo di sostanze (vedi tabella 3.1).

Si raccomanda che i servizi di salute mentale per le calamità destinati agli operatori siano predisposti con la consapevolezza e l'accettazione delle finalità e dei protocolli da parte dello staff direttivo e dei responsabili dei team. Generalmente, l'intervento di salute mentale sulla scena viene erogato attraverso servizi di consulenza, defusing, debriefing o di intervento sulla crisi. Questi servizi possono essere informali o sistematici e possono essere erogati individualmente o in gruppo in un ambiente tranquillo separato (ma non troppo lontano) dalla scena del disastro. Gli obiettivi di questi interventi sono molteplici:

- fornire consulenze ai responsabili dei team e agli operatori riguardo alle reazioni di stress e alle strategie per gestirle;
- facilitare la coesione di gruppo e il sostegno fra pari;
- fornire opportunità di apertura emotiva e ristrutturazione cognitiva;
- identificare e rinforzare la resilienza e gli stili di fronteggiamento positivi;
- alleviare le reazioni di stress a lungo termine (il DPTS);
- migliorare la preparazione per le operazioni future.

TABELLA 3.1

**Reazioni di stress comuni negli operatori che intervengono nelle calamità**

<b>Emozionali</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>■ shock</li><li>■ collera</li><li>■ incredulità</li><li>■ terrore</li><li>■ senso di colpa</li><li>■ dolore</li><li>■ irritabilità</li><li>■ senso di impotenza</li><li>■ disperazione</li><li>■ perdita di piacere nelle normali attività</li><li>■ dissociazione</li></ul>
<b>Cognitivi</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>■ problemi di concentrazione</li><li>■ confusione</li><li>■ distorsioni</li><li>■ pensieri intrusivi</li><li>■ calo di autostima</li><li>■ calo di autoefficacia</li><li>■ autobiasimo</li></ul>
<b>Biologici</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>■ affaticamento</li><li>■ insonnia</li><li>■ disturbi del sonno</li><li>■ iperattivazione</li><li>■ disturbi somatici</li><li>■ menomazione della risposta immunitaria</li><li>■ cefalee</li><li>■ problemi gastrointestinali</li><li>■ calo di appetito</li><li>■ calo della libido</li><li>■ reazione di trasalimento</li></ul>
<b>Psicosociali</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>■ alienazione</li><li>■ ritiro sociale</li><li>■ aumento dello stress nelle relazioni</li><li>■ abuso di sostanze</li><li>■ menomazione lavorativa</li></ul>

## Tipologia degli operatori di emergenza

Gli operatori di emergenza possono essere membri di team ben addestrati, vittime che cercano di aiutare persone più colpite di loro, o semplici spettatori. Alle emergenze rispondono molti tipi di soccorritori:

- operatori di ricerca e salvataggio dei superstiti;
- operatori impegnati nel controllo degli incendi e nella sicurezza;
- conducenti di mezzi di trasporto;
- personale medico e paramedico (EMT<sup>1</sup>);
- il medico legale con il suo staff;
- polizia, forze dell'ordine e investigatori;
- ecclesiastici;
- personale dei servizi sociali e di salute mentale;
- funzionari eletti;
- volontari che partecipano alle attività dei centri di accoglienza, collaborano all'opera di assistenza e verificano e riparano le infrastrutture;
- operatori dei media.

## La cultura del lavoro di soccorso

Nella cultura degli operatori di soccorso si combinano valori condivisi e differenze individuali. Myers (1987) ha osservato che gli operatori dei servizi di emergenza spesso sembrano possedere tratti di personalità contrastanti:

- Delicatezza
- Grande forza
- Fiducia
- Cautela
- Molta sicurezza di sé
- Forte inclinazione all'autocritica
- Dipendenza
- Indipendenza
- Durezza
- Sensibilità

Per esempio, mentre gli operatori di emergenza hanno spesso una forte capacità di fidarsi l'uno dell'altro, tendono a essere cauti per quanto riguarda le

---

<sup>1</sup> L'acronimo EMT indica gli Emergency Medical Team. [ndt]

competenze degli individui percepiti come esterni al gruppo; gli operatori di soccorso possono dimostrare una buona resilienza mentale ed emozionale nel corso di un'operazione e ciò nondimeno avere reazioni emotive intense successivamente, a causa della loro sensibilità ai sentimenti dei superstiti e delle loro famiglie. Se gli operatori di salute mentale riconoscono sensibilmente queste polarità, ciò può essere utile per ottenere la fiducia degli operatori di soccorso e per accrescere al contempo la loro disposizione a rivelare i loro sentimenti di vulnerabilità e il loro atteggiamento di autocritica, ricevendo così un sostegno emotivo.

