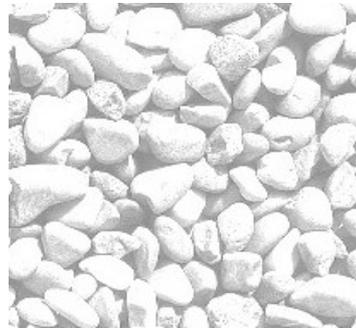
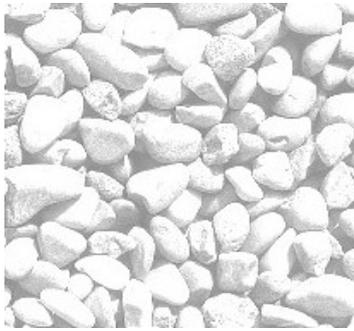




ISSN 2280-9120

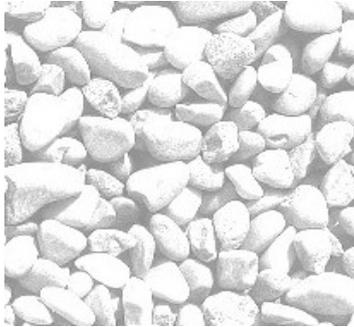
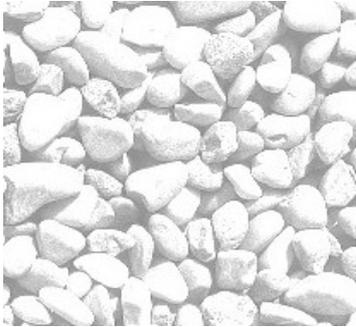


Rivista di

Psicologia dell'Emergenza e dell'Assistenza Umanitaria

SEMESTRALE DELLA FEDERAZIONE PSICOLOGI PER I POPOLI

Numero 8, 2012



Direttore responsabile
Giuseppe Maiolo

Direttore
Luigi Ranzato

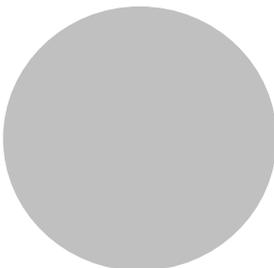
Vicedirettore
Marilena Tettamanzi

Direzione scientifica
Paolo Castelletti
Mariateresa Fenoglio
Alfredo Mela
Fabio Sbattella

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

Redazione, grafica e impaginazione
Gabriele Lo Iacono
E-mail: gabrieleloiacono@psicologia-editoria.eu

Psicologia dell'emergenza e dell'assistenza umanitaria è edita da
Psicologi per i Popoli – Federazione
Presidenza: via Grosotto 5, 20149 Milano
E-mail: psicologixpopoli.fed@libero.it; tel. 3458499120; fax 0240708753.
Sede legale e segreteria generale: via E. Chini 59, 38123 Trento
E-mail: psicologixpopoli@alice.it; tel. 3356126406, fax 0461915434.



**Psicologia dell'Emergenza e
dell'Assistenza Umanitaria**

Numero 8, 2012

Indice

Marilena Tettamanzi <i>Introduzione</i>	P. 4
Alfredo Mela <i>Il volontariato tra crisi e transizione</i>	P. 6
Donatella Galliano, Stefania Greco, Sabrina Rocchia, Nicoletta Serraino <i>L'ambulatorio psicologico del Posto di Assistenza Socio Sanitaria</i>	P. 14
Fabio Sbattella <i>I vissuti delle vittime in emergenza: la formazione tra spiegazione e comprensione</i>	P. 32

Quando la terra trema, le emozioni corrono e le speranze vacillano è essenziale non smettere di pensare e di confrontarsi. Quando sembra non esserci tempo, quando tutto ciò che si era programmato crolla o sembra vano e quando agire pare essere la priorità è indispensabile sapersi fermare, prendere e dare tempo alle funzioni corticali superiori di riprendere il controllo; ciò è indispensabile per comprendere, mettere ordine e progettare al fine di riattivare la speranza.

Su tali basi si è ritenuto opportuno lavorare per l'uscita di un numero straordinario della nostra rivista. Saper operare professionalmente in termini di emergenza non significa solo essere pronti ad agire in modo strutturato e in tempi rapidi, ma anche e soprattutto sapersi continuamente rimettere in gioco, riprogettarsi in modo flessibile e rispondere alle esigenze sistemiche della realtà con cui si è chiamati a interagire, senza snaturare l'essenza del proprio operato. Ciò richiede un tempo continuo e attivo di pensiero, mai fermo, sempre in movimento, sempre aperto.

I recenti eventi sismici in territorio emiliano hanno messo chiaramente in evidenza i bisogni psicologici delle popolazioni colpite da eventi calamitosi. Il dover "abbandonare" la certezza di vivere in un luogo sicuro, il doversi confrontare con la continua minaccia di scosse che mantengono alto l'arousal, il senso diffuso di insicurezza che è dilagato hanno chiaramente messo in evidenza la dimensione psicologica dell'emergenza e come tale aspetto sia solo correlato (e non legato da nessi causali) con il grado di vicinanza, l'esposizione e l'entità di danni o ferite subite: le continue sollecitazioni ambientali non consentono a nessuno di sentirsi fuori pericolo.

Il fatto che la dimensione psicologica sia rilevante nei contesti emergenziali sembra essere ormai assodato per chi agisce in tali contesti. Meno definito risulta invece il modo in cui l'intervento psicologico deve essere attivato, strutturato e coordinato. È importante sottolineare ripetutamente che lavorare con le emozioni di persone coinvolte in eventi ad altro grado di stress e potenzialmente traumatici è una questione professionale, che va affidata a operatori formati e strutturati (indipendentemente dal fatto che essi agiscano a titolo volontaristico o professionistico). Riconoscere un ruolo e uno spazio a tali professionisti non significa, comunque, escludere le risorse territoriali, con le quali è invece essenziale integrarsi, per restituire poi ad esse la gestione di un territorio e dei suoi abitanti riequilibrati dopo le fasi iniziali di grande incertezza.

Cooperazione e non competizione in vista della promozione del benessere sistemico, familiare e individuale (tutelando nel contempo il benessere degli operatori): queste dovrebbero essere le parole chiave indispensabili a coordinare gli interventi di psicologia dell'emergenza.

Siamo lieti di pubblicare in questo numero l'articolo di Donatella Galiano, Stefania Greco, Sabrina Rocchia e Nicoletta Serraino che presenta il PASS (posto di assistenza socio sanitaria), struttura sanitaria campale vol-

ta a supportare il sistema sociosanitario territoriale colpito dalla catastrofe. All'interno del PASS, nello specifico, viene presentato l'ambulatorio psicologico che si propone di supportare il servizio di psicologia della struttura sanitaria colpita dalla calamità e di affiancare la ripresa delle attività psicologiche da parte dei colleghi locali. Si tratta di un esempio pensato, strutturato e legittimato di intervento psicologico in emergenza. Tale progetto (introdotto da Federico Federighi del Dipartimento di Protezione Civile) concretizza l'esigenza di agire in senso coordinato e prevedibile, aprendo la strada a una nuova fase di crescita e di sviluppo della nostra disciplina.

Altrettanto interessante, poi, l'articolo di Alfredo Mela sul volontariato oggi. L'articolo tocca il tema del volontariato in psicologia dell'emergenza e contribuisce a definirne il senso e il fondamentale ruolo di sussidiarietà e non di sostituzione nei confronti del sistema del welfare pubblico.

In linea con le riflessioni fin qui avanzate è, infine, l'articolo di Fabio Sbattella sul tema della formazione in ambito di psicologia dell'emergenza. L'articolo tocca un tema estremamente delicato nel nostro ambito di lavoro: se è fondamentale sensibilizzare e formare tutti gli operatori all'importanza dei vissuti emotivi e relazionali di chi è coinvolto in eventi emergenziali, ciò non deve sconfinare nel rischio di trasmettere l'idea che tutti possano gestire tali dimensioni. Gli psicologi che formano i colleghi o altri operatori devono saper declinare l'attività formativa in funzione delle professionalità a cui si rivolgono. Ciò significa darsi obiettivi differenziali, coerenti alle attese e alle specifiche competenze e ruoli, e contrastare l'idea che basti aver capito come le persone in generale vivono i contesti di emergenza per essere pronti a gestire i complessi vissuti emotivi che agiscono e interagiscono a livello individuale, relazionale e sistemico.

Per concludere, desideriamo dare il benvenuto, augurandogli buon lavoro, al nuovo Presidente della Federazione Psicologi per i Popoli, Fabio Sbattella; nel contempo desideriamo ringraziare e salutare il presidente uscente, Luigi Ranzato, che tanto ha fatto (e continua a fare oggi in qualità di tesoriere dell'associazione) non solo per Psicologi per i Popoli ma per la psicologia dell'emergenza in generale.

Riportiamo di seguito gli indirizzi ufficiali della federazione:

PSICOLOGI per i POPOLI – FEDERAZIONE, CF 95015460223,

www.psicologiperipopoli.it

Presidenza: via Grosotto 5, 20149 Milano. E-mail: psicologixpopoli.fed@libero.it, tel. 3458499120; fax 0240708753.

Sede legale e segreteria generale: via E. Chini 59, 38123 Trento. E-mail: psicologixpopoli@alice.it; tel. 3356126406, fax 0461915434.

Marilena Tettamanzi

Alfredo Mela

Il volontariato tra crisi e transizione

Riassunto

Partendo da una breve analisi delle motivazioni con cui l'Unione Europea ha designato il 2011 come "anno europeo del volontariato", l'articolo evidenzia alcune caratteristiche del volontariato in Italia, mettendo in luce come, nonostante una evidente espansione del fenomeno, esso non abbia ancora raggiunto l'ampiezza che esso assume in altri Paesi europei. Si mette altresì in luce la necessità che il volontariato operi in condizioni di sussidiarietà e non di sostituzione nei confronti del sistema del welfare pubblico, rendendo più incisivo il proprio ruolo nelle scelte politiche e promuovendo l'empowerment e la capacità riflessiva dei volontari.

Parole chiave: volontariato, partecipazione, fiducia, sussidiarietà, motivazioni.

Abstract

Beginning with a brief analysis of the reasons which led the European Union to designate 2011 the "European year of volunteering", this article highlights some features of voluntary work in Italy, stressing how in spite of the clear expansion of this phenomenon it isn't yet as extensive as in other countries. The article highlights also the need for the voluntary work to occur in subsidiarity with the public welfare and not as its substitute, therefore playing a more incisive role and promoting the empowerment and the reflective ability of the voluntary workers.

Key words: volunteering, participation, trust, subsidiarity, motivation.

L'anno europeo del volontariato

Con una decisione del Consiglio dell'Unione Europea del 27 novembre 2009, il 2011 è stato designato "anno europeo delle attività di volontariato che promuovono la cittadinanza attiva"¹. Si tratta di una scelta che cade in un momento per nulla ordinario: si colloca, infatti, proprio in un anno che ha visto l'acutizzarsi della crisi economica iniziata nel 2008 e che – specie per il nostro Paese – ha anche segnato l'intensificazione di una politica di tagli alla spesa pubblica, concentrati in modo particolare sui settori del welfare. Se lo scopo immediato di tali politiche è quello di contenere il debito pubblico, non è possibile nascondere che esse prefigurano, comunque, una situazione nella quale si tende a una riorganizzazione stabile del sistema della spesa pubblica a tutela delle fasce deboli, con un minore impegno diretto dello Stato e un possibile appello alla società civile perché cooperi in tale compito. D'altra parte, le associazioni che compongono il variegato mondo del no-profit in Italia (come in altri Paesi) stanno assumendo un ruolo attivo in ampi settori della realtà sociale e, pur nella varietà dei loro orientamenti, appaiono spesso intenzionate a

¹Gazzetta Ufficiale dell'U.E. del 22.01.2010. Il documento è disponibile alla pagina <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=L:2010:017:0043:0049:IT:PDF> (ultima consultazione 28.04.2012).

rifiutare una funzione vicaria e chiedono un maggiore ruolo nelle scelte che riguardano la tutela dei cittadini e in particolare delle fasce deboli.

Per inquadrare il tema del volontariato con riferimento alla situazione attuale vale la pena considerare con maggiore attenzione le motivazioni contenute nella decisione del Consiglio dell'Unione Europea. Esse, peraltro, non mettono affatto in primo piano l'idea di un possibile ruolo sostitutivo o compensativo da parte del volontariato nei confronti del disimpegno statale nelle politiche sociali, ma piuttosto motivazioni relative al suo ruolo come forma di cittadinanza attiva, che – come si afferma nel punto 2 della Decisione – “costituisce un elemento fondamentale per rafforzare la coesione e lo sviluppo della democrazia”. Nello stesso documento, al successivo punto 3, si sostiene poi che nell'attività di volontariato, intesa come esercizio della cittadinanza attiva e della democrazia, “assumono forma concreta valori europei quali la solidarietà e la non discriminazione” e, in tal senso, si dice che essa “contribuirà allo sviluppo armonioso delle società europee”.

Come si può constatare, il nucleo centrale delle motivazioni che suggeriscono la promozione del volontariato non enfatizza l'aspetto del “dono”, dell'aiuto disinteressato a chi si trova in condizione di non poter soddisfare i propri bisogni fondamentali, ma piuttosto quello di un “diritto” dei cittadini a partecipare direttamente e in modo attivo alla costruzione di forme concrete di democrazia al di là del consolidato diritto di eleggere dei propri rappresentanti a cui delegare le scelte relative alle politiche sociali.

Ulteriori motivazioni vengono poi richiamate per arricchire questo nucleo. Così, per esempio, al punto 4 si sottolinea come le attività di volontariato costituiscano una ricca esperienza di apprendimento, mentre al punto 16 si afferma che l'Anno europeo potrebbe stimolare ad affrontare le ineguaglianze di genere che tuttora sussistono nella stessa organizzazione dell'attività volontaria, promuovendo per esempio un pari accesso di uomini e donne alle funzioni direzionali del volontariato.

Per quanto concerne i caratteri attribuiti al volontariato, il punto 5 mette in evidenza come esso possa esprimersi “attraverso attività formali o informali, intraprese in base alla libera volontà, scelta e motivazione di una persona e senza scopo di lucro” e dichiara esplicitamente che “le attività di volontariato non si sostituiscono a possibilità professionali o occupazionali remunerate, ma aggiungono valore alla società”.

Le idee centrali espresse nel documento europeo sono, dunque, quelle che rappresentano il volontariato come atto di libera iniziativa, forma di partecipazione alla vita pubblica di una comunità, valore sociale aggiunto. Nel dibattito suscitato dall'iniziativa dell'Anno europeo, un altro aspetto è spesso emerso con forza: quello del ruolo economico del volontariato. Nel discorso di apertura della Conferenza di Atene del 3-4 novembre 2011, Ylva Tivéus, *Director for Citizens* nella Commissione Europea, illustrando gli obiettivi dell'Anno, ha messo in luce l'apporto dell'attività volontaria alle economie nazionali, affermando che la stima dei cittadini europei che svolgono ogni anno qualche forma di attività volontaria si aggira sui 100 milioni – circa un quarto della popolazione adulta - e che in alcuni Paesi il loro lavoro contribuisce sino al 5% del prodotto interno lordo nazionale. Ha poi aggiunto che il volontariato agisce

come opportunità per creare capitale umano, dato che produce acquisizione di competenze da parte di chi lo pratica. Come tale, rappresenta anche uno strumento di coesione sociale nel mondo del lavoro.

