

LINEE DI INDIRIZZO vs LINEE GUIDA

(LEGGE 8 marzo 2017, n. 24, art.5)¹

(Bozza del 28 novembre 2022)

L'Intervento Psicologico di Emergenza e Urgenza

PREMESSA

Il perimetro entro cui lo psicologo dell'emergenza e urgenza deve operare (sia esso psicologo, con o senza specializzazioni², o psicologo psicoterapeuta), è definito, come per tutti gli altri ambiti professionali, dall'articolo 1 della Legge 18 febbraio 1989, n. 56 "Ordinamento della professione di psicologo" che recita: "La professione di psicologo comprende l'uso degli strumenti conoscitivi e di intervento per la prevenzione, la diagnosi, le attività di abilitazione-riabilitazione e di sostegno in ambito psicologico rivolte alla persona, al gruppo, agli organismi sociali e alle comunità. Comprende altresì le attività di sperimentazione, ricerca e didattica in tale ambito". La psicoterapia (art. 3 L.56/89) non è indicabile e praticabile come primo intervento nelle situazioni di emergenza e urgenza dei territori colpiti, ma può essere suggerita e attuata, previo approfondimento diagnostico, nelle fasi del post emergenza dagli psicologi psicoterapeuti pubblici o privati. L'art. 3 della stessa Legge 56/89 regola la formazione necessaria per essere legittimati all'esercizio dell'attività psicoterapeutica da parte di psicologi e da medici

Note al Titolo e alla Premessa

1. Art. 5 Legge 8 marzo 2017 n. 24: "Gli esercenti le professioni sanitarie, nell'esecuzione delle prestazioni sanitarie con finalità preventive, diagnostiche, terapeutiche, palliative, riabilitative e di medicina legale, si attengono, salve le specificità del caso concreto, alle raccomandazioni previste dalle linee guida pubblicate ai sensi del comma 3 ed elaborate da enti e istituzioni pubblici e privati nonché dalle società scientifiche e dalle associazioni tecnico-scientifiche delle professioni sanitarie iscritte in apposito elenco istituito e regolamentato con decreto del Ministro della salute, da emanare entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, e da aggiornare con cadenza biennale. In mancanza delle suddette raccomandazioni, gli esercenti le professioni sanitarie si attengono alle buone pratiche clinico-assistenziali".

2. Il Decreto n. 50/2019 del Ministero dell'Università e della Ricerca 31.1.2019 (G.U. 9.4.19) ridefinisce queste specializzazioni di "area psicologia": Psicologia Clinica, Neuropsicologia, Psicologia del Ciclo di Vita, Psicologia della Salute, Valutazione Psicologica

ARTICOLO 1.

La situazione di emergenza e urgenza, per il setting e i tempi³ che la caratterizzano nella sua prima fase, impone allo psicologo, la conoscenza dei fondamentali di molte discipline scientifiche della psicologia⁴ per assolvere al compito essenziale di "ri-animare psicologicamente" e "al più presto" le persone, "stabilizzarle" e infine "riferirle se necessario" ai luoghi e ai professionisti della psicologia (in ambito pubblico o privato) per una approfondita diagnosi e per una eventuale terapia psicologica. Ciò, su altra scala, è paragonabile alle conoscenze e competenze richieste, sul versante della salute fisica, al medico di emergenza e urgenza che deve garantire al più presto, dopo rapido esame della situazione clinica, le funzioni vitali della persona soccorsa e procedere ad eventuale "rianimazione", stabilizzazione e invio al Pronto Soccorso Ospedaliero⁵. **Le abituali procedure diagnostiche di tipo testistico psicologico** assai difficilmente possono essere utilizzate e validate in un contesto emergenziale, anche se dalla normativa sono state proposte procedure di *triage psicologico* all'interno del Posto Medico Avanzato⁶. Possono essere utilizzati, per un orientamento di massima, anche veloci questionari a scala Likert.



