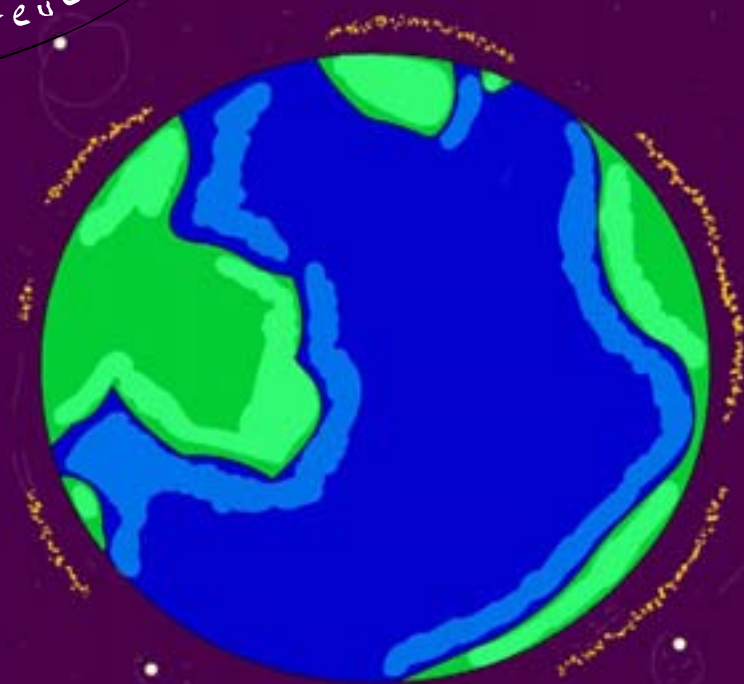