Le reazioni degli operatori di soccorso dipendono da diverse variabili. Le circostanze della calamità, la preparazione, gli stressor preesistenti nel team, nell'organizzazione o sul piano personale sono tutti fattori chiave. In generale, molti operatori intervenuti nella situazione di calamità sembrano preferire risposte di fronteggiamento basate sulla soluzione attiva dei problemi e sull'analisi logica degli stressor legati al lavoro. Alcuni operatori apprezzano la solitudine e ne traggono giovamento mentre altri cercano la compagnia di altre persone. Alcuni si sentono più a loro agio parlando con un professionista sconosciuto, altri preferiscono parlare con pochi individui fidati. Data la brevità dei contatti fra i clinici esperti di salute mentale e gli operatori alle prese con gli effetti della calamità è difficile valutare l'efficacia di questi processi di fronteggiamento individuali. Tuttavia, il processo di defusing può fornire informazioni utili per guidare gli esperti di salute mentale nella loro opera di aiuto ai soccorritori.

### **Linee guida per la consultazione con lo staff direttivo e con i responsabili dei team di soccorso sul luogo delle operazioni**

Un aspetto essenziale per l'efficacia dell'intervento di sostegno degli esperti di salute mentale sul luogo delle operazioni è la creazione di un rapporto adeguato con lo staff direttivo, i responsabili dei team di soccorso e gli operatori. La conoscenza dei protocolli di intervento non è sufficiente. Come ha osservato Alexander (1993), quando offriamo aiuto ai membri di un gruppo professionale ben organizzato dobbiamo essere noi stessi professionali e ben organizzati. Il team di salute mentale può prevedere di incontrare sentimenti ambivalenti nei confronti del suo ruolo e può considerare questo fatto come una reazione naturale da parte di chi si trova nel pieno di una situazione straordinariamente difficile. La conoscenza degli stressor associati al lavoro di soccorso e della cultura del lavoro di soccorso può facilitare la costruzione dell'alleanza. Se si arriva tempestivamente, inoltre, è più facile diventare parte integrante del team delle operazioni di intervento.

Le fasi della consultazione sono cinque:

1. *L'accesso e il contatto iniziale.* Si fanno le presentazioni, ci si informa su ciò che l'*incident commander* o i responsabili dei team si aspettano dai servizi di salute mentale e si descrivono i servizi di salute mentale.
2. *Raccolta di informazioni.* Si valutano i servizi necessari. Si parla con gli «informatori chiave» e si osservano l'ambiente e il comportamento degli operatori nei luoghi di pausa.
3. *Feedback e decisione di intervenire.* Nel fornire un feedback agli *incident commanders* o ai responsabili dei team, si risponde alle resistenze con una pianificazione collaborativa degli obiettivi.
4. *Realizzazione.* Si gestiscono gli interventi.
5. *Cessazione.* Si valutano gli interventi e si danno eventuali consigli per i servizi futuri.

I seguenti consigli per i responsabili dei team sono stati tratti e adattati dall'opera *Community emergency response team: Participant handbook and prevention and control of stress among emergency workers. A pamphlet for team managers* (FEMA, 1994).

- Ruotare il personale per consentire momenti di pausa lontano dall'area dell'incidente.
- Fornire un luogo di pausa, vestiti di ricambio, cibi nutrienti e tempo sufficiente per mangiare in modo adeguato.
- Ruotare i team e incoraggiarli ad avere scambi.
- Spostare gli operatori gradualmente da aree a stress elevato ad aree a stress medio e poi basso.
- Fornire un defusing a tutti gli operatori quando cessano il servizio o fanno delle pause.

Il miglior modo per aiutare i responsabili dei team di emergenza a utilizzare questi interventi di gestione dello stress consiste nel mantenere un ruolo modesto di osservatore e consigliere. È più probabile che gli operatori e i responsabili accettino questi consigli se arrivano a percepire il consulente come un aiutante integrato nella loro squadra e non come un «outsider» professionale distaccato.

In veste di consulente discreto, l'esperto di servizi di salute mentale per le situazioni di calamità si trova nella posizione adatta per erogare interventi di crisi nei rari casi in cui un operatore manifesta gravi reazioni negative. La decisione di chiedere di far tornare o meno un operatore al suo lavoro, di trasferirlo a compiti meno stressanti o di esonerarlo deve essere compiuta giudiziosamente, possedendo informazioni sufficienti sulla sua capacità di eseguire in modo soddisfacente i compiti di soccorso, sul suo stato mentale (gravità delle reazioni di stress) e sulla disponibilità di un sostegno organizzativo e sociale.