Note all'art.1

³ Il setting abituale dell'intervento psicologico da parte di uno psicologo o da uno psicologo psicoterapeuta, sia in strutture private che pubbliche, di norma è caratterizzato: **a)** da un luogo (studio o ambulatorio) dedicato, arredato in maniera confortevole per un colloquio o terapia, garantito per la privacy e fornito del materiale testistico e documentario di routine; **b)** l'accesso al professionista (su richiesta dell'utente o invio da parte del personale sanitario) è regolato da una prenotazione e da una parcella o ticket; **c)** eventuale terapia è in carico ad uno psicologo legittimato alla psicoterapia (art. 3 L.18.2.1989 n. 56). Anche le terapie familiari o di gruppo sono regolate da luoghi, tempi, oneri prestabiliti. Al contrario in situazioni di emergenza e urgenza di Protezione Civile, le strutture di accoglienza per il lavoro psicologico spesso sono di tipo campale, (una tenda, una panchina, una mensa o uno spazio alberghiero improvvisato) e il turnover degli psicologi non garantisce la presenza dello stesso professionista oltre 7-15 giorni. Per *attività cliniche* in ambito campale dal 22 giugno 2013 (G.U. n. 145) è attivabile, con il concorso del Servizio Sanitario Regionale, il Posto di Assistenza Socio Sanitaria (PASS). Nelle emergenze della vita quotidiana (gravi incidenti, suicidi ecc.) il luogo dell'intervento psicologico può essere l'abitazione dei familiari, un affollato pronto soccorso, una strada, una caserma dei vigili del fuoco, con presenza una *tantum* di alcune ore, che si può dilatare solo nella ricerca di persone disperse o scomparse. Spetta pertanto allo psicologo dell'emergenza e urgenza attrezzarsi per garantire, attraverso un sorta di "**setting interno**", gli aspetti essenziali dell'accoglienza, dell'ascolto, della privacy, del sostegno alle persone e ai gruppi, a prescindere dalla continuità di presenza del medesimo professionista e dalla agibilità dello stesso luogo. In questi contesti l'intervento psicologico si gioca tutto sulla "*competenza relazionale del primo aiuto psicologico*" che deve accompagnare sempre lo psicologo, qualunque siano le teorie e le tecniche a cui fa riferimento.

⁴ Il CNOP (2013) in "Aree di Pratica professionale" (<https://www.psy.it/documenti>) documenta che "*La Psicologia dell'emergenza rappresenta un ampio insieme di contributi diversi della psicologia (Psicologia clinica, Psicologia sociale, Psicologia della comunicazione, Psicologia ambientale, Psicologia dello sviluppo, Psicologia di comunità e della salute) e di altri domini di conoscenza, come la medicina e la sociologia, finalizzato a comprendere i processi psicologici (psicofisiologici, cognitivi, emotivi, relazionali e comportamentali) attivati da tali condizioni fuori dall'ordinario contesto di vita, nonché i loro esiti immediati e nel lungo termine che incidono sulle capacità di adattamento e sul benessere delle persone e delle loro comunità di appartenenza*" e che secondo la Classificazione EUROPY è ascrivibile a "*Clinical and Health Psychology - (Clinica, Salute e Benessere)*."

⁵ "Negli ultimi 20 anni la medicina d'emergenza-urgenza ha conosciuto uno sviluppo enorme, acquisendo nel tempo maggiori competenze. Per citare alcuni esempi, sono parte essenziale della formazione e delle conoscenze in questa branca; *l'Advanced Trauma Life Support (ATLS), l'Advanced Life Support (ALS), l'Advanced Cardiac Life Support (ACLS)*" da https://it.wikipedia.org/wiki/Medicina_d%27emergenza-urgenza.

⁶ La scheda di triage psicologico è allegata al "DPCM 13 giugno 2006, Criteri di Massima sugli interventi psico-sociali da attuare nelle catastrofi" (G.U. 29 agosto 2006 n. 20)

ARTICOLO 2

E' essenziale in questa prima fase di approccio psicologico in emergenza non trasformare un evento potenzialmente traumatizzante⁷ in un "trauma psichico" e di non dedurre dalle prime reazioni psicologiche una immediata prognosi o diagnosi di PTSD⁸. L'esperienza ventennale, avvalorata dalle ricerche e dalle linee guida, suggerisce allo psicologo dell'emergenza un primo approccio psicologico più attento alla normalità che alla patologia delle reazioni umane ad una catastrofe. Un intervento che, soprattutto nelle grandi catastrofi, si inserisce nel più ampio "*contesto psicosociale*" del soccorso verso i sopravvissuti, calibrato sulle risposte più urgenti ai bisogni primari e di base⁹.