Come si può osservare, anche a tale riguardo si è ben lontani tanto dall'esaltazione di un ruolo puramente caritativo del volontariato quanto dalla sua configurazione come opportunità per un disimpegno pubblico nelle politiche di welfare. Il suo apporto all'economia non ha un carattere indiretto, in quanto occasione di risparmio della spesa pubblica, ma piuttosto diretto, in quanto produce valori d'uso, amplia l'occupazione, genera capitale umano. È questo un apporto non trascurabile anche sotto il profilo quantitativo, ma come la stessa Tivéus nota,² esso è spesso sottostimato. Si potrebbe aggiungere che questo vale in particolare per l'Italia e che la sottovalutazione può essere estesa ad altre organizzazioni del Terzo settore, ovvero dell'economia civile (Zamagni, 1998; Bruni e Zamagni, 2004)³. A determinarla concorrono (ma il tema è sufficientemente complesso da non poter essere affrontato in questa sede) un perdurante rapporto strumentale da parte della politica nei confronti delle associazioni di volontariato, un atteggiamento di sospetto nei suoi confronti (in larga parte dovuto proprio a quel rapporto) da parte dell'economia profit e, probabilmente, la stessa immagine che il volontariato tende a dare di sé e che sottolinea – peraltro comprensibilmente – la dimensione valoriale e solidaristica, non sempre avendo piena consapevolezza del proprio ruolo sotto il profilo economico, considerato in un'accezione ampia del termine.

Ad ogni modo, è stato notato spesso come il contributo del settore no-profit alla composizione del PIL italiano, rispetto a quello di altri Paesi sviluppati, come USA, Gran Bretagna e Canada, sia ancora limitato, per quanto tenda a crescere (Borgonovi, 2001). Già oggi, comunque, il suo peso è tutt'altro che marginale: da una ricerca svolta da Istat e Cnel (2011) si ricava che il valore economico delle attività volontarie svolte nel quadro di organizzazioni no-profit corrisponda a quasi a 8 miliardi di euro. “Trasformando il numero delle ore donate in unità di lavoro equivalente e, successivamente, in numero di occupati a tempo pieno, è stato quantificato che il lavoro volontario in Italia è pari a 700 milioni di ore, corrispondenti a 385.000 unità occupate a tempo pieno” (Unicredit Foundation, 2011, p. 22).

Il volontariato in Italia

Le stime sulla dimensione numerica del volontariato nel nostro Paese,

² Il report della Conferenza è disponibile alla pagina <http://europa.eu/volunteering/en/content/3rd-eu-level-conference-athens-3-4-november-2011-1> (ultima consultazione 28-4-2012).

³ Il concetto di “economia civile” è preferito a quello di “Terzo settore”, con riferimento alla dimensione economica del settore no-profit, da coloro che ritengono che l'aggettivo “terzo” possa implicitamente alludere a un ruolo residuale dell'economia no-profit, nei confronti del ruolo del mercato e dello Stato.

come è noto, non sono agevolati, per via della rapida evoluzione del panorama associativo e dell'adesione non sempre formale delle persone a supporto della attività delle singole organizzazioni. Questo spiega perché esistano stime differenti, che tuttavia tendono a convergere attorno a un valore di circa 1.000.000 di cittadini attivi in questo settore. In particolare, nel suo annuale rapporto sull'Italia l'Eurispes (2010) – usando dati Istat – offre una stima per l'Italia di 1.100.000 volontari che operano con continuità nelle associazioni, cui vanno aggiunti 4 milioni che operano occasionalmente (attorno al 9% della popolazione italiana), mentre il 15,8% versa denaro a un'associazione.

Le fasce d'età maggiormente coinvolte sono quelle dei giovani di 18-19 anni e delle persone tra i 55 e i 64 anni. Nelle fasce di età più giovani prevalgono le ragazze, in quelle più anziane gli uomini. In ogni caso, nel complesso si registra una prevalenza di volontari uomini (54,4%) sulle donne (45,6%). Gli occupati sono un po' più della metà, mentre i pensionati sono il 29,5% e il restante 18,3% sono studenti, casalinghe, disoccupati.

Anche il fenomeno del volontariato registra una disomogeneità tra le macroregioni del Paese: è infatti più alta la percentuale dei volontari al Nord (11,9%), rispetto al Centro (8,5%) e soprattutto al Sud (6%). La stessa proporzione vale all'incirca per quanto concerne le donazioni alle associazioni.

I settori di impegno prevalente dei volontari sono così individuati:

- servizi sociali: 31%
- salute: 28,5%
- cultura e ricreazione: 13,5%
- protezione civile: 10,2%
- ambiente: 4,2%.

Se, dunque, è nel complesso l'ambito sociosanitario ad attrarre maggiormente l'impegno dei volontari, negli ultimi anni gli incrementi più forti si sono registrati nei settori della protezione civile e della tutela dei diritti umani.

Per gli stessi motivi prima enunciati (e per le differenze nelle legislazioni nazionali), oltre che valutare l'entità del volontariato nel nostro Paese non è neppure agevole istituire dei confronti tra l'Italia e gli altri Paesi europei riguardo all'entità del fenomeno. In ogni caso, le valutazioni contenute in alcuni lavori fanno pensare che la percentuale di volontari sul totale della popolazione adulta in Italia (che può essere stimata, come detto, un po' al di sotto del 10%) sia tendenzialmente inferiore a quella dei principali Paesi europei. Uno studio recente (France Bénévolat, 2010) stima in Francia un numero di volontari attivi in associazioni di circa 11,3 milioni; tenendo conto anche di altre modalità di erogazione di lavoro non retribuito a fini sociali, la quota delle persone impegnate in forme volontarie raggiungerebbe i 18,3 milioni, vale a dire il

⁴ Un importante contributo al miglioramento delle valutazioni relative all'incidenza del lavoro volontario e alle comparazioni internazionali potrebbe derivare dall'uso di strumenti unificati, come quelli proposti dall'International Labour Office (ILO) con la pubblicazione di uno specifico manuale (ILO, 2011).

36% della popolazione con 15 anni o più. Secondo Anheier e Salamon (2001), che citano dati riferiti al 1995, la quota dei volontari sul totale della popolazione sarebbe attorno al 18% anche in Germania, ma ancora superiore in Gran Bretagna (34%), Svezia (36%), Paesi Bassi (38%). Anche nei Paesi dell'Europa orientale il dato – pur partendo da valori tendenzialmente più bassi – oggi appare in aumento⁴.

Si può dunque supporre che il potenziale bacino di popolazione disponibile a svolgere attività di volontariato in Italia sia – almeno in parte – non ancora adeguatamente coinvolto e che margini di incremento siano ancora prevedibili nell'immediato futuro. Vi sono tuttavia da segnalare alcuni ostacoli, di cui una politica lungimirante dovrebbe tenere conto per evitare che essi limitino le potenzialità del volontariato. Essi riguardano soprattutto quelle fasce di età che oggi sono maggiormente disponibili: quella giovanile, per la quale l'incertezza a riguardo del lavoro rende sempre più difficile svolgere attività non retribuite, e quella compresa tra i 55 e il 64 anni. Per quest'ultima, il continuo aumento dell'età pensionabile, registratosi nell'ultimo periodo per favorire risparmi del sistema previdenziale, potrebbe far venire meno delle risorse che oggi sono presenti tra i "giovani pensionati". Per i giovani si potrebbe ipotizzare un potenziamento dei crediti formativi legati all'attività volontaria, spendibili nel proprio curriculum; per chi sta per uscire dal lavoro si tratta forse di immaginare modalità più flessibili di regolazione dell'orario di lavoro per chi presta servizi volontari.

Vi è, per contro, una risorsa di grande valore su cui il volontariato italiano può contare: quella di un elevato grado di fiducia da parte dell'opinione pubblica. Ogni anno l'Eurispes compie un rilevamento a riguardo della fiducia che gli italiani attribuiscono alle istituzioni e a diversi tipi di organizzazione. Per quanto oscillante negli anni – e in leggero calo rispetto alle rilevazioni immediatamente precedenti – nel più recente rapporto Eurispes 2012 il livello di consenso nei confronti delle associazioni di volontariato risulta pari al 77,4%. Esso appare superiore persino rispetto a quello della prima delle istituzioni pubbliche (l'Arma dei Carabinieri, attestata al 75,8%), a quello del Presidente della Repubblica (62,1%), della Chiesa cattolica (47,3%), della magistratura (36,8), per non parlare dei sindacati, delle associazioni imprenditoriali e dei partiti, che da anni ricevono indici di fiducia ancora più bassi.

Se da un lato l'elevato consenso ricevuto dal volontariato, messo a paragone con il numero relativamente modesto dei volontari, potrebbe far pensare a una sorta di generica "delega" di una maggioranza nei confronti di una minoranza attiva, dall'altro questa adesione ideale non deve essere sottovalutata, dal momento che configura per il volontariato un contesto d'azione caratterizzato da un'ampia legittimazione. Trasformare il consenso passivo in adesione attiva è un compito non facile, ma è destinato a non trovare resistenze di principio, quantomeno sul piano delle opinioni diffuse. Al tempo stesso, esso configura una precisa responsabilità, che richiede non solo una forte coerenza sul piano etico e valoriale, ma anche una crescente professionalità e competenza nello svolgimento dei propri compiti.

A questo riguardo, un fenomeno da registrare – ma sul quale tuttavia sarebbero necessari importanti approfondimenti – è la crescita del fenomeno del

volontariato in vario modo definibile come “professionale”. Il termine, entrato nell'uso nel nostro Paese negli anni Novanta, designa l'impegno volontario da parte di soggetti legati a una specifica competenza, anche se le associazioni tendono ad accogliere al proprio interno anche figure con profili formativi diversi e complementari rispetto a quello “centrale”. Secondo Galasso (2010), che scrive sulla rivista mensile on line del Centro Servizi Volontariato della Toscana (Cesvot), sarebbero oggi operanti in Italia oltre 30 associazioni di questo tipo aventi un rilievo nazionale, cui debbono aggiungersi quelle locali e quelli con sedi estere. Tra queste, ovviamente, figura la Federazione di Psicologi per i Popoli, ma figurano anche molte altre associazioni in campo medico-sanitario, farmaceutico, ingegneristico, architettonico, educativo, agronomico, veterinario, legale e in altri ambiti ancora. Il fenomeno ha indubbiamente diverse sfaccettature. Può essere letto come tentativo di una redistribuzione, a favore di gruppi sociali o contesti geografici più sfavoriti, di servizi di alta qualità che il sistema pubblico e il mercato non sono in grado di garantire a tutti. Esso contiene al proprio interno anche una valenza politica, nata dalla volontà di valorizzare modalità non istituzionalizzate dell'attività professionale e/o mostrare come sia possibile un suo esercizio a vantaggio di figure svantaggiate. Vi è, poi, un ruolo formativo nei confronti dei giovani che si stanno avviando verso un percorso professionale e che si intende indirizzare verso una pratica aperta alla ricerca del bene comune. Tuttavia, non deve neppure essere messa in ombra la portata innovatrice di questo tipo di attività: proprio perché svolta senza fini di lucro e rivolta a soddisfare esigenze diverse da quelle comunemente affrontate, l'attività volontaria finisce con lo sperimentare metodi di intervento non abituali, aprendo in certo modo la via per un superamento degli standard e delle pratiche più consolidate.

Le motivazioni

Quali sono le motivazioni che spingono al volontariato? Esistono delle tendenze evolutive nel quadro motivazionale? Il tema, oggetto di numerosi studi, meriterebbe un'attenta riflessione, non possibile in questa sede. Ad ogni modo, ciò che in genere viene messo in rilievo nella letteratura è l'esistenza di un nucleo motivazionale fondamentale, basato sulla presenza di valori e di comportamenti altruistici, rivolti alla ricerca di un bene comune, su cui si possono innestare altri elementi complementari. Uno di questi è legato al desiderio di socializzazione e ad aspirazioni di autorealizzazione in un'attività a contatto con altri; un secondo è rappresentato, soprattutto per i giovani, dall'esigenza di acquisire competenze che potranno essere utilizzate anche nella ricerca di lavoro. La preminenza di un aspetto o dell'altro, come, d'altra parte un più ampio complesso di variabili relative al quadro valoriale e alle forme organizzative, permette di distinguere tra “stili” di attività volontaria (Rossi e Boccacin, 2006).

La dimensione altruistica e l'orientamento disinteressato al bene comune rappresentano senza dubbio la componente fondamentale dell'auto-rappresentazione del volontario, oltre che della percezione da parte dell'opi-

nione pubblica. Questa immagine è ben rispecchiata dal primo punto della Carta dei valori del volontariato, redatta su impulso della FIVOL e del Gruppo Abele⁵. Essa afferma, infatti: “Volontario è la persona che, adempiuti i doveri di ogni cittadino, mette a disposizione il proprio tempo e le proprie capacità per gli altri, per la comunità di appartenenza o per l’umanità intera”. Tuttavia, l’idea di una completa eliminazione di ogni finalità di autorealizzazione personale (sul piano relazionale e/o professionale) appare non solo difficilmente perseguibile, in modo particolare per quanto concerne la componente giovanile, ma per molti aspetti neppure augurabile. Una sorta di rigida difesa di una motivazione unicamente altruistica al volontariato, infatti, rischierebbe di produrre un atteggiamento di enfattizzazione della distinzione tra chi opera con intenti “puri” e chi cerca di perseguire obiettivi di interesse sociale in altre forme. Al limite, la radicalizzazione di tale atteggiamento potrebbe favorire una deriva settaria, in cui la distinzione tra “noi” e “gli altri” si carica di un’attribuzione di giudizi di valore in forma manichea. Ovviamente altrettanto pericolosa potrebbe essere una deriva di segno opposto, vale a dire strumentale, in cui la distinzione tra interessi comuni e interessi propri (non necessariamente del singolo ma anche della propria organizzazione) venga progressivamente a scomparire, rendendo irriconoscibile la natura peculiare del volontariato.

Di fronte a questi rischi, il problema non è tanto mantenere il “giusto mezzo”, quanto affrontare con lucidità e con atteggiamento autoriflessivo un fenomeno di trasformazione del ruolo del volontariato che, a sua volta, si inquadra in un momento di crisi di sistema, che sconvolge non solo l’economia ma anche le modalità di relazione del cittadino con la sfera pubblica.

In una situazione in cui il ruolo dello Stato nell’erogazione dei servizi di welfare tende a diminuire vi è il rischio concreto che crescano le pressioni perché il terzo settore (e il volontariato in particolare) assuma un ruolo sostitutivo, pressioni esercitate magari anche in nome di una esaltazione del ruolo attivo delle comunità nella creazione del proprio modello di benessere, come avviene per esempio nell’idea della *big society* promossa dal governo conservatore inglese di David Cameron⁶. Se questo avviene, il contesto che si determina richiede una risposta chiara, a difesa del principio di sussidiarietà (e non di sostituzione) tra il ruolo dello Stato e quello del volontariato. Questa risposta, tuttavia, non può essere puramente difensiva: pur ribadendo il suo peculiare statuto, il volontariato deve essere pronto ad assumere nella società una funzione più importante di quella svolta nel pur recente passato. Al tempo stesso deve richiedere un maggior peso nei processi deliberativi e decisionali che riguardano le modalità per garantire efficacia ed equità nella soddisfazione delle esigenze fondamentali della popolazione e nella tutela dei diritti umani. Se è

⁵ Il testo del documento è consultabile alla pagina <http://www.volontariato.org/interventi/cartavalori.htm> (ultima consultazione 28.04.2012).