## **Gli interventi di defusing**

Il defusing è un procedimento destinato a facilitare il verificarsi di opportunità in cui gli operatori di soccorso possano esprimere i loro pensieri e i loro stati d'animo in relazione ai compiti di soccorso in atto senza sentirsi obbligati a farlo. È essenziale che gli operatori di salute mentale distinguano il processo di facilitazione della rivelazione volontaria delle proprie reazioni emotive da un processo che potrebbe essere frainteso (per es., un sondaggio «voyeuristico»). Ecco alcune domande utili:

- Da dove viene?
- In quali compiti di soccorso è impegnato?
- Qual è l'aspetto di questa situazione che Lei preoccupa di più?
- Come affronta quello che sta succedendo?
- Quali sono le somiglianze e le differenze fra questa operazione e le altre in cui Lei è già stato coinvolto?

Se si è stabilito un rapporto adatto, possono essere introdotti altri argomenti connessi agli stressor personali e lavorativi.

Il defusing fornisce agli operatori di soccorso la possibilità di comprendere meglio le loro reazioni e permette agli operatori di salute mentale di rilevare eventuali indicazioni del rischio di reazioni di stress a lungo termine. A differenza del debriefing, che dura 2-4 ore, i defusing possono essere brevi (10-30 minuti) e forniti continuamente nel corso di tutta l'operazione. Spesso un modo per condurre defusing informali consiste nel trovare un modo per stare nelle vicinanze degli operatori in pausa. Nel capitolo secondo c'è una guida per il defusing.

I principali argomenti per il defusing con gli operatori di soccorso sono:

- l'esposizione a pericoli fisici imprevedibili;
- l'incontro con resti umani;
- le reazioni di stress di altre persone significative;
- l'incontro con la sofferenza di altre persone;
- la percezione della causa del disastro;
- la percezione dell'assistenza offerta alle vittime;
- i turni lunghi, il lavoro disorganizzato e la fatica estrema;
- le differenze culturali fra gli operatori e la comunità colpita;
- le lotte di potere nelle e tra le organizzazioni;
- l'urgenza;
- la mancanza di sistemazioni adeguate;
- l'inefficacia dei mezzi tecnici e la percezione di controllo;

- le lesioni personali;
- le lesioni o il decesso della persona amata, di amici o colleghi;
- la perdita di beni materiali;
- lo stress preesistente;
- l'incontro con la morte di massa;
- l'incontro con la morte di bambini;
- l'ambiguità del proprio ruolo;
- la necessità di compiere scelte difficili;
- le difficoltà di comunicazione;
- la scarsità di fondi e risorse;
- la percezione degli operatori da parte della comunità;
- le condizioni atmosferiche;
- l'eccessiva identificazione con le vittime;
- gli errori umani;
- il senso di fallimento della missione;
- la prossimità rispetto alla scena dell'impatto;
- l'esperienza di calamità precedenti;
- il livello di sostegno sociale;
- i traumi precedenti.

### **L'insegnamento di tecniche di rilassamento agli operatori intervenuti sul luogo della calamità**

Gli operatori intervenuti sul luogo della calamità si impegnano molto per lavorare a lungo e senza soste, e possono facilmente trascurare il consiglio di utilizzare un po' di tempo per rilassarsi. Le indicazioni seguenti servono ad aiutare gli esperti di salute mentale a stabilire un rapporto con gli operatori e a incoraggiarli a tener conto delle strategie di gestione dello stress.

1. Chiedete loro da quanto tempo svolgono questo lavoro e informatevi sulle eventuali esperienze precedenti con situazioni di calamità.
2. Raccogliete informazioni sugli stili di fronteggiamento (cosa fanno per rilassarsi e cosa fanno i loro colleghi per fronteggiare lo stress).
3. Raccogliete informazioni sugli stressor inattesi.
4. Raccogliete informazioni sul sonno e sul livello di stanchezza.
5. Spiegate le basi concettuali del rilassamento, dopo avere riconosciuto la normalità della fatica e dei suoi effetti. Parlate degli aspetti generali di vulnerabilità degli operatori di soccorso (per es., l'incapacità di smettere di lavorare o di pensare alla calamità).