Note all'art. 2

⁷ Norris 1992; Kesker et al.1995; Breslau et al. 2000; Bonanno2004, PTE Potentially Traumatic Event in Tagliavini G. (2014) Resilienza e Salute Mentale, Fioriti Editore, Roma

⁸ da DSM-5: Disturbo da Stress Post Traumatico (DSPT), pag. 320- Prevalenza. "*La prevalenza annuale negli USA tra gli adulti è circa 3,5%. Stime inferiori sono state osservate in Europa e nella maggior parte dei paesi asiatici, africani e latinoamericani, intorno al 0,5-1,0%. Benché gruppi diversi abbiano diversi livelli di esposizione agli eventi traumatici, la probabilità condizionata di sviluppare il DSPT in seguito ad un analogo livello di esposizione può variare tra i gruppi culturali. I tassi di DSPT sono più alti tra i veterani e altri individui la cui professione aumenta il rischio di esposizione a eventi traumatici (per es. agenti di polizia, vigili del fuoco, personale medico di emergenza). Tassi più alti (che variano da un terzo a metà degli individui) sono stati osservati tra individui sopravvissuti a rapimento, combattimenti e prigionia militare, nonché internamento e genocidio o di natura etnica e politica. La prevalenza del DSPT può variare*

nel corso dello sviluppo; bambini e adolescenti, compresi bambini in età prescolare, hanno mostrato generalmente una prevalenza minore in seguito all'esposizione a gravi eventi traumatici..."

Da ICD XI (2018) International Classification on Diseases Disorders specifically associated with stress (BlockL1-6B4)

"Disturbi specificamente associati con lo stress sono direttamente correlati all'esposizione a un evento stressante o traumatico, o a una serie di tali eventi o di esperienze avverse. Per ciascuno dei disturbi in questo raggruppamento, uno stress identificabile è un fattore causale necessario, sebbene non sufficiente. Sebbene non tutte le persone esposte a un fattore identificato di stress svilupperanno un disturbo, i disturbi in questo gruppo non si sarebbero verificati senza sperimentare il fattore di stress. Eventi stressanti per alcuni disturbi di questo gruppo rientrano nella normale gamma di esperienze di vita (ad es. divorzio, problemi socioeconomici, lutto). Altri disturbi richiedono l'esperienza di un fattore di stress di natura estremamente minacciosa o orribile (cioè, eventi potenzialmente traumatici). In tutti i disturbi di questo raggruppamento, è la natura, la modalità, la durata dei sintomi che si presentano in risposta agli eventi stressanti- insieme al danno funzionale associato- che distingue i vari disturbi".

⁹ L'intervento di tipo "psicosociale" è stato codificato dall'Inter Agency Standing Committee (IASC) dell'ONU nel 2007 con "Guidelines on mental health and psychosocial support in emergency Setting" alla cui stesura hanno collaborato molte Agenzie dell'ONU e tra queste l'OMS, molte Università e le più grandi OnG. <https://interagencystandingcommittee.org/iasc-task-force-mental-health-and-psychosocial-support-emergency-settings/iasc-guidelines-mental-health-and-psychosocial-support-emergency-settings-2007>

ARTICOLO 3

Al di là della diagnosi che ha come prevalente destinatario la singola persona (NB: l'impronta linguistica della art. 1 della L.56/89 è di tipo più medico che psicologico), lo psicologo chiamato ad operare in emergenze che coinvolgano "gruppi, organismi sociali e comunità", deve più logicamente procedere, non a una diagnosi, ma ad una "valutazione" che attinga anche al sapere delle discipline del sociale, dell'antropologia, della cultura, della religione in collaborazione, se possibile, con professionisti del settore.

ARTICOLO 4

Lo "**strumento conoscitivo e di intervento**", strumento principe, di provata efficacia, riconosciuto a livello internazionale da 20 anni, è lo *Psychological First Aid (PFA)* del *The National Child Traumatic Stress Network*¹⁰. In ambiti internazionali, in occasione di catastrofiche emergenze, in territori nei quali la presenza di psicologi è molto esigua, se non inesistente, al primo aiuto psicologico (o meglio aiuto psicosociale) vengono addestrati collaboratori non professionali. Non è il caso dell'Italia!