⁶ Per una sintesi delle idee di David Cameron si veda il discorso tenuto dal premier britannico a Liverpool il 19.07.2010. Si consulti la pagina <http://www.sussidiarieta.net/files/cameron.pdf> (ultima consultazione 28.04.2012).

vero – come affermano i documenti che hanno motivato la designazione del 2011 ad Anno europeo del volontariato – che l'attività volontaria è innanzitutto una modalità di partecipazione alla costruzione della democrazia, questa implica al tempo stesso un rafforzamento delle responsabilità, dei doveri e dei diritti di chi la esercita. In una situazione di crisi e trasformazione come quella che stiamo vivendo, questo richiede anche, per così dire, un salto di livello nell'empowerment dei volontari: una visione più ampia del proprio ruolo nella società, una maggiore professionalità nello svolgimento delle proprie funzioni, una più forte capacità di interlocuzione attiva con le diverse istanze della società civile, con le istituzioni e con la sfera della decisione politica.

Alfredo Mela, sociologo dell'ambiente e del territorio, DIST – Politecnico di Torino.

Riferimenti bibliografici

- Anheier H.K. e Salamon L.M. (2001), *Volunteering in cross-national perspective. Initial comparisons*, http://eprints.lse.ac.uk/29049/1/CSWP_10_web.pdf (ultima consultazione: 12.03.2012).
- Borgonovi E. (2001), *Il ruolo delle aziende non profit e le modificazioni della struttura del sistema economico italiano*, "Economia del diritto e del terziario", 3, 715-723.
- Bruni L. e Zamagni S. (2004), *Economia civile. Efficienza, equità, felicità pubblica*, Il Mulino, Bologna.
- Cnel e Istat (2011), *La valorizzazione economica del lavoro volontario nel settore non profit*, [http://www.portalecnel.it/Portale/documentiAltriOrganismi.nsf/0/A85D6B373BA9E2BFC12578DC0023BE6/\\$FILE/Ricer%20Valoriz%20Lav%20Volont.pdf](http://www.portalecnel.it/Portale/documentiAltriOrganismi.nsf/0/A85D6B373BA9E2BFC12578DC0023BE6/$FILE/Ricer%20Valoriz%20Lav%20Volont.pdf) (ultima consultazione: 28.04.2012)
- Eurispes (2010), *Rapporto Italia 2010*, Eurispes, Roma.
- France Bénévolat (2010), *La situation du bénévolat en France en 2010*, <http://www.valuenetwork.org.uk/Documents%20for%20Website/Bibliog%20docs/FR%20benevolat%202010.pdf> (ultima consultazione: 2-6.04.2012).
- Galasso C. (2010), *Professioni no profit*, Pluraliweb, <http://pluraliweb.cesvot.it/professioni-non-profit> (ultima consultazione: 28.01.2012).
- ILO (2011), *Manual on the measurement of volunteer work*, ILO, Genève; trad. it. *Manuale sulla misurazione del lavoro volontario*, SPES - Associazione Promozione e Solidarietà - Centro di Servizio per il Volontariato del Lazio, Roma.
- Rossi G. e Boccacin L. (2006), *Le identità del volontariato italiano. Orientamenti valoriali e stili di intervento a confronto*, Vita e Pensiero, Milano.
- Unicredit Foundation (2012), *Ricerca sul valore economico del Terzo Settore in Italia*, http://www.volontarismo.com/images/stories/allegati_scaricabili/ricerca_Unicredit.pdf (ultima consultazione 26.04.2012).
- Zamagni S. (1998), *Non profit come economia civile*, Il Mulino, Bologna.

Donatella Galliano, Stefania Greco, Sabrina Rocchia, Nicoletta Serraino
**L'ambulatorio psicologico del Posto di Assistenza
Socio Sanitaria**

Con un'introduzione di Federico Federighi

Riassunto

L'esperienza pratica nel contesto di emergenza ha permesso di individuare con sempre maggiore chiarezza l'entità e la qualità dei bisogni sanitari affioranti nella popolazione colpita. Obiettivo di questo contributo è la presentazione del Posto di Assistenza Socio Sanitaria/PASS, struttura sanitaria campale che si propone di supportare il sistema sociosanitario territoriale colpito dalla catastrofe. Tale struttura può offrire alla popolazione, in coordinamento con il servizio sanitario locale, un'assistenza sanitaria non urgentistica attraverso personale qualificato e proveniente da zone non interessate dall'evento, e sostituito, appena possibile, dal personale sanitario locale. Obiettivo specifico di questo lavoro è la presentazione dell'ambulatorio psicologico del PASS che si propone di supportare il servizio di psicologia della struttura sanitaria colpita dalla calamità e di supportare la ripresa delle attività psicologiche da parte dei colleghi locali. L'ambulatorio psicologico del PASS può garantire da un lato la continuità dei processi di cura e i Livelli Essenziali di Assistenza/LEA dal punto di vista psicologico, così come avviene nell'istituzione pubblica in tempi di pace, dall'altro offrire una competenza professionale specifica nella prevenzione, nell'identificazione e nell'eventuale successivo trattamento delle reazioni psicologiche a eventi traumatici.

Parole chiave: PASS, struttura sanitaria non urgentistica, ambulatorio campale, tutela della salute mentale, professionalità qualificata.

Abstract

The practical experience in emergency situations allowed the clear individuation of the entity and of the quality of the health needs of the population hit by the catastrophe. The purpose of this contribution is to present the PASS ("Posto di Assistenza Socio-Sanitaria", i.e. sociomedical assistance place), a health structure aimed at supporting the territorial health system hit by the catastrophe. This structure can offer the population a non-urgent health assistance with qualified non-local health personnel that would be replaced, as soon as possible, by the local health personnel. The specific purpose of this contribution is to present the Psychological Ambulatory Care of PASS, which proposes replacing the Psychology Service of the health structure hit by the calamity and to support the resumption of the local psychological activity. The Psychological Ambulatory Care of PASS can guarantee both the continuity of the care processes and the LEA ("Livelli Essenziali di Assistenza", i.e. fundamental levels of assistance), as expected by the public institution in times of peace, and the offer of a specific professional competence in the identification and the possible treatment of the psychological reactions to the traumatic events.

Key words: PASS, non-urgent health structure, field ambulatory, mental health care, professionalism qualified.

Introduzione. I Posti di Assistenza Socio Sanitaria/PASS: le nuove strutture sanitarie campali per l'assistenza sanitaria e psicosociale

Le gravi catastrofi possono togliere brutalmente e improvvisamente a un alto numero di persone l'assistenza sanitaria e sociale su cui si basa l'equilibrio, spesso fragile, della loro salute e delle loro esistenze. Gli effetti di una catastrofe possono rendere inagibili studi medici e consultori e indisponibili gli specialisti che vi operano, riducendo o sospendendo per tempi imprevedibilmente lunghi l'assistenza di medici di famiglia, pediatri di libera scelta, infermieri di territorio, psicologi e altri specialisti ambulatoriali. Inoltre una percentuale consistente della popolazione italiana tiene sotto controllo severe malattie croniche (diabete, ipertensione, epilessia, asma, ecc.) grazie alla regolare assunzione di farmaci e alla facile accessibilità delle cure ambulatoriali o domiciliari; l'improvvisa sospensione delle quali può esporre ad acutizzazioni pericolose delle loro patologie. Devono essere anche considerati gli effetti che le catastrofi provocano sulla salute psicologica delle vittime, il cui trattamento richiede specialisti qualificati che possano operare in ambienti adeguati, come evidenziato anche ultimamente durante i soccorsi ai naufraghi della nave Costa Concordia, che, come è noto, ha subito un incidente in prossimità dell'isola del Giglio. Il sistema nazionale di protezione civile può dispiegare in breve tempo un numero relativamente alto di Posti Medici Avanzati/PMA, ma i medici e gli infermieri che vi operano sono necessariamente specializzati in triage, stabilizzazione ed evacuazione dei feriti e dei pazienti più critici; tali operatori sono dunque inadatti alle necessità di assistenza sociosanitaria di cui necessita la popolazione "illesa". Il Posto di Assistenza Socio Sanitaria/PASS è un nuovo tipo di struttura sanitaria campale che il Dipartimento della Protezione Civile, dopo uno studio sulle esigenze sanitarie manifestate dalle popolazioni colpite da calamità, in particolare durante il terremoto de L'Aquila nel 2009, ha proposto al Gruppo Tecnico Interregionale Sanità, al Gruppo Tecnico Interregionale Protezione Civile e alla Consulta del Volontariato. Obiettivo dei PASS è supportare il Sistema Sanitario Regionale colpito dalla catastrofe, ripristinando nel più breve tempo possibile un livello di assistenza sanitaria e psicosociale più vicino possibile a quello precedente all'evento, grazie al dispiegamento tempestivo di "ambulatori campali". A tale scopo i PASS devono giungere sul luogo della catastrofe già equipaggiati con personale sanitario specialistico di adeguata professionalità, ovvero ogni suo operatore sanitario svolge in essi la stessa attività che svolge in ordinario (per es., in ambulatorio medico operano medici di medicina generale in servizio con tale ruolo), garantendo con ciò la qualità dei servizi sanitari che eroga, ma non appena la situazione lo consentirà, il personale sanitario giunto col PASS sarà integrato o sostituito da quello del servizio sanitario competente per territorio. La configurazione del PASS è di fatto quella di un poliambulatorio campale, che prevede nella versione base: area di gestione e coordinamento, area di accoglienza-registrazione pazienti, ambulatorio di medicina generale, ambulatorio pediatrico, ambulatorio per l'assistenza psicologica, ambulatorio infermieristico e consultori per assistenza sociale. Sono auspicabili tuttavia configurazioni in cui sia presente in particolare il presidio farmaceutico, ma se possibile anche

aree di altra specialistica (per es., odontoiatria, oculistica, cardiologia, ginecologia, ecc.). I PASS possono essere costituiti da tende, ma anche da shelters, o combinazioni delle due tipologie, purché ambienti, percorsi e servizi igienici siano adatti all'uso per disabili, anziani e bambini. Va precisato inoltre che, in quanto strutture sanitarie campali, devono essere organizzati per operare in autonomia logistica per almeno 72 ore, salvo essere predisposti per essere allacciabili ai servizi essenziali locali appena ripristinati. Prototipi di PASS sono stati dispiegati sperimentalmente durante l'esercitazione TEREX, svoltasi in Toscana dal 25 al 28 novembre 2010, grazie alla collaborazione di Croce Rossa Italiana, Confederazione Misericordie e ANPAS. Un apposito gruppo di lavoro sta elaborandone la versione definitiva, che potrebbe essere approvata nell'ambito del Comitato Paritetico.

Introduzione all'ambulatorio psicologico del PASS

Illustriamo di seguito il progetto finalizzato alla definizione organizzativa dell'ambulatorio psicologico del PASS. Esso è frutto di un interessante confronto all'interno della comunità degli psicologi della Federazione Psicologi per i Popoli, alimentato anche dalle esperienze maturate sul campo in occasione delle calamità naturali a carattere nazionale e delle esperienze acquisite in campo internazionale. Al fine di avviare la progettazione, si è costituito un gruppo di lavoro formato da professionisti, psicologi psicoterapeuti con formazione clinica e nell'ambito della psicologia dell'emergenza e operante da anni nel SSN, presso le Strutture Complesse/SC di Psicologia delle ASL. Fa parte del gruppo di lavoro un numero ristretto di colleghi appartenenti a Psicologi per i Popoli – Cuneo, poiché a Cuneo il lavoro di progettazione del PASS si muove anche a livello di coordinamento provinciale dei volontari di protezione civile.

L'attività dello psicologo in un contesto di emergenza si declina in diversi interventi ispirati alle linee guida internazionali per la tutela della salute mentale e che insieme costituiscono il sistema di psicologia dei soccorsi.¹ La collocazione dello psicologo nell'ambulatorio psicologico del PASS non ha quindi senso se non all'interno di una organizzazione finalizzata e strategica, dotata di un capillare coordinamento con le azioni psicologiche generali. La struttura sanitaria campale si presenta come un anello nuovo della consolidata catena di interventi sanitari in emergenza, rappresentando la possibilità di supplire l'attività di una struttura sanitaria territoriale, di una ASL o di un suo distretto, nel processo di soccorso. La sua organizzazione prevede l'adeguamento agli standard richiesti dal SSN in tutte le sue dimensioni. Il PASS non ha carattere urgentistico e prevede un intervento sussidiario e non di occupazione. La

¹Con l'espressione "sistema di psicologia dei soccorsi" si intendono la struttura organizzativa dei soccorsi in ambito psicologico e la pianificazione degli interventi gestita dalla collaborazione degli psicologi collocati nelle diverse aree di soccorso, sia di tipo organizzativo che di tipo operativo.

struttura si propone di soddisfare le necessità sanitarie della popolazione nelle fasi successive alla prima emergenza, rispondendo a tutti i bisogni che di norma vengono accolti nelle strutture territoriali delle ASL. L'ambulatorio psicologico del PASS si propone pertanto come supporto del servizio di psicologia locale nelle circostanze in cui esso è sopraffatto dalla catastrofe. L'ambulatorio risponde, come avviene nelle ASL, ai bisogni psicologici non urgenti e avvia l'intervento d'urgenza in caso di necessità, avvalendosi di tutte le risorse locali che in condizioni campali possono essere messe a disposizione dalla Dicomac.²

Fra i suoi obiettivi prioritari il PASS ha quello di sostenere la ripresa delle attività sanitarie locali, operando in rinforzo e in coordinazione con i sanitari competenti per territorio alla gestione generale dei bisogni della popolazione. Così anche l'ambulatorio psicologico si mette a disposizione della locale ASL, implementando le risorse coinvolte nella tutela della salute mentale dei cittadini. In questo modo si vogliono garantire la continuità dei processi di cura e i Livelli Essenziali di Assistenza/LEA, così come avviene nell'istituzione pubblica in tempi di pace.

Il nostro lavoro è iniziato con la rivisitazione dei concetti fondamentali delle linee guida internazionali per la promozione e la tutela della salute mentale e con l'esame della normativa nazionale al fine di definire gli elementi fondamentali a cui attenersi nella progettazione. Si è ritenuto inoltre importante rivedere la normativa inerente l'organizzazione dei servizi di psicologia e la programmazione dell'assistenza psicologica come previsto nel piano sanitario nazionale, evidenziandone gli aspetti collocabili in sede campale e selezionando i LEA mutuabili nell'ambulatorio psicologico del PASS. Abbiamo analizzato le linee di indirizzo nazionali per l'assistenza psicologica erogata dalle strutture organizzative complesse di psicologia, territoriali e ospedaliere, poiché rappresentano il riferimento scientifico e metodologico per l'organizzazione e l'erogazione dell'assistenza psicologica su tutto il territorio nazionale. Peculiarità delle linee di indirizzo è l'attenzione posta allo sviluppo di risposte sempre più appropriate ai bisogni complessi del paziente, dei suoi familiari e del personale sociosanitario e all'integrazione delle risorse. In ultimo, ci sembra importante ricordare che l'esperienza di lavoro personale all'interno dei diversi servizi delle ASL ci ha permesso di avere il riscontro pratico ed esperienziale rispetto ai dati raccolti. La nostra attività professionale ci consente di seguire in prima persona il processo di tutela della salute mentale a partire dalla prevenzione e dall'educazione alla salute, attraverso le successive fasi

² La DiComac (Direzione di Comando e Controllo), come si legge sul sito del Dipartimento di Protezione Civile (www.protezionecivile.it), è l'organo di coordinamento delle strutture di protezione civile a livello nazionale in loco, secondo quanto stabilito da accordi internazionali. Tale organo viene attivato dal Dipartimento della Protezione Civile in seguito alla dichiarazione dello stato di emergenza. La sede operativa della DiComac. deve essere ubicata in una struttura pubblica posta in posizione baricentrica rispetto alle zone di intervento. È opportuno prevedere una sede alternativa qualora, nel corso dell'emergenza, l'edificio individuato risultasse non idoneo.

dell'assistenza psicologica nei diversi ambiti definiti dai cicli di vita, fino al trattamento del disagio psichico e della psicopatologia, nonché alla riabilitazione, ambulatoriale o in struttura. La struttura pubblica ci ha inoltre permesso di maturare una formazione clinica diretta con un bacino di utenza assolutamente vario e con criticità a volte estreme e ha consentito l'apprendimento delle competenze che sottendono il lavoro di equipe. Il processo di tutela della salute mentale è ampiamente descritto sia nelle linee di indirizzo nazionali per l'assistenza psicologica sia nelle linee guida internazionali per i contesti di emergenza. Le linee guida internazionali (IASC³, PFA⁴) evidenziano con molta chiarezza le priorità del soccorso psicologico.