6. Incominciate l'insegnamento e la dimostrazione delle tecniche (per es., il rilassamento muscolare, la respirazione cosciente, il training autogeno, la visualizzazione, ecc.). Ricordate che le circostanze e i luoghi in cui vi troverete a insegnare saranno il più delle volte molto lontani dalle condizioni ideali. Potreste avere a disposizione da cinque a quindici minuti per dimostrare l'utilità del rilassamento. La sfida consiste nel facilitare efficientemente l'esperienza di rilassamento in mezzo ad ambienti caotici.
7. Quando è possibile, tenete a disposizione degli schemi riassuntivi in cui sono descritte le tecniche.

*Lei lavora quindici ore al giorno e questa è la sua seconda settimana di lavoro qui. Credo proprio che si senta un po' stanco. Lei ha già esperienza e so che conosce il burn-out e cosa succede stando qui a lavorare a lungo. Mi pare che l'unica pausa che Lei riesce ad avere è quando va a dormire. Vorrei mostrarle alcune tecniche di rilassamento semplici, veloci ed efficaci che potrà usare per conto suo qualche minuto al giorno per riuscire a fare delle piccole pause.*

Fig. 3.1 Un esempio di conversazione con un operatore di soccorso.

## Il debriefing con gli operatori di soccorso

Sviluppato originariamente da Jeffrey Mitchell (1983) per mitigare lo stress fra i primi soccorritori in situazioni di emergenza, il *Critical Incident Stress Debriefing/CISD* è oggi un protocollo molto utilizzato con vittime e operatori di tutti i tipi (per es., insegnanti, religiosi, personale amministrativo) in un'ampia gamma di contesti (per es., scuole, chiese, centri di comunità).

«Debriefing» è diventato un termine generico usato per indicare un procedimento strutturato che serve ad aiutare i superstiti a comprendere e a gestire emozioni intense, a comprendere meglio le strategie di fronteggiamento efficaci e a ricevere sostegno dai pari. In genere si usano due protocolli: un *protocollo per il debriefing iniziale* e un *protocollo per il debriefing di follow-up*. Alla base del debriefing c'è la convinzione che un primo intervento che offra opportunità di catarsi e verbalizzazione del trauma, una struttura, il sostegno di un gruppo e il sostegno dei pari contenga fattori terapeutici sufficienti a una riduzione dello stress.

Resoconti di casi e prove aneddotiche sul debriefing con operatori di emergenza suggeriscono che questo procedimento può portare a una riduzione dei sintomi; tuttavia, fino a oggi non ci sono stati studi controllati rigorosi. Il CISD può fornire agli operatori di soccorso alcune opportunità immediate per parlare fra

loro ma è improbabile che sia efficace se resta l'unico intervento per affrontare problemi complessi che derivano da reazioni di stress all'operazione, stress precedente o vari stressor organizzativi. In tali casi, si raccomanda un assessment individuale più approfondito.

### *Protocollo per il debriefing iniziale/PDI<sup>2</sup>*

Il protocollo per il debriefing iniziale/PDI di solito consiste di otto passi:

1. preparazione
2. presentazione
3. fase dei fatti
4. fase dei pensieri
5. fase di reazione
6. fase dei sintomi
7. fase di insegnamento
8. fase del rientro

A seconda dei ruoli degli operatori nei servizi di emergenza, del tempo a disposizione per il debriefing e del numero di operatori presenti, i debriefer dovranno necessariamente valutare quanto tempo dedicare a ciascuna fase e se i vari operatori avranno o meno a disposizione lo stesso tempo per i loro interventi.

#### 1. Preparazione

- Prendete gli accordi necessari con l'*incident commander* o con i responsabili dei team di soccorso e raccogliete informazioni sulle condizioni dell'operazione di soccorso e sull'esistenza di preoccupazioni specifiche riguardo a singoli operatori.
- Cercate di limitare ciascun gruppo di debriefing a 8-10 operatori ma prevedete che possano arrivarne 20-30. Quanto maggiore è il numero di operatori presenti, tanto minore è il tempo a disposizione di ognuno per partecipare attivamente. Avvisate che la presenza sarà obbligatoria mentre la partecipazione attiva durante il debriefing sarà facoltativa. Le ragioni dell'obbligatorietà della presenza sono che in questo modo si riduce lo stigma associato alla frequentazione del gruppo e si aumentano le opportunità di sostegno reciproco fra i membri dei team. Chi sceglie di limitarsi ad ascoltare può trarre giovamento dal fatto di sentire le esperienze dei pari e di ricevere informazioni sulle reazioni di stress e sulle strategie di gestione dello stress.