Note all'articolo 4

¹⁰ *Psychological First Aid*, proposto da The National Child Traumatic Stress Network, ed. 2. <https://www.nctsn.org/resources/psychological-first-aid-pfa-field-operations-guide-2nd-edition>

Dal NCTSN, il Primo Aiuto Psicologico è definito come: "un approccio modulare basato sull'evidenza per aiutare bambini, adolescenti, adulti e famiglie nell'immediato periodo successivo al disastro e al terrorismo. Gli individui colpiti da un disastro o da un incidente traumatico, siano essi sopravvissuti, testimoni o rispondenti a tali eventi, possono lottare o affrontare nuove sfide in seguito all'evento. Il PFA è stato sviluppato dal National Child Traumatic Stress Network e dal National Center for PTSD, con il contributo di individui coinvolti nella ricerca e nella risposta ai disastri.

La PFA è progettata per ridurre il disagio iniziale causato da eventi traumatici e per favorire il funzionamento adattivo e il coping a breve e lungo termine. La PFA non presume che tutti i sopravvissuti svilupperanno gravi problemi di salute mentale o difficoltà di recupero a lungo termine. Al contrario, si basa sulla comprensione che i sopravvissuti al disastro e gli altri colpiti da tali eventi sperimentano un'ampia gamma di reazioni precoci (ad esempio, fisiche, psicologiche, comportamentali, spirituali). Alcune di queste reazioni causeranno abbastanza angoscia da interferire con il coping adattivo e il recupero può essere aiutato dal supporto di soccorritori compassionevoli e premurosi. Le azioni chiave PFA costituiscono gli obiettivi di base di fornire assistenza tempestiva entro giorni o settimane dopo un evento. I fornitori dovrebbero essere flessibili e basare la quantità di tempo che dedicano a ciascuna azione fondamentale sui bisogni e le preoccupazioni specifiche dei sopravvissuti. Le competenze di base sono progettate per essere utili nell'affrontare i bisogni e le preoccupazioni dei sopravvissuti e dei soccorritori. PFA è progettato per la consegna in diversi contesti. Gli operatori della salute mentale e di altri interventi in caso di calamità possono essere chiamati a fornire il primo soccorso psicologico in generale ricoveri per la popolazione, rifugi per bisogni speciali, ospedali da campo e aree di triage medico, strutture di cura per acuti (ad esempio, dipartimenti di emergenza), aree di sosta o centri di sollievo per i primi soccorritori o altri soccorritori, centri

operativi di emergenza, hotline di crisi o banche telefoniche, alimentazione luoghi, centri di servizi di assistenza in caso di calamità, centri di accoglienza e assistenza alla famiglia, case, aziende e altri contesti comunitari.

Le otto azioni principali PFA includono:

- **Contatto e coinvolgimento:** per rispondere ai contatti avviati dai sopravvissuti o per avviare contatti in modo non invadente, compassionevole e utile.
- **Sicurezza e comfort:** per migliorare la sicurezza immediata e continua e fornire comfort fisico ed emotivo.
- **Stabilizzazione (se necessario):** calmare e orientare i sopravvissuti emotivamente sopraffatti o disorientati.
- **Raccolta di informazioni su bisogni e preoccupazioni attuali:** identificare bisogni e preoccupazioni immediate, raccogliere informazioni aggiuntive e personalizzare gli interventi di primo soccorso psicologico.
- **Assistenza pratica:** offrire aiuto pratico ai sopravvissuti nell'affrontare bisogni e preoccupazioni immediate.
- **Collegamento con i supporti sociali:** per aiutare a stabilire contatti brevi o continui con le persone di supporto primarie e altre fonti di supporto, inclusi familiari, amici e risorse di aiuto della comunità.
- **Informazioni sul coping:** fornire informazioni sulle reazioni allo stress e sul coping per ridurre lo stress e promuovere il funzionamento adattivo.
- **Collegamento con servizi collaborativi:** collegare i sopravvissuti ai servizi disponibili necessari in quel momento o in futuro.”