Riportiamo di seguito gli elementi che abbiamo ritenuto fondamentali nella progettazione del PASS e nell'organizzazione dell'ambulatorio psicologico. Le linee guida internazionali riconoscono come prioritarie le problematiche psicologiche e sociali delle popolazioni poste in condizione di emergenza, privilegiando le fasce deboli, incoraggiando letture aperte e interdisciplinari del soccorso e suggerendo modalità operative privilegiate. Esse sottolineano l'importanza degli interventi finalizzati a tutelare e promuovere il benessere psicosociale della popolazione, indipendentemente dal fatto che essi provengano da organismi internazionali o esterni alla comunità oppure da enti locali. Attraverso l'integrazione delle attività di soccorso e di assistenza è possibile raggiungere una buona collaborazione con i servizi sociosanitari locali e lavorare per il rafforzamento delle loro potenzialità curando contestualmente le interazioni umane e professionali con tutti gli operatori. La valorizzazione degli interventi interdisciplinari tra i professionisti coinvolti nelle azioni del soccorso, nell'ottica della tutela della salute mentale, permette di potenziare le risorse e le competenze specifiche di ogni operatore. Il coinvolgimento diretto dei sopravvissuti nelle azioni di soccorso, di tutela e di cura delle persone appartenenti alla comunità diviene un elemento fondante e imprescindibile dell'aiuto prestato a una popolazione. Il supporto psicologico per la tutela della salute mentale viene collocato a livello delle funzioni essenziali per l'intervento di emergenza e affiancato alla sicurezza alimentare, alla garanzia del riparo, alla fornitura dell'acqua e dei servizi igienici (IASC, 2007).

Per quanto riguarda invece il campo nazionale, ormai tutti conosciamo la Direttiva del Presidente del Consiglio dei Ministri del 13 giugno 2006, "Criteri di massima sugli interventi psicosociali da attuare nelle catastrofi"⁵. Essa individua modelli organizzativi adeguati a garantire la presenza degli psicologi in forza al SSN e al volontariato professionale in contesti di emergenza e prevede la costituzione di "equipe psicosociali per l'emergenza".

Dall'analisi dei LEA e delle linee di indirizzo per l'assistenza psicologica

³ IASC (Inter-Agency Standing Committee), *Guidelines on mental health and psychosocial support in emergency settings*, 2007.

⁴ National Child Traumatic Stress Network e National Center for PTSD, *Psychological First Aid/PFD: Field Operations Guide*, 2005.

⁵ *Criteri di massima sugli interventi psicosociali da attuare nelle catastrofi*, G.U. n. 200 del 29.08.2006.

erogata dalle strutture sanitarie organizzative di psicologia⁶ e dallo studio dell'ultimo Piano Socio-Sanitario 2012–2015 della Regione Piemonte⁷ abbiamo evidenziato alcuni riferimenti essenziali per la progettazione dell'ambulatorio campale. Si tratta fondamentalmente dei requisiti qualificanti l'organizzazione e le funzioni delle SC di psicologia, territoriali e ospedaliere. Abbiamo analizzato gli standard organizzativi di struttura e di processo richiesti alle SC di psicologia esaminando le check-list dei requisiti da soddisfare nei diversi livelli di pianificazione. Abbiamo poi considerato le attività e le funzioni che caratterizzano il lavoro di una SC di psicologia mutuando gli interventi pertinenti alle condizioni di emergenza. Sono state escluse, per esempio, le attività a carattere preventivo o gli interventi di abilitazione e riabilitazione o di ricerca. Quindi, abbiamo vagliato le attività psicologiche di ogni area di intervento pertinenti al contesto e si sono esaminate le funzioni e i percorsi assistenziali previsti dai LEA,⁸ declinati secondo la normativa regionale attuativa. Abbiamo selezionato le attività pertinenti al contesto campale cercando di predisporre le azioni essenziali da compiere nel processo di accoglienza e di presa in carico degli assistiti. Particolarmente importanti, e trasversali a tutte le attività dei soccorsi, sono le modalità di comunicazione e di relazione con le persone in tutte le fasi del processo assistenziale. Va ricordato che la competenza nella gestione della relazione e della complessità delle emozioni permette di avviare il processo di coping e di rinforzare le azioni di prevenzione del disagio e quelle indirizzate al sostegno della salute psichica della persona. Spesso le emozioni sono state considerate il punto debole o un intralcio all'efficacia della "macchina dei soccorsi" (Sbattella, 2009). Gli studi e l'esperienza sul campo hanno evidenziato come le emozioni rappresentino la più grande risorsa, individuale e di gruppo, di reazione costruttiva agli eventi potenzialmente traumatici (Sbattella, 2009; De Piccoli, 2007). Abbiamo infine cercato di assumere nella progettazione dell'ambulatorio campale la valutazione dei costi/benefici proposta dalle linee di indirizzo ritenendola nel contesto attuale di grande rilievo sociale. Possiamo dire che l'ambulatorio psicologico, in ogni sua dimensione, a partire dalla struttura all'arredo, è stato improntato al contenimento della spesa e alla razionalizzazione delle risorse, pur mirando al mantenimen-

⁶ *Linee di indirizzo per l'assistenza psicologica erogata dalle strutture organizzative complesse di psicologia territoriali e ospedaliere del SSN - Revisione anno 2009, a cura della Società Italiana di Psicologia dei Servizi Ospedalieri e Territoriali, con la collaborazione dell'Ufficio di Presidenza di Federsanità ANCI Nazionale, il Direttivo Nazionale e Federsanità ANCI Piemonte.*

⁷ *Piano Socio-Sanitario Regionale 2012–2015, Regione Piemonte Sanità.*

⁸ *Livelli Essenziali di Assistenza, ultima revisione aprile 2008. In base all'Intesa Stato-Regioni del 5 ottobre 2006 "Patto sulla salute", e alla Legge 296 del 27 dicembre 2006, i LEA sono stati ridefiniti con il decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 23 aprile 2008, che sostituisce integralmente il decreto del 2001. Il nuovo decreto ha revisionato le prestazioni, arrivando a un totale di oltre 5.700 tipologie di prestazioni e servizi per la prevenzione, la cura e la riabilitazione.*

to del livello quantitativo e qualitativo delle prestazioni erogate potenzialmente dalla struttura. Va ricordato che il nostro progetto è da considerarsi in itinere e vuole individuare gli elementi generali e le caratteristiche minime necessarie all'organizzazione della struttura sanitaria, senza precludere futuri approfondimenti.

Struttura dell'ambulatorio psicologico campale

L'ambulatorio psicologico campale deve garantire lo stesso livello qualitativo dell'assistenza psicologica erogata dalla struttura sanitaria pubblica. Un'adeguata organizzazione dei servizi può permettere una risposta qualificata in tutte le macroaree di competenza psicologica. Le attività dell'ambulatorio psicologico campale vengono programmate e pianificate nei particolari in condizioni di pace, mantenendo gli standard del SSN e cercando di ipotizzare e individuare le possibili esigenze emergenti dopo una calamità. Tutto il materiale necessario a garantire l'efficacia di ogni intervento e gli spazi ambientali idonei a ospitare gli assistiti vengono predisposti prima dell'attivazione. Naturalmente, un'altra importante fase organizzativa verrà svolta successivamente all'attivazione e direttamente sul campo al fine di individuare le peculiarità delle risposte sanitarie necessarie. Riteniamo che un elemento critico dell'organizzazione dell'ambulatorio campale, ma anche del PASS nella sua interezza, sia l'individuazione dei veri bisogni manifestati dalle persone, al di là delle richieste che da loro emergono in quel contesto. Se in un servizio di psicologia di una ASL i dirigenti sanitari si possono avvalere dei dati statistici sull'affluenza degli assistiti, potendo suddividerli in diversi parametri di interesse, per studiare e programmare l'organizzazione della risposta, l'ambulatorio campale potrà avvalersi esclusivamente di un esame di realtà veloce e strategico per intercettare i bisogni della popolazione e progettare la risposta sociosanitaria più adeguata. L'individuazione del disagio della popolazione rappresenta quindi una svolta decisiva nella gestione della risposta, e quest'ultima va analizzata a tutti i livelli dell'organizzazione dei soccorsi. Come sappiamo, i reali bisogni psicologici che covano nella persona o nella comunità vittima di un'avversità spesso non vengono avvertiti come tali dalle vittime. Per questo sembra auspicabile che l'individuazione dei bisogni psicologici venga mediata da personale specializzato, ossia psicologi psicoterapeuti esperti in emergenza collocati anche in sede centrale all'organizzazione dei soccorsi e coadiuvati dai colleghi presenti sul territorio, nel PASS e in eventuali campi di accoglienza. Riteniamo che questa fase sia particolarmente importante poiché qualifica la risposta psicologica di tutti gli interventi professionali successivi. La presenza dell'ambulatorio si carica, inoltre, di significati psicologici intrinseci. Il primo è legato alla funzione simbolica rappresentata dalla struttura, un luogo che viene a sostituirci uno preesistente che si poneva come punto di riferimento per i bisogni della collettività. Quindi, l'allestimento del PASS, per il tipo di strutturazione e organizzazione, simile a quella dei servizi preesistenti alla catastrofe, contribuisce a ricreare un senso di quotidianità, continuità e normalità. L'ambulatorio può rappresentare inoltre il "contenitore" di

vissuti, emozioni, bisogni, che grazie alla presenza e all'assistenza degli operatori divengono maggiormente pensabili e tollerabili, permettendo o facilitando il ripristino di un maggiore equilibrio psicofisico. In entrambi i casi appare calzante il riferimento alla teoria bioniana del contenimento, una teoria generale delle relazioni umane in base alla quale i gruppi sociali, le istituzioni (nel nostro caso specifico i servizi ambulatoriali delle ASL) e la società stessa, nel suo complesso, ricoprono la funzione di contenimento. Per Bion (1972) il bisogno di contenimento è un bisogno fondamentale dell'essere umano che trova la sua realizzazione/soddisfazione nel rapporto simbolico contenitore-contenuto. Il bisogno di contenimento può essere ben rappresentato da un luogo fisico, sia esso una qualsiasi struttura sociosanitaria di una ASL o il PASS. In questa sede trova risposta principalmente il bisogno di contenimento psicologico che si declina nella diade terapeuta-paziente e si modella, per la persona assistita, sulla rappresentazione della relazione primaria madre-bambino. L'esperienza nella relazione di questi ruoli emotivamente intensi implica per l'operatore la gestione di una funzione primaria, quella materna o genitoriale, che consente alle persone coinvolte nella diade di stabilire un contatto emotivo indispensabile per riavviare le dinamiche relazionali che favoriscono la conservazione della integrità della persona. Seguendo l'analogia con il pensiero di Bion, un evento catastrofico comporta inevitabilmente la perdita di contenitori (casa, affetti, lavoro, ecc.), e quindi diventa chiaro e comprensibile come sia di primaria importanza ricreare e formalizzare nel più breve tempo possibile luoghi "fisici" e "psicologici" con funzione di contenitori, seppur vicarianti. L'ambulatorio psicologico campale diventa allora un "contenitore" all'interno del quale ascoltare, comprendere e rielaborare i vissuti dolorosi derivati dall'accaduto.

Gli operatori dell'ambulatorio psicologico

Anche la struttura campale, come previsto nelle omologhe configurazioni delle ASL, deve essere dotata di personale specializzato destinato a rispondere ai bisogni emergenti nei diversi ambiti psicologici. L'ambulatorio psicologico viene quindi dotato di un numero minimo di psicologi specializzati che può tuttavia variare in base alle caratteristiche dell'emergenza. Tutti i parametri di accreditamento professionale richiesti dal SSN devono essere validi anche per l'ambulatorio campale. Anzi, essendo il contesto di emergenza un luogo di elevata complessità, appare auspicabile che gli psicologi che operano all'interno del PASS abbiano una formazione specifica per garantire l'assistenza e il trattamento del disagio psicologico in condizioni di emergenza - una condizione, questa, che richiede la professionalità necessaria a non confondere l'espressione del disagio, solitamente fisiologico, con la formazione di forme morbose. Le competenze e gli strumenti professionali sono volti principalmente alla tutela della salute psicologica di una popolazione prevalentemente sana, saldamente ancorata ai propri processi di empowerment. L'attenzione va rivolta a tutti i cittadini e in particolare alle fasce deboli e svantaggiate, comprendendo interventi rivolti all'individuo singolo, alla famiglia, al gruppo sociale e alla comuni-

tà allargata. Vogliamo immaginare un operatore dotato di una formazione sulle tematiche transculturali, capace di avviare i processi di elaborazione di un disagio rappresentato in modo simbolicamente diverso dal nostro. Tutti gli operatori dell'ambulatorio campale devono saper gestire, oltre alle attività dello specifico professionale, anche difficoltà organizzative di qualunque ordine, tali da richiamare competenze manageriali di base. Agli operatori è richiesto di saper dialogare e lavorare con professionisti appartenenti a istituzioni e ruoli diversi senza dimenticare che la propria opera dovrà favorire il lavoro dei colleghi che presteranno il cambio di squadra oppure i sanitari locali, non appena risulti possibile il passaggio delle consegne.

Territorio di riferimento del PASS

Così come le ASL sono identificate con un territorio di riferimento, anche il PASS, che rappresenta la struttura sociosanitaria sostitutiva e mutuata in sede campale, avrà un suo territorio di riferimento. Il PASS, e nello specifico professionale l'ambulatorio psicologico, rappresenterà il punto di riferimento per l'assistenza sociosanitaria per un'area territoriale circoscritta che verrà individuata dalla struttura locale di protezione civile, a seconda delle esigenze generali di assistenza. Per fare un esempio, il PASS potrà servire più campi di accoglienza, anche se gestiti da diverse rappresentanze di protezione civile.

Destinatari

L'ambulatorio psicologico deve assicurare la necessaria assistenza a tutte le persone che a titolo personale o su invio informale o formale affluiscono al servizio. Sarà cura del personale specializzato accogliere le richieste aiutando le persone a individuare le risposte attese e a effettuare un eventuale invio ad altra figura professionale. L'ambulatorio psicologico risponde ai bisogni emergenti che afferiscono a tutte le aree di intervento della psicologia, con particolare attenzione alle peculiarità delle dimensioni della fragilità e della transculturalità. In un contesto di emergenza, si può ipotizzare che si presenti al servizio un'affluenza disordinata e incongrua di popolazione. La situazione richiederà spazi e operatori in grado di organizzare con competenza e sensibilità la situazione di disagio. Ci sembra comunque importante ricordare agli addetti ai lavori che la gran parte delle persone presenta un funzionamento globale della personalità sano ma se sottoposta ad agenti stressanti diventa sintomatica. Nonostante le situazioni di stress, le personalità definite sane, ovvero collocate lungo un continuum immaginario di gravità verso il polo sano, mantengono una flessibilità sufficiente per adattarsi in modo adeguato alla realtà. Personalità più fragili, che possiamo definire con funzionamento nevrotico, avranno maggiore rigidità nella risposta evidenziando capacità di coping e difese più limitate. Ciò significa che gli psicologi che operano nell'ambulatorio campale devono avere capacità diagnostiche pertinenti alle reazioni da stress.

Desideriamo inoltre porre l'attenzione sulla delicata dimensione transcultural-

turale della società attuale. L'affluenza della popolazione ai servizi offerti dalle ASL è rappresentata in gran parte da persone migranti o appartenenti a diversa cultura. La necessità di inserire uno sguardo transculturale all'interno del PASS si radica nella nostra esperienza quotidiana e sembra ben armonizzarsi con l'impostazione che anima il progetto. Inoltre, volendo promuovere processi di consapevolezza dei bisogni psicologici, l'ambulatorio campale si apre a un indispensabile confronto con una prospettiva metaculturale in quanto tali bisogni sono "culturalmente plasmati". L'assunzione di questa prospettiva intende utilizzare la conoscenza metodologica del concetto di cultura per favorire un'analisi della domanda più attenta e una presa in carico psicologica degli utenti centrata sui loro bisogni e vissuti. Possiamo dire che, considerata la spinta al "meticcio culturale" (Capello 2008) innescata dal processo di globalizzazione, si ritiene quanto mai necessario rivolgere un'attenzione particolare alla valutazione psicologica e alla psicoterapia di tipo transculturale. La pertinenza transculturale del lavoro dello psicologo deve valere sia per il profilo formativo degli operatori sia nelle modalità di intervento degli stessi. A tal fine si considera opportuno strutturare equipe e setting adatti a rispondere alle specifiche necessità degli utenti, sia migranti che non. Si intende operare dando voce a valori fondamentali, in primis il rispetto per la persona e l'alterità culturale di cui gli utenti sono portatori, per favorire processi di risignificazione dei loro vissuti all'interno della relazione con lo psicologo.

Prestazioni psicologiche

Nell'ambulatorio psicologico del PASS vengono erogati interventi psicologici essenziali e qualificati, a partire da una prima accoglienza della popolazione fino alla pratica di psicoterapie brevi e focali adatte a questi contesti. Può essere opportuno integrare l'iniziale fase dell'accoglienza con interventi più specifici che tengano conto della peculiarità dell'ambiente campale. Considerando l'analisi dei bisogni che caratterizzano queste tipologie di scenari abbiamo privilegiato l'allestimento di spazi dedicati alla stabilizzazione emotiva. Sono interventi che si declinano in azioni di tipo psicoeducativo mirate principalmente a infondere senso di protezione e sostegno nelle vittime e a promuovere la riappropriazione della percezione di controllo sui propri vissuti interni e sugli eventi esterni (empowerment) (Sbattella 2009). L'obiettivo della stabilizzazione emotiva è di ripristinare un adeguato equilibrio emotivo-affettivo e di ristabilire il senso generale di fiducia attraverso relazioni rassicuranti e stimoli finalizzati ad attivare la resilienza. È inoltre importante fornire alla popolazione delle informazioni di base sulle reazioni allo stress innescato da eventi straordinari. Questo intervento relativamente semplice permette di raggiungere anche un numero elevato di individui e rappresenta uno strumento utile a rassicurare le persone sulle reazioni personali all'evento, aiutandole a regolare la propria emotività e a tollerare l'incertezza determinata dall'irrompere del caos nella prevedibilità del quotidiano. Permette di sostenere gli individui nel processo di ripresa del controllo della propria dimensione esistenziale, aiutandoli a ristabilire ordine nelle emozioni e nei comportamenti. Gli sforzi degli

operatori dovranno essere indirizzati al ricongiungimento con il proprio nucleo familiare e amicale e alla semplificazione dei contatti e delle relazioni personali degli assistiti. Ogni cittadino dovrà essere aiutato a ristabilire il contatto con i servizi del territorio disponibili e di cui ha bisogno.

La procedura di accesso all'ambulatorio, che verrà fornita successivamente per poter approfondire la descrizione delle schede predisposte alla raccolta dei dati clinici importanti, si completa con un primo screening che consente la raccolta di informazioni anamnestiche essenziali. Sono importanti le notizie sullo stato di salute psicologico personale e familiare precedente all'evento per poter fare una prima valutazione clinica. Ulteriori livelli di valutazione e approfondimento saranno possibili attraverso colloqui clinici più approfonditi o se necessario con il ricorso ad alcuni test psicologici semplici ed essenziali nella somministrazione e nell'elaborazione (per esempio, scale di valutazione per l'ansia, la depressione, MMSE, IADL, test carta-matita). L'ambulatorio psicologico campale sarà comunque dotato degli stessi reattivi psicodiagnostici abitualmente utilizzati in una ASL, poiché gli strumenti sono facilmente trasportabili. L'utilizzo del materiale testistico può risultare rilevante clinicamente, permettendo la formulazione di diagnosi differenziali e prognosi più precise su casi clinici particolari. I test permettono inoltre la rilevazione di dati oggettivi, di immediata interpretazione e condivisibili con altri colleghi.

Nel caso in cui la persona necessiti di presa in carico, si possono ipotizzare due trattamenti psicologici adatti al contesto: il sostegno psicologico e la psicoterapia breve e mirata. Il sostegno psicologico si configura come un trattamento prevalentemente individuale, ma è facilmente adattabile a situazioni familiari e di gruppo; grazie alla sua elasticità facilita il miglioramento dello stato psicologico e il ristabilimento di uno stato di benessere, assimilabile a una maturazione personale. Esso rappresenta un supporto fondamentale nelle situazioni di disagio emotivo ed esistenziale. Normalmente negli ambulatori delle ASL questo intervento viene effettuato sulle persone che stanno attraversando momenti critici dell'esistenza; noi pensiamo che momenti critici possano essere anche situazioni che irrompono improvvisamente e violentemente nella vita delle persone disarticolandone l'equilibrio di fondo (Caffo, Forresi e Scrimin, 2010). Il trattamento di sostegno può essere organizzato nell'ambulatorio campale come avviene nelle ASL, attraverso appuntamenti con cadenze adeguate al contesto e ai bisogni dell'utenza, ma anche più liberamente, secondo il bisogno emergente dell'interessato. Gli interventi individuali o di gruppo possono essere rivolti a una vasta tipologia di persone o gruppi sociali; per esempio, a persone che hanno subito perdite importanti, ai superstiti che hanno un familiare disperso, ai minori e agli adolescenti.

Nell'organizzazione dell'ambulatorio psicologico dobbiamo prevedere poi la possibilità che alcune persone necessitino di un intervento psicoterapeutico e che i servizi e gli operatori locali non siano ancora operativi. In queste situazioni, lo psicoterapeuta può decidere di avviare interventi calibrati sulla previsione del passaggio del caso clinico, sia ai servizi locali, non appena attivi, sia verso i colleghi del cambio squadra. Si fa qui riferimento a modalità e tecniche focali, brevi ed efficaci per una iniziale elaborazione del disagio. Gli interventi effettuati in un contesto emergenziale, connotato da un turn-over del persona-

le volontario, dovranno dedicare spazio e tempi adeguati all'elaborazione della separazione dal terapeuta. I vissuti di separazione e di perdita hanno nelle psicoterapie brevi caratteristiche diverse dai trattamenti a lungo termine "condensati" (McKenzie, 1988): il lavoro assume infatti peculiarità specifiche, sia per la struttura della relazione sia per i risvolti intrapsichici che ne derivano. Un aspetto caratteristico di queste psicoterapie è la definizione di un focus: il progetto terapeutico si struttura su una finalità o tema focale che costituisce la realizzazione dell'obiettivo ma anche un limite, indirizzando paziente e terapeuta a calibrarsi sulla consapevolezza che non tutti i problemi sono immediatamente risolvibili con una terapia e la terapia "non risolve ogni problema" (Mann, 1973). Questo elemento contribuisce a determinare il confronto con la perdita e con l'attesa delle elaborazioni delle tematiche che non potranno essere affrontate. La condizione del *time-limit*, il numero di sedute prestabilito, rappresenta una separazione annunciata e stimola l'elaborazione dei vissuti di separazione, sia nel paziente che nel terapeuta (Flegenheimer e Pollack, 1989). Il processo che si attiva in una psicoterapia breve è pertanto paragonabile al lavoro dedicato all'elaborazione del lutto (Haynal, 1977; 1987) e all'elaborazione dell'angoscia della perdita (Quinodoz, 1991). Esso rappresenta una possibilità fondamentale per lo sviluppo dell'individuo. Il *time-limit*, tuttavia, non rappresenta soltanto un limite ma costituisce per il paziente e il terapeuta una motivazione a lavorare con maggiore efficienza (Flegenheimer e Pollack, 1989), ridimensionando le problematiche legate alla dipendenza e alla minaccia di separazione (Mangini et al., 2001).

Si sono previsti in ultimo interventi rivolti ai soccorritori come il debriefing o il defusing. Questi interventi, conosciuti e diffusi, hanno l'obiettivo di prevenire trauma e sintomi acuti mediante la normalizzazione e la legittimazione dei pensieri, dei sintomi e dei comportamenti reattivi, sostenendo il coping naturale e la stimolazione di nuove modalità di adattamento. Nell'ambulatorio psicologico sono inoltre previste riunioni di equipe tra psicologi e/o con i colleghi operanti negli altri ambulatori del PASS. Le riunioni possono riguardare l'organizzazione, la discussione di casi clinici e la programmazione degli interventi. In ultimo abbiamo affrontato il problema della tutela della privacy. Il lavoro clinico è stato pianificato nel rispetto del DLGS 196/2003 che individua le disposizioni per la tutela della privacy e per il consenso informato. Nel rispetto della normativa vigente abbiamo predisposto un modulo sintetico per l'accettazione da parte dell'utente degli interventi proposti e per il rispetto della privacy. In merito va anche detto che sono stati previsti schedari adatti a conservare il materiale clinico e i dati sensibili dei pazienti.

Accesso e presa in carico

Accedono all'ambulatorio psicologico tutti gli individui e le famiglie, o eventualmente i gruppi sociali, che lo richiedono direttamente o su invio di altri operatori. Le prestazioni fornite al suo interno dovranno rispettare gli standard di qualità vigenti nei Servizi di Psicologia del SSN, prestando particolare attenzione alla specificità del contesto. Abbiamo predisposto per alcuni

interventi elettivi delle schede per facilitare la raccolta delle informazioni inerenti le persone e le richieste formulate: i dati del paziente, le motivazioni della richiesta di aiuto, l'eventuale sintomatologia, la descrizione dei possibili trattamenti. L'utilizzo delle schede permette di semplificare le procedure di assistenza alla popolazione, preservando la qualità degli interventi, in scenari che possono essere più caotici e stressanti anche per l'operatore. Le schede rappresentano e compongono la cartella clinica e hanno il merito di agevolare il passaggio di consegne tra i diversi professionisti. Le schede documentano, come in qualsiasi servizio sanitario, l'accesso dell'assistito all'ambulatorio e gli interventi sanitari disposti dall'operatore. In ogni momento deve essere possibile e agevole recuperare le informazioni che riguardano un percorso assistenziale o di presa in carico e trattamento. Sono state elaborate quattro schede operative. La prima, dedicata allo *screening*, viene utilizzata nella fase di prima accoglienza e permette di collocare i soggetti in classi di priorità di trattamento (si va dall'assenza di sintomi e di psicopatologie, a sintomi lievi e quindi differibili in presenza di maggiore affluenza o di situazioni più gravi, a sintomatologie medio-gravi, a quadri clinici che richiedono l'intervento e l'invio ad altri specialisti). La scheda di screening è stata elaborata nella versione per adulti e per minori.

La scheda di *monitoraggio* permette di annotare gli interventi che gli specialisti effettuano a seguito dello screening. Presenta alcuni item/parametri di indagine psicologica e permette di operare un'analisi e un confronto sull'evoluzione dello stato psicologico ed emotivo delle persone trattate all'interno dell'ambulatorio. Questa scheda testimonia l'avvenuta presa in carico del paziente e rappresenta il diario clinico della cartella.

Nelle situazioni in cui si renderà necessario l'invio a un altro specialista potrà essere utile consegnare al paziente una scheda di *invio*. Essa deve contenere gli elementi clinici significativi da trasmettere al professionista per una successiva presa in carico; per esempio, generalità del paziente, evoluzione del quadro clinico, interventi effettuati, motivi dell'invio.

Un'ultima scheda raccoglie il *consenso* ai possibili interventi psicologici e l'accettazione dell'informativa ex art. 13 DLGS 196/2003.

Riteniamo infine utile sottolineare l'importanza della valutazione dell'efficacia dei trattamenti. Anche in contesto campale possono essere utilizzati i questionari per la misurazione della qualità di vita e della qualità di vita relativa alla salute, con particolare attenzione a quella psichica. Negli ultimi dieci anni la ricerca e la sperimentazione pratica hanno permesso l'elaborazione di strumenti precisi e accurati capaci di raccogliere e trasformare l'opinione del paziente in informazioni fruibili per il ricercatore e per il clinico. I questionari offrono un feedback rispetto all'andamento dei sintomi, al livello di benessere autopercepito, alla qualità degli interventi attivati e all'efficacia della terapia, permettendo al contempo di perseguire un obiettivo clinico. Mediante la somministrazione (o se possibile l'autosomministrazione) di un questionario che rileva lo stato generale di salute e la soddisfazione per la cura si può porre il paziente in una posizione maggiormente responsabile rispetto all'evoluzione della propria situazione di benessere e al proprio equilibrio. Riconoscere il

paziente come fonte attendibile di dati complementari a quelli rilevati dal clinico significa lavorare al miglioramento dei risultati degli interventi, evitando che l'assistito assuma una posizione passiva e delegante nei confronti dello specialista e dello stesso trattamento. Questo aspetto ci pare acquisisca particolare valore nel contesto dell'intervento in emergenza, caratterizzato dalla necessità di ottimizzare tempi e interventi e restituire alle persone assistite la responsabilità delle loro esistenze. Dal punto di vista psicologico risulta di particolare interesse l'applicazione della Symptom Checklist 90 (SCL-90), una scala creata per l'autovalutazione della psicopatologia generale. Gli item, che prevedono risposte su una scala che va da 0 ("per niente") a 4 ("moltissimo"), sono raggruppati in nove cluster (Somatizzazione, Ossessività-compulsività, Sensitività interpersonale, Depressione, Ansia, Ira-ostilità, Ansia fobica, Ideazione paranoidea e Psicoticismo). Data la facilità di impiego e l'ampia gamma di sintomi esplorati, la SCL-90 può essere utilizzata come strumento di screening e monitoraggio non solo in un contesto psicologico ma anche in altri ambiti sanitari. Essa appare sufficientemente sensibile al rilevamento dei cambiamenti e si presta alla valutazione ripetuta della sintomatologia evidenziata dal paziente. Della SCL-90 esiste anche una versione computerizzata che può essere indicata per una popolazione giovane in quanto consente la compilazione direttamente al computer (Preti, Prunai e Sarno, 2009).