ARTICOLO 5

Il “**sostegno in ambito psicologico**” prospettato dall’art. 1 della legge 56/89 con le qualità di “*strumento conoscitivo e di intervento*” della professione di psicologo, trova nell’ ambito dell’emergenza e urgenza una sua prima ed efficace applicazione anche ai fini della “*prevenzione*”. L’intervento di “*sostegno psicologico*” negli anni trascorsi dall’approvazione della Legge di Ordinamento della Professione di Psicologo (18.2.1989), alla pari delle attività di “*prevenzione*” e di “*abilitazione-riabilitazione*” è sembrato perdere via via la sua pregnanza, attenzione e definizione procedurale, surclassato dall’ esclusivo interesse dedicato alla “*psicoterapia*”.

In realtà “*sostegno*” (etimologicamente: *tenere in sù, in alto*) rappresenta l’obiettivo di ogni intervento psicologico offerto alle persone in emergenza, fornisce al momento opportuno una giusta spinta alla dotazione di resilienza del sopravvissuto, per iniziare a rialzarsi dallo stato di paura e di sfiducia e fare i primi passi verso la normalità. Se la situazione personale sarà gravemente compromessa, il primo sostegno psicologico motiverà e indicherà il percorso più adatto per una presa in carico nei servizi sanitari o sociali attivi nel territorio. La funzione di chi garantisce il “*sostegno*” può essere ben raffigurata nella attitudine materna di sollevare il bambino caduto a terra per consolarlo e fornire una prima cura ma anche nella funzione parentale e amicale di aiutare un anziano ad alzarsi e sostenerlo nel suo iniziale incedere. Al di là delle raffigurazioni, il **sostegno psicologico professionale** si inverte nella *specifica competenza relazionale*, tramite presenza e colloquio, da parte dello psicologo dell’emergenza che non differisce per qualità dalla “*relazione*” su cui lavora uno psicologo psicoterapeuta nel suo specifico setting, ma piuttosto differisce per le caratteristiche di continuità nel tempo, di interpretazione in base alla teoria di riferimento e del risultato atteso per contratto personale con lo psicologo psicoterapeuta.¹¹ Giova qui ricordare che nel 2010 il Consiglio dell’Unione Europea utilizza nel suo documento “*Council conclusions on psychosocial support in the event of emergencies and disasters*” utilizza il termine di “*supporto psicosociale*”¹²

Note all’art. 5

¹¹ Sulla “*relazione*” importanti studi illuminano il lavoro psicologico e psicologico psicoterapeutico da diverse punti di osservazione e ricerca anche psicofisiologica, psico e neuro biologica, neuropsicologica, con interessanti ricadute sui processi di relazione nel lavoro psicologico in emergenza. Si veda ad es.: Porges S.W. (2020), La guida alla teoria polivagale, Fioriti, Roma; Schore A.N. (2008), La regolazione degli affetti e la riparazione del sé, Astrolabio, Roma; Siegel D.J.(2021), La mente relazionale, Raffaello Cortina Milano; Omnis Luigi (a cura) 2010, Legami che creano, legami che curano, Bollati Boringhieri, Torino; Semerari A. (2022) La relazione terapeutica, Laterza, Bari.

¹² Il CNOP in più documenti relativi ai cosiddetti *Atti Tipici* propone una definizione delle attività di abilitazione e riabilitazione e di prevenzione: <https://www.psy.it/allegati/2015-la-professione-di-psicologo.pdf> ; <https://www.psy.it/allegati/documenti-utili/Parere-promozione-prevenzione-CNOP-2012.pdf>



SIPEU
SOCIETÀ ITALIANA
PSICOLOGIA EMERGENZA E URGENZA

ARTICOLO 6

Le “**attività di abilitazione e riabilitazione**” previste nell’art. 1 della legge 56/89¹³, in emergenza e urgenza possono trovare uno strumento applicativo attraverso le attività definite come “**psico-educazione**” che nell’esperienza delle grandi emergenze ha permesso di operare in gruppi costituite per età (bambini, adulti, anziani) e per funzione (genitori, insegnanti, soccorritori)¹⁴

Note all’art. 6

¹³http://www.consilium.europa.eu/uedocs/cms_data/docs/pressdata/en/jha/114856.pdf

¹⁴ Alcuni sussidi per il lavoro psicoeducativo si possono trovare nel sito <https://pscentre.org>