Attrezzature e arredamento

Nel progettare gli spazi dell'ambulatorio si è tenuto conto dell'importanza del setting nell'intervento psicologico e della difficoltà di replicarlo in un contesto emergenziale. Vanno comunque garantite condizioni di riservatezza e tranquillità: un ambiente accogliente e confortevole che trasmetta sicurezza all'utenza. L'arredamento dell'ambulatorio è piuttosto essenziale e semplice ma funzionale, in quanto deve sia ottimizzare gli spazi sia essere facilmente trasportabile, senza ingombrare troppo. Si sono infatti privilegiati arredi come sedie, scrivanie e lettini pieghevoli da usare al bisogno e armadietti bassi che si possano chiudere a chiave. Nella progettazione abbiamo cercato di garantire all'ambulatorio un'autonomia logistica che lo renda capace di rispondere ai bisogni della popolazione in tempi brevi. Gli arredi e gli strumenti clinici sono stati pensati per essere facilmente trasportabili, anche dalle operatrici. L'ambulatorio psicologico è stato dotato di strumentazione informatica essenziale ma sufficiente a svolgere l'attività di servizio e di comunicazione con l'esterno. Nell'ambulatorio si trova tutto l'occorrente per avviare un lavoro qualificato di assistenza alle persone e un'attività psicologica clinica adeguata al contesto campale.

Donatella Galliano, Stefania Greco, Sabrina Rocchia, Nicoletta Serraino, Psicologi per i Popoli - Cuneo.

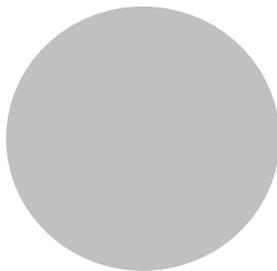
Federico Federighi, Dipartimento di Protezione Civile, Roma.

Bibliografia

- Albasi C. (2006), *Attaccamenti traumatici. I modelli operativi interni dissociati*, UTET, Torino.
- Amerio P. (2000), *Psicologia di comunità*, Il Mulino, Bologna.
- Amerio P. (2004), *Problemi umani in comunità di massa*, Einaudi, Torino.
- American Psychiatric Association (2002), *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali (DSM-IV)*, Masson, Milano.
- Amselle J.L. (1999), *Logiche meticce. Antropologia dell'identità in Africa e altrove*, Bollati Boringhieri, Torino.
- Axia V. (2006), *Emergenza e psicologia*, Il Mulino, Bologna.
- Beneduce R. (1998), *Frontiere dell'identità e della memoria*, Franco Angeli, Milano.
- Bion W.R. (1961), *Esperienze nei gruppi*, Armando editore, Roma.
- Bion W.R. (1965), *Trasformazioni*, Armando editore, Roma.
- Bion W.R. (1972), *Apprendere dall'esperienza*, Armando editore, Roma.
- Bion W.R. (1981), *Il cambiamento catastrofico*, Loescher, Torino.
- Bonomi C. e Borgogno F. (a cura di) (2001), *La catastrofe e i suoi simboli*, Utet, Torino.
- Bowlby J. (1972), *Attaccamento e perdita, vol 1, L'attaccamento alla madre*, Torino, Boringhieri.
- Bowlby J. (1975), *Attaccamento e perdita, vol 2, La separazione dalla madre*, Torino, Boringhieri.
- Bowlby J. (1980), *Attaccamento e perdita, vol 3, La perdita della madre*, Torino, Boringhieri.
- Caffo E., Forresi B. e Scrimin S. (2010), *Primo soccorso psicologico. Guida all'operatività sul campo*, Edizioni Guerini e associati, Milano.
- Camaioni L. (a cura di) (1993), *Manuale di psicologia dello sviluppo*, Il Mulino, Bologna.
- Canali S. e Pani L. (2003), *Emozioni e malattia*, B. Mondadori, Milano.
- Capello C. (2008), *Le prigioni invisibili*, Franco Angeli, Milano.
- Castelli C. e Sbattella F. (2003), *Psicologia dei disastri*, Carocci, Roma.
- Castelli C. e Sbattella F. (a cura di) (2008), *Psicologia dei cicli di vita*, Angeli, Milano.
- Cattarinussi B. e Pelanda C. (1981), *Disastro e azione umana. Introduzione multidisciplinare allo studio del comportamento sociale in ambienti estremi*, Angeli, Milano.
- Cherubini P. (a cura di) (2012), *Psicologia generale*, Cortina, Milano.
- Coppo P. (2003), *Tra psiche e culture. Elementi di etnopsichiatria*, Bollati Boringhieri, Torino.
- De Piccoli N. (2007), *Individui e contesti in psicologia di comunità*, Unicopli, Milano.
- De Piccolo N. e Lavanco G. (a cura di) (2003), *Setting di comunità. Gli interventi psicologici nel sociale*, Unicopli, Milano.

- Del Corno F. e Lang M. (2002), *Modelli di colloquio in psicologia clinica*, Angeli, Milano.
- Del Corno F. e Rizzi P. (2010), *La ricerca qualitativa in psicologia clinica*, Cortina, Milano.
- Dipartimento della Protezione Civile (1997), *Linee guida sull'organizzazione sanitaria in caso di catastrofi sociali*, DPC, Roma.
- Dipartimento della Protezione Civile (2000), *Manuale procedurale per la gestione della comunicazione in situazioni di crisi*, DPC, Roma.
- Direttiva del presidente del consiglio dei ministri 13 giugno 2006, *Criteri di massima sugli interventi psicosociali da attuare nelle catastrofi*, Gazzetta Ufficiale n. 200 del 29 agosto 2006.
- Douglas M. (1991), *Come percepiamo il pericolo*, Feltrinelli, Milano.
- Fanon F. (2000), *I dannati della terra*, Edizioni di comunità, Torino.
- Fenoglio M.T. (2001), *Stranieri in casa propria*, "Psicologia e Psicologi", 1(3), Erickson, Trento.
- Ferrero A. (2004), *L'elaborazione del distacco in una esperienza di psicoterapia psicodinamica breve presso un D.S.M.*, Saiga Institute of Research, Torino.
- Flegenheimer W.V. e Pollack J. (1989), *The time limit in brief psychotherapy*, "Bulletin of the Menninger clinic", 53(1), 44-51.
- Francescato D. e Ghirelli G. (2002), *Fondamenti di psicologia di comunità*, Carocci, Roma.
- Gazzillo F. (2012), *I sabotatori interni. Il funzionamento delle organizzazioni patologiche di personalità*, Cortina, Milano.
- Gazzillo F., Albaci C. e Lingiardi V. (2008), *Strumenti in progress per la valutazione dei costrutti del PDM*. Relazione al X Congresso Nazionale dell'Associazione Italiana di Psicologia (AIP) – Sezione di Psicologia clinica Dinamica. Padova, 12-14 settembre 2008. In Estratti, Celup, Padova.
- Giannantonio M. (a cura di) (2003), *Psicotraumatologia e psicologia dell'emergenza*, Ecomind, Salerno.
- Haynal A. (1977), *Le sens du désespoir*, "Revue Française de Psychanalyse", XLI, 17-186.
- Haynal A. (1987), *Dépression et créativité*, Césura, Lyon.
- IASC (2007), *Guidelines on mental health and psychosocial support in emergency settings*, www.humanitarianinfo.org/iasc/content/products/docs.
- Loriedo C., Nardone G., Watzlawick P. e Zeig J.K. (2002), *Strategie e stratagemmi della psicoterapia. Tecniche ipnotiche e non ipnotiche per la soluzione, in tempi brevi, di problemi complessi*, Franco Angeli, Milano.
- Mangini E., Marigo R., Marino L. (2001), *Il tempo della separazione. Un modello di psicoterapia psicoanalitica breve nell'istituzione*, LED, Milano.
- Mann J. (1973), *Time limited psychotherapy*, Harvard University Press, Cambridge.
- McKenzie K.R. (1988), *Recent development in brief psychotherapy*, "Hosp

- Community Psychiatry”, July, 39(7), 742-52.
- Moro M.R. (2002), *Genitori in esilio*, Cortina, Milano.
- Nathan T. (1996), *Principi di etnopsicoanalisi*, Bollati Boringhieri, Torino.
- Nathan T. (1990), *La follia degli altri*, Ponte alle Grazie, Firenze.
- O’Connel B. (2002), *La terapia centrata sulla soluzione. Guida alla terapia breve e al counselling*, Ecomind, Salerno.
- Parkes C.M., Stevenson-Hinde J. e Marris P. (1995), *L’attaccamento nel ciclo di vita*, Il pensiero scientifico, Roma.
- Piano Sanitario Regionale 2012-2015, Regione Piemonte, <http://www.regione.piemonte.it>.
- PDM Task Force (2008), *Manuale Diagnostico Psicodinamico*, Cortina, Milano.
- Preti E., Prunas A. e Sarno A. (2009), *La SCL-90-R: una copertura quasi completa dello spettro psicopatologico*, Items, Giunti O.S., Firenze.
- Remotti F. (2001), *Contro l’identità*, Laterza, Roma-Bari.
- Remotti F. (2009), *Noi, primitivi. Lo specchio dell’antropologia*, Bollati Boringhieri, Torino.
- Rholes W.S. e Simpson J.A. (a cura di) (2007), *Teoria e ricerca nell’adattamento adulto*, Cortina, Milano.
- Sayad A. (2004), *La doppia assenza*, Cortina, Milano.
- Sbattella F. (1997), *Aiutare ad aiutarsi*, Unicopli, Milano.
- Sbattella F. (2009), *Manuale di psicologia dell’emergenza*, Angeli, Milano.
- Stern D. N. (1987), *Il mondo interpersonale del bambino*, Bollati Boringhieri, Torino.
- Quinodoz J.M. (1991), *La solitudine addomesticata*, Borla, Roma.
- Young B.H., Julian D.F., Ruzek J.I., Friedman M.J. e Gusman F.D. (2002), *L’assistenza psicologica nelle emergenze. Manuale per operatori e organizzazioni nei disastri e nelle calamità*, Erickson, Trento.
- Zennaro A. (2011), *Lo sviluppo della psicopatologia. Fattori biologici, ambientali e relazionali*, Il Mulino, Bologna.
- Zuliani A. (2006), *Manuale di psicologia dell’Emergenza*, Maggioli, Sant’Arcangelo di Romagna.



VI CAMPO SCUOLA DI PSICOLOGIA DELL'EMERGENZA
Marco di Rovereto (TN)
21-23 settembre 2012

TEMI previsti:

Lo stato dell'arte della psicologia dell'emergenza in Italia. Sfide raccolte e priorità 2013
Corso certificato per i requisiti sicurezza volontari Protezione Civile
Memoria e trauma in contesto internazionale
Supporto psicologico e primo soccorso sanitario (PMA, PASS e dintorni)
Preparazione delle simulazioni
Codici etici e regolamenti per i volontari di PC.

Il campo scuola è **rivolto ai soci delle associazioni regionali e provinciali aderenti alla Federazione Psicologi per i Popoli.**

Per iscrizioni rivolgersi al Consiglio direttivo dell'associazione PXP di appartenenza.

È previsto rilascio attestato di partecipazione e certificato corso sicurezza.

Fabio Sbattella

I vissuti delle vittime in emergenza: la formazione tra spiegazione e comprensione

Riassunto

Il presente contributo intende evidenziare i rischi di una formazione "indifferenziata" in tema di psicologia dell'emergenza e discutere di quali informazioni e formazioni abbiano realmente necessità i diversi operatori in emergenza. La proposta è quella di riflettere accuratamente sugli obiettivi formativi, in relazione ai ruoli e alle mansioni dei diversi operatori. Dal punto di vista dei contenuti, è opportuno differenziare i bisogni di "comprensione" e i bisogni di "spiegazione" dei comportamenti delle vittime in emergenza. Sviluppare capacità di "comprensione" più che di "spiegazione" può facilitare lo sviluppo di atteggiamenti adeguati in soccorritori e volontari che non dispongono di una profonda preparazione in psicologia.

Parole chiave: obiettivi formativi, psicologia dell'emergenza, comprensione, spiegazione, vissuti.

Abstract

This article aims at highlighting the risks of an undifferentiated training in emergency psychology. It also discusses the different training and information needs of volunteers and emergency workers. We propose to carefully reflect on the learning objectives in relation to the specific roles and tasks of the different categories of people involved in emergency. In terms of contents, we propose to distinguish between the "understanding" needs and "explanation" needs in relation to the behaviour of the victims in an emergency. Cultivating "understanding" skills rather than "explanation" skills can encourage the development of appropriate attitudes in rescuers and volunteers who don't have a deep knowledge of psychology.

Introduzione

Negli ultimi anni abbiamo assistito in Italia a un grande sviluppo delle conoscenze scientifiche e delle capacità operative della psicologia dell'emergenza (Ranzato e Brivio 2002; Sbattella 2009). È anche cresciuta, sia nell'opinione pubblica che nelle istituzioni preposte, la consapevolezza di quanto grave sia la sofferenza psicologica delle vittime dirette e indirette di eventi improvvisi e sconvolgenti. L'importanza della realizzazione di interventi psicologici tempestivi e di prese in carico lungimiranti sembra essere stata compresa, in linea con quanto affermano da anni tutte le linee guida internazionali (IASC, 2007). In particolare, si è fatta strada l'idea che un'adeguata attenzione a tutti i processi psichici attivi in emergenza permetta non solo di rispondere ai bisogni più profondi delle persone ma anche di facilitare i processi di adattamento alle condizioni emergenziali e di svolgere una funzione preventiva nei

confronti dei possibili danni psicologici a medio e lungo termine (De Soir et al., 2007).

Insieme a questa sensibilità sono cresciute anche le realtà operative organizzate per portare sul campo le competenze e i saperi sviluppati in ambito clinico e di ricerca.

A questo rapido e articolato sviluppo si associa una domanda di formazione ampia e in parte confusa sia da parte di psicologi e psicoterapeuti che vogliono declinare sul campo le profonde conoscenze e competenze che hanno acquisito, sia da parte di altri professionisti dell'emergenza desiderosi di includere il fattore umano tra i punti di attenzione dei propri interventi. Una forte domanda di formazione psicologica emerge anche dai volontari generici che spesso si rivolgono al volontariato emergenziale per realizzare esperienze umane coinvolgenti e costruttive.

Il presente contributo intende sviluppare una riflessione su questo nodo, evidenziando i rischi di una formazione "indifferenziata" in tema di psicologia dell'emergenza e discutendo di quali informazioni e formazioni abbiano realmente necessità i diversi operatori in emergenza.

Le domande di formazione che provengono da psicologi, psicoterapeuti, professionisti dell'emergenza e volontari generici sono domande diverse, che presuppongono conoscenze di base differenti e prospettano ruoli distinti sul campo. Tuttavia, non di rado in Italia troviamo proposte formative che accomunano persone con ruoli operativi e cultura di base differenti, creando con ciò non pochi problemi e fraintendimenti.

In particolare, azioni formative poco accorte rischiano di alimentare l'idea che "tutti sono, in fondo, un po' psicologi". Oppure che la psicologia sia un insieme di "tecniche" o "accorgimenti" che possano essere acquisiti e usati anche in assenza di una profonda riflessione su di sé e senza solide conoscenze teoriche sulla complessità della mente umana.

Tra gli assunti fallaci alla base di questi atteggiamenti vi è l'idea che l'attenzione alla psiche propria e altrui sia riducibile a una serie di comportamenti standardizzabili che possono essere acquisiti con un po' di addestramento. Tale concezione, che evidentemente dimostra poca considerazione del concetto stesso di "mente", ignora anche l'enorme differenza che intercorre tra addestramento e formazione. La formazione, infatti, richiede necessariamente una connessione tra le nuove acquisizioni e le strutture del Sé, presupponendo una seria riflessione su quali saperi e quali pratiche siano compatibili con il grado di consapevolezza di sé che le persone hanno e con i ruoli che sono chiamate a svolgere (Sbattella, 2005).

I tentativi di rendere comprensibili i saperi propri della psicologia e l'assenza di tecnologie o strumenti diversi dalla parola alimentano poi l'impressione che vi sia poca differenza tra un professionista con laurea specialistica e un diplomato che abbia frequentato qualche corso di "tecniche" psicologiche. Un esempio concreto di ciò è la richiesta, che spesso ci giunge, di tenere un paio di lezioni (per un totale di tre o al massimo sei ore) sul tema delle reazioni delle vittime alle situazioni emergenziali. Un'unità formativa su questi temi è prevista di norma, per esempio, in molti corsi per volontari di protezione civile e per i soccorritori in ambito sanitario.

Scorrendo le dispense distribuite abitualmente in questi corsi (non sempre tenuti da psicologi abilitati, ma perlopiù da istruttori e da divulgatori abituati a leggere e interpretare i materiali altrui) troviamo sintesi rapide e molto dense, che elencano i sintomi clinici e le reazioni delle vittime di incidenti e disastri. In esse si fa distinzione tra reazioni acute, nel breve e nel medio termine; reazioni delle vittime primarie, secondarie e terziarie; reazioni differenti in base all'età. In particolare, tali elenchi si soffermano sui sintomi correlati al PTSD, suggerendo di porre attenzione a manifestazioni quali *l'iperarousal*, l'insonnia, ecc.

Le conoscenze veicolate da tali dispense in forma di elenchi presentano molti limiti. Innanzitutto, esse propongono di ridurre i comportamenti a meri sintomi, segni disfunzionali di processi neurobiologici sottostanti. È il primo passo della psichiatrizzazione dei comportamenti umani. La riduzione dei comportamenti a sintomi ne annulla totalmente il valore comunicativo. Sulla base di un codice generato dal sapere medico, l'esperienza umana è ridotta a epifenomeno di un accadimento nascosto, indipendente dallo sguardo di chi osserva e ascolta. La tradizione psicologica e l'epistemologia contemporanea, tuttavia, mettono in guardia rispetto a questa semplificazione oggettivizzante: i comportamenti e le esperienze umane sono fenomeni che si costruiscono nella relazione con l'osservatore (Sbattella, 2011). Concretamente, ciò significa che la ricerca ossessiva e irriflessa di "sintomi" nel comportamento altrui non può che facilitare la riduzione dei soggetti incontrati a "corpi sintomatici". Rispetto ad essi, l'osservatore si percepirà come "estraneo", evitando di cogliere le relazioni tra il proprio sguardo e la paura altrui, tra le proprie risonanze e le emozioni altrui, tra le proprie risposte e le comunicazioni altrui, tra i propri giudizi e le difese altrui. In sintesi, la proposta di liste di comportamenti sintomatici facilita la "reificazione" delle sindromi e l'oscuramento del valore comunicativo dei comportamenti dando luogo a vere e proprie "squalifiche transazionali" (Anolli, 2006).

In secondo luogo, tali elenchi sottovalutano immensamente i comportamenti "non problematici". Come se le reazioni delle vittime di situazioni gravi fossero primariamente e soprattutto problematiche. Una descrizione onesta dei comportamenti delle vittime in emergenza dovrebbe includere (senza patologizzare) gli slanci generosi, i comportamenti funzionali, gli atti di auto e di mutuo aiuto, le azioni spontanee di contenimento e regolazione emotiva. Dal punto di vista operativo, anche volendosi concentrare sulle reazioni disfunzionali, è indispensabile realizzare un bilancio completo, che includa punti di forza e di debolezza, risorse e vulnerabilità, sequenze adattative e disadattive.

In terzo luogo, bisognerebbe problematizzare il termine "reazioni" riferito ai comportamenti dei soggetti in emergenza. Tale termine, infatti, presuppone un modello di mente e di persona umana meccanicistica, che risponde agli stimoli ambientali secondo il modello azione-reazione. Tale modello è notoriamente anacronistico in quanto dimentica tutti i frutti della ricerca scientifica, la quale ha dimostrato in molti modi che le persone sono sempre soggetti attivi che interagiscono con l'ambiente in modo costruttivistico (Giaconi, 2008; Sbattella e Tettamanzi, 2010).

Dal punto di vista formativo, la diffusione superficiale di modelli inade-

guati, obsoleti e fuorvianti è particolarmente pericolosa. Il rischio è quello di incentivare atteggiamenti propensi alla reificazione delle soggettività, alla stigmatizzazione delle differenze e alla psichiatrizzazione dei comportamenti di ricerca adattativa. Nei contesti di emergenza, dove la vulnerabilità personale è alta, si tratta di atteggiamenti pericolosi che possono incentivare gli abusi di potere, le incomprensioni, i conflitti e le difficoltà relazionali.

Obiettivi formativi

Crediamo che un punto di svolta doveroso, per evitare i rischi sopra esposti, sia quello di trasformare le richieste formative centrate sui contenuti (del tipo: “Raccontateci quali sono le reazioni delle vittime alle emergenze”) in progetti centrati sugli obiettivi formativi che si desidera perseguire. Nessuna buona esperienza formativa, infatti, può essere realizzata se non integrando la domanda di informazioni con la domanda sui motivi per cui tali informazioni dovrebbero essere utili a svolgere un determinato ruolo (Carli e Paniccchia, 1999).

Per quanto riguarda i volontari generici e i professionisti del soccorso non laureati in psicologia, riteniamo che possano essere utili i seguenti obiettivi:

1. Aumento della consapevolezza della natura non meccanicistica del comportamento umano. È utile che tutti gli operatori che intervengono nelle emergenze ricordino sempre che le persone in emergenza continuano ad avere una vita psichica e quindi a volere, desiderare, sognare, comunicare, pensare, ecc. Vittime, parenti, spettatori, membri dei gruppi non sono oggetti caratterizzati da reazioni meccanicistiche. Non sono neppure semplicemente “corpi”, bensì soggetti dotati di intenzionalità e storia, memoria e desiderio. Compito primario di volontari e professionisti è rispettare tali dimensioni.
2. Aumento della consapevolezza della natura sociale dei comportamenti in situazioni critiche. In quanto soggetti intrinsecamente sociali, tutte le persone si situano sempre all'interno di un determinato contesto storico, linguistico, economico e culturale, che va conosciuto, considerato e rispettato per realizzare ogni intervento sanitario, logistico e/o di ordine pubblico. Ogni azione che non tenga conto di tali elementi va evitata sia dai volontari sia dai professionisti del soccorso.
3. Aumento della consapevolezza della differenza tra psicologia ingenua e psicologia professionale. È anche utile che tutti gli operatori che intervengono nelle emergenze sappiano che la psicologia è una scienza caratterizzata da una serie di saperi complessi, in grado di formare con un percorso minimo di cinque anni dei professionisti capaci di osservare, valutare, riconoscere e differenziare i comportamenti e i processi delle varie funzioni psichiche. Tra loro, i professionisti preparati in psicologia dell'emergenza hanno competenze e motivazioni per scendere in campo anche in contesti instabili.

Loro caratteristica è il saper trasporre le metodologie ordinariamente predisposte per situazioni sicure e strutturate in setting caotici e incerti come quelli emergenziali. Si tratta di figure oggi diffuse sul territorio nazionale, che volontari e professionisti devono coinvolgere non solo per i casi estremi e all'ultimo minuto, ma fin dalle prime fasi delle situazioni critiche e per tutte le dimensioni in cui si articolano i fenomeni psichici: individuale, gruppale, comunitaria e organizzativa.

4. Aumento della consapevolezza dell'influenza iatrogena che possono avere atteggiamenti e comportamenti d'aiuto inadeguati, dal punto di vista psicologico. È indispensabile che tutti gli operatori che intervengono nelle emergenze sappiano innanzitutto limitare i danni che potrebbero causare con le proprie parole e azioni. Comportamenti inadeguati dei soccorritori possono facilmente aumentare ansia e irritazione, conflitti e rivendicazioni, smarrimento e sensi di colpa. In particolare, va sottolineato come la fantasia di poter "controllare" e "dirigere" i comportamenti altrui sia destinata a generare inevitabilmente conflitti e incomprensioni, misconoscendo il bisogno di empowerment che diventa più urgente proprio dove si è sperimentata impotenza. La connivenza con il desiderio di tenere sotto controllo il comportamento dell'altro, in emergenza, darebbe spazio alla volontà aggressiva, che chiede soprattutto di contenere i comportamenti altrui, ristrutturare le altrui percezioni e reazioni emotive, rendere inoffensive le proteste con cui le persone in condizioni di vulnerabilità cercano spesso di affermare i propri diritti. Inopportune interpretazioni del comportamento altrui (del tutto disattente alla dimensione relazionale e transferale) si trasformano inoltre facilmente in azioni di potere, miranti a confinare la vittima in un ruolo patologizzato e dunque espropriato di diritti. È ciò che la psicologia sociale chiama *psicologizzazione della devianza* (Moscovici, 1989). Per volontari e professionisti in emergenza, dunque, la prima linea guida psicologica non può che essere: *evita di nuocere*.

Sintetizzando, dunque, va riaffermato che trascurare questi obiettivi, e aderire supinamente alla richiesta di informazioni sulle reazioni delle vittime in emergenza, è potenzialmente dannoso. In poche ore di lezione non si può puntare ad altro che a invitare le persone a studiare sé stesse prima degli altri e a migliorare sé stesse in termini di sensibilità, intelligenza emotiva, correttezza etica, consapevolezza dei propri limiti, motivazioni e ruoli.

Contenuti formativi

Per facilitare il passaggio dalle classiche lezioni sulle "reazioni patologiche delle vittime" a unità formative tese a migliorare l'intelligenza emotiva dei

soccorritori, può essere utile introdurre la distinzione presente nelle scienze umane tra “comprensione” e “spiegazione”.

Problematizzando la richiesta formativa, potremmo infatti chiederci: di cosa c'è bisogno in emergenza? Di informazioni funzionali a spiegare le cause dei comportamenti delle vittime o di atteggiamenti in grado di “com-prendere” i vissuti delle persone? Diviene indispensabile chiarire, in termini tecnici, la differenza tra spiegazione e comprensione. Non si tratta di due stili antitetici: sono due possibilità della conoscenza umana. Entrambe sono utili per l'adattamento ed entrambe sono in grado di generare conoscenze scientifiche. Il termine comprensione, in particolare, non va equivocado. Esso è usato qui in modo tecnico, secondo l'accezione di J. Bruner (1992). Per meglio illustrare questa distinzione, partiremo da un esempio semplice: la “reazione” di pianto di un'anziana in emergenza. La Figura 1 è tratta da un sito internet che raccoglie immagini scattate a Beslan, in Ossezia, durante l'attacco che i militari hanno condotto per liberare gli ostaggi bloccati da giorni in una palestra. Non abbiamo informazioni dirette sulla storia e/o il mondo interno della donna ritratta e per questo faremo solo delle ipotesi, funzionali allo sviluppo del discorso.



Figura 1. Beslan.

Una spiegazione della “reazione” di pianto potrebbe essere per esempio formulata in questi termini (facendo brevemente riferimento a diversi modelli teorici esplicativi ed integrando plurimi livelli del funzionamento psichico): la donna ritratta piange perché a livello percettivo è stata raggiunta da stimoli soverchianti improvvisi che a livello neurologico sono stati processati dall'amigdala e poi dal sistema limbico e che hanno attivato l'asse ipotalamo-ipofisi-corteccia surrenale, eccitando così il sistema nervoso autonomo e il sistema endocrino (*arousal*). Parallelamente (*appraisal*), a livello mnestico le tracce raccolte nella memoria a lungo termine hanno probabilmente associato all'evento alcuni ricordi infantili di comportamenti inefficaci (*coping*). A livello inconscio questi suscitano angosce kleiniane (alternanza depressivo-persecutoria) di frammentazione e derealizzazione. A livello del sistema del Sé, queste corrispondono a giudizi superegoici negativi infantilizzanti che a livello sociale si traducono in segnali di attaccamento del modello operativo interno che comunica a figure protettive una richiesta di aiuto. Nella mente del professionista preparato possono comparire, durante questa spiegazione, immagini simili a quelle riportate nelle figure 2 e 3.

La “comprensione” della stessa situazione ritratta in Figura 1 si sviluppa-

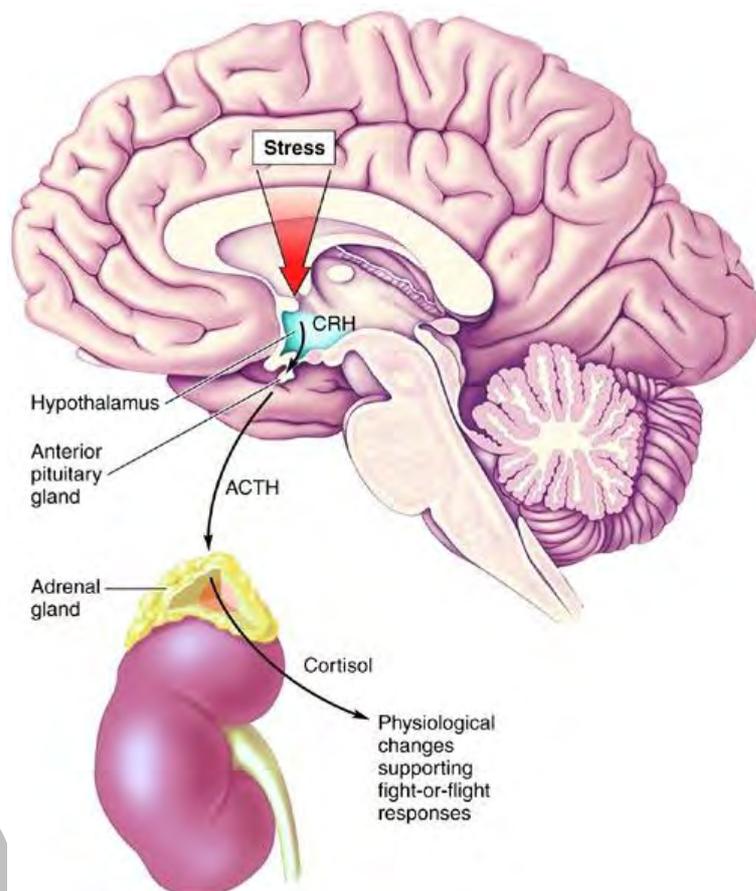


Figura 2. Modello di attivazione del sistema limbico ed endocrino.

rebbe invece a partire da una descrizione fenomenologica dei comportamenti osservati e ascoltati, per poi procedere a una rilevazione dei processi interni all'osservatore, in termini cognitivi e emotivi.

APPRAISAL

Evento Stimolo (interno/esterno)



ANALIZZATORE	COMPARATORE	DIAGNOSTICATORE	SUGGERITORE D'AZIONE	GENERATORE Dell'azione	Comportamento manifesto
Rileva lo stimolo e lo codifica	Valuta la rilevanza rispetto a:	Valuta il contesto, l'urgenza, l'intensità	Dispone l'azione e genera il cambiamento		
Novità Qualità edonica Coping (<i>controllo dello stimolo e proprie reazioni: primario/secondario, attivo/passivo, intrapsichico</i>)	Interessi Scopi, bisogni Aspettative	Immagine di sé Norme sociali	Precedenza di controllo	GENERATORI Di cambiamento fisiologico	Arousal

Figura 3. Emozioni come processo di appraisal e arousal.

Un processo di comprensione potrebbe, probabilmente, prendere questa forma: questa donna piange, a tratti sommessamente, a tratti disperatamente. Le lacrime si accompagnano a implorazioni, urla, a lamenti senza forma, a parole spezzate. Si è messa in ginocchio, allarga le braccia, accetta il contatto di chi le sta vicino ma non riesce o forse non vuole rialzarsi. Penso abbia bisogno d'acqua, della presenza di chi le sta attorno, di un abbraccio. Penso abbia mal di testa, sia stanca. È straziante vederla e anche ascoltarla. È una situazione difficile da reggere. Muove in me commozione e desiderio di fare qualcosa. Non posso evitare di fare delle ipotesi e pormi delle domande. Chissà se è una nonna che attende la sua nipotina da giorni in mano ai guerriglieri. Chissà se è chiamata Babuska cioè "grande dolcissima nonnina", come accade a molte del-

le nonne russe. Chissà come risuonano in lei i rumori delle bombe. Per l'età che mostra potrebbe essere una di quelle bambine sopravvissute alla guerra, magari desiderosa di un mondo nuovo, dove le nuove generazioni non debbano mai più sperimentare l'orrore della violenza. Forse (non è chiaro), in ginocchio tenta di implorare il suo Dio e invocare gli angeli a protezione della sua bambina. Forse, come ogni donna addolorata, desidera offrire la sua stessa vita in cambio di quella della nipote...

Anche un processo di comprensione potrebbe coinvolgere delle immagini nella mente dell'osservatore, probabilmente più simili a quelle riportate nelle figure 4 e 5, che a quelle delle pagine precedenti. Si tratta d'immagini che rimandano alle leggende di laghi cresciuti grazie alle lacrime versate, alla musica russa del lago dei cigni, alla poesia di un anonimo, trovata sul web.

Proviamo ora ad approfondire il discorso, discutendo in termini "meta" ciò che viene sviluppato in un percorso di esplicativo (di spiegazione) oppure di comprensione.

Figura 4.



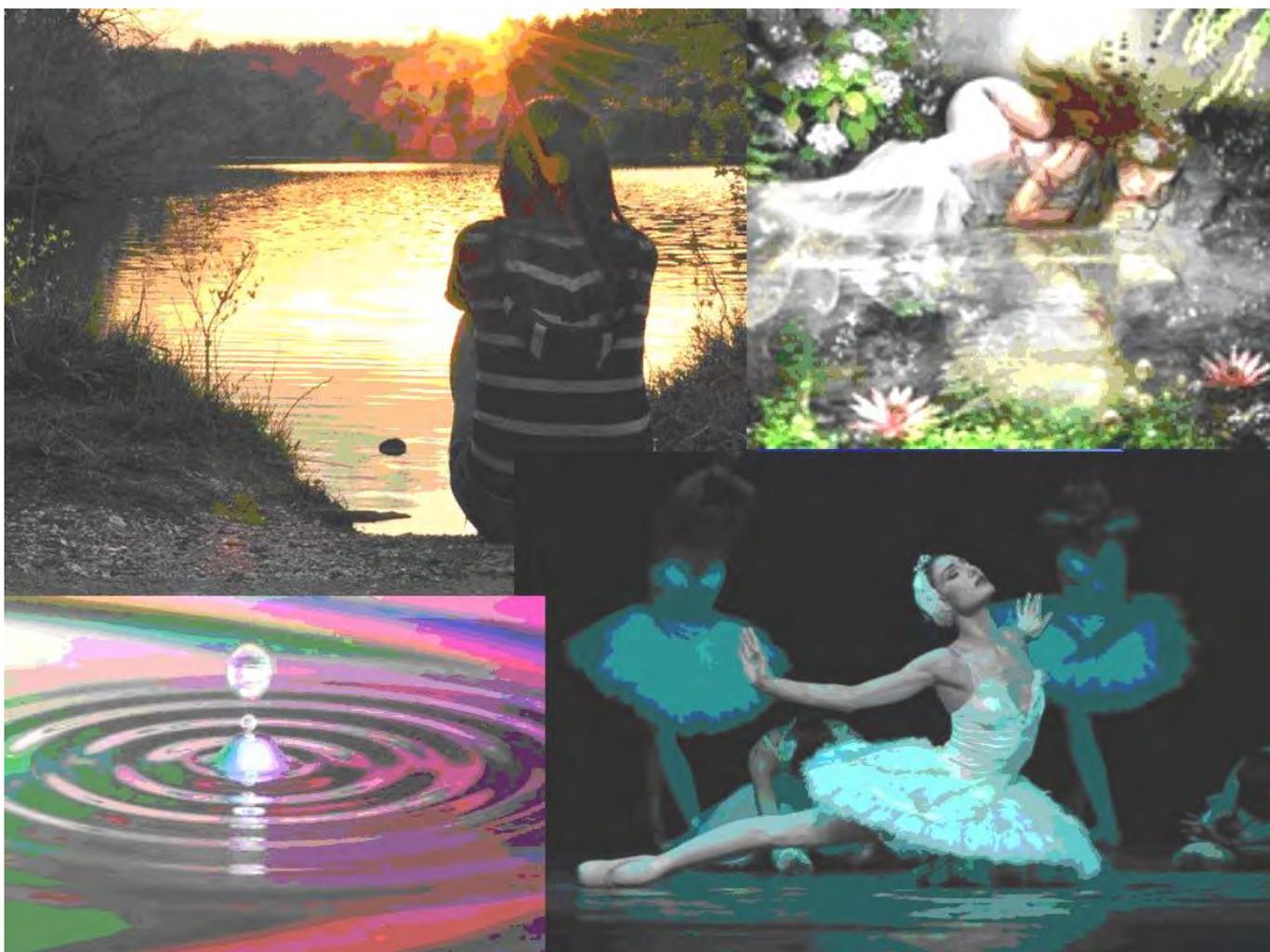


Figura 5.

La “spiegazione” risponde alla domanda: perché la persona osservata fa ciò che fa? Attraverso una domanda causale l'osservatore punta a individuare concatenazioni causali, andando oltre il dato osservato. Il processo di spiegazione è frutto dell'intelligenza paradigmatica, che lavora attraverso la catalogazione dei fenomeni e dei concetti e poi stabilisce nessi temporali e causali tra i fenomeni catalogati. Essa è, inoltre, tipicamente postuma, nel senso che riesce a formulare ipotesi di risposta alla domanda “perché?” solo al termine dei processi di cui indaga le cause.

In questo senso, ogni spiegazione è molto utile al procedere della ricerca scientifica e genera saperi in grado di sviluppare azioni di prevenzione. Conoscendo gli antecedenti di un fenomeno, infatti, si può provare a prevenirne l'insorgere, bloccando la catena causale che lo genera. La spiegazione è invece, meno utile a chi sta soffrendo al momento attuale, poiché l'esame delle cause

non elimina il fenomeno in corso e spesso, anzi, aggiunge sensi di colpa insinuando l'idea che il processo poteva essere evitato.

Un'altra caratteristica delle spiegazioni è che esse fissano i fenomeni, fotografando uno stadio del processo in corso e considerandolo uno stadio conclusivo, rispetto al quale indagare a ritroso.

Dal punto di vista dell'osservatore, le spiegazioni hanno una funzione distanziante, poiché separano l'osservatore dal fenomeno osservato e sollecitano l'impegno di risorse cognitive più che emotive. L'interpretazione causale favorisce l'idea di poter controllare dal punto di vista cognitivo gli eventi, conoscendone i meccanismi interni.

A differenza della "spiegazione", la "comprensione" non si interroga sui perché ma cerca di rispondere alla domanda: come accade ciò che accade? Ogni azione di comprensione cerca, infatti, sequenze di eventi orientate, radicandosi in atteggiamenti di tipo descrittivo e fenomenologico. L'osservazione e l'ascolto attento degli eventi generano descrizioni in grado di ridisegnare il fenomeno osservato, oppure di astrarre modelli di funzionamento in grado di simulare mentalmente le dinamiche osservate (Anolli e Mantovani, 2011).

Tipicamente, la comprensione è frutto dell'intelligenza narrativa e non di quella paradigmatica. Si tratta di un'intelligenza in grado di costruire significati legando tra loro eventi orientati da un senso. Per queste sue caratteristiche, la comprensione è in grado di cogliere i processi, le dinamiche, i cambiamenti, concentrandosi più sulle trasformazioni che sugli stati dei fenomeni osservati.

Essendo in grado di accompagnare i processi vitali, la comprensione risulta molto utile a orientarsi nella vita e, in particolare, a muoversi all'interno delle interazioni sociali. Essendo sensibile ai cambiamenti e alle trasformazioni, facilita i processi di cura più che quelli di prevenzione. Dal punto di vista relazionale, mentre una spiegazione permette di distanziarsi dai fenomeni, la comprensione ha un effetto empatico e di avvicinamento tra osservatore e osservato. Essa, infatti, facilita l'identificazione e procede attraverso la simulazione interna all'osservatore degli stati mentali ed emotivi dell'osservato.

Spiegare e comprendere in emergenza

Possiamo a questo punto chiederci di quali competenze psicologiche e di quali risorse umane ci sia bisogno in emergenza. Servono persone in grado di "spiegare" i comportamenti di vittime e sopravvissuti o persone capaci di "comprendere" i loro vissuti? Quali rischi e quali potenzialità portano con sé rispettivamente le capacità di comprendere e le capacità di spiegare le "reazioni" delle vittime? Quale livello di preparazione è necessario per usare spiegazioni e comprensioni in modo utile in emergenza?

Riteniamo che in tutti i contesti d'emergenza possano servire spiegazioni se e quando le persone chiedono di capire ciò che sta loro accadendo. Quando esse credono di riottenere il controllo della propria vita attraverso un distanziamento che dia un nome "freddo" a ciò che accade. Quando hanno bisogno di capire che l'interlocutore è esperto e ciò che stanno vivendo è noto e prevedi-

bile. Quando (a posteriori) vogliono capire come prevenire il manifestarsi delle concatenazioni causali che li hanno fatti soffrire. È invece il caso di non usare spiegazioni quando i soggetti si irritano per il fatto che i loro comportamenti sono ridotti a sintomi e l'esercizio di "spiegare" i comportamenti altrui assume le forme dell'esercizio accademico.

Nelle stesse situazioni serve invece "comprensione" quando i soggetti desiderano evitare di essere considerati "oggetti di studio", "persone sbagliate, inadeguate" oppure in balia di meccanismi e automatismi invisibili, di cui non possono avere controllo. L'utilizzo dell'intelligenza narrativa e del paradigma della comprensione risulta particolarmente utile quando si desidera aiutare le persone a trovare un senso in ciò che vivono e a riorientare le loro energie verso nuove forme di adattamento. In altre parole, la comprensione in emergenza facilita l'attivazione delle risorse di resilienza (Short e Casula, 2004).

Infine, la comprensione permette di valorizzare le parole e i comportamenti delle persone in quanto azioni comunicative, portatrici di significato all'interno del contesto in cui si collocano. Non dunque sintomi che rimandano a cause profonde o comportamenti che vanno spiegati con variabili a monte, bensì comunicazioni prodotte da soggetti intenzionali, che chiedono di essere interpretate attraverso un lavoro ermeneutico.

Va segnalato, in questa sede, che ogni serio lavoro di "comprensione" è faticoso e comporta dei rischi. Esso, infatti, si basa su processi d'identificazione e comporta risonanze emotive ed empatiche. I rischi sono quelli della confusione, delle interpretazioni proiettive, dell'affaticamento emotivo. Solo professionisti molto formati a livello personale possono reggere a lungo un lavoro di comprensione in contesti di stress, trauma e lutto. Anche loro, comunque, hanno poi bisogno di "manutenzione" e quindi di confronto e rielaborazione con altri colleghi.

Alla luce di queste distinzioni, possiamo ora riconsiderare gli obiettivi e i contenuti delle proposte formative in tema di psicologia dell'emergenza. Dal punto di vista formativo, sarà innanzitutto necessario capire bene quale sarà il ruolo svolto sul campo dalle persone che chiedono formazione. Volontari generici e professionisti non psicologi, chiamati a costruire relazioni rispettose e solidali con i cittadini da soccorrere, avranno bisogno soprattutto di capacità per "comprendere" gli altri e sé stessi e dunque di proposte in grado di arricchire la propria intelligenza emotiva e sociale. Accanto ad essi, non potranno mancare i professionisti formati nel profondo, che dispongono sia di ampie basi scientifiche per "spiegare" i comportamenti sia di precise tecniche per comprendere profondamente i vissuti delle persone, senza rimanerne invischiate.

Fabio Sbatella, Università Cattolica del Sacro Cuore di Milano.

Bibliografia

Anolli L. (2006), *Fondamenti di psicologia della comunicazione*, Il Mulino, Bologna.

- Anolli L. e Mantovani F. (2011), *Come funziona la nostra mente. Apprendimento, simulazione e serious game*, Il Mulino, Bologna.
- Bruner J.S. (1992), *La ricerca del significato. Per una psicologia culturale*, Bollati Boringhieri, Torino.
- Carli R. e Paniccia R.M. (1999), *Psicologia della formazione*, Il Mulino, Bologna.
- De Soir E., Daubechies F. e Van den Steene P. (2007), *Stress et trauma en milieu policier*, Maklu, Anvers.
- Giaconi C. (2008), *Le vie del costruttivismo*, Armando Editore, Roma.
- Iasc (2007), *Guidelines on mental health and psychosocial support in emergency settings*, International Rescue Committee, Geneva.
- Moscovici S. (1989), *Psicologia sociale*, Borla, Roma.
- Ranzato L. e Brivio P. (2002), *Vite spezzate: case per la vita*. In *Ricostruire il domani*, Caritas Italiana, Roma.
- Sbattella F. (2005), *Psicologi e psicologie in contesti di emergenza*. In A. Bruno, C. Kaneklin e G. Scaratti (a cura di), *I processi di generazione delle conoscenze nei contesti organizzativi e di lavoro*, Vita e pensiero, Milano.
- Sbattella F. (2009), *Manuale di psicologia dell'emergenza*, Franco Angeli, Milano.
- Sbattella F. (2011), *Lo psicoterapeuta sistemico senza specchio*, "Cambia-menti", 1, pp. 7-15.
- Sbattella F. e Tettamanzi M. (2010), *Stress ed emergenza: dalle risposte individuali alle configurazioni triadiche*. In C. Galimberti e G. Scaratti (a cura di), *Epistemologie della complessità nella ricerca psicologica*, Vita e pensiero, Milano.
- Short D. e Casula C. (2004), *Speranza e resilienza*, Franco Angeli, Milano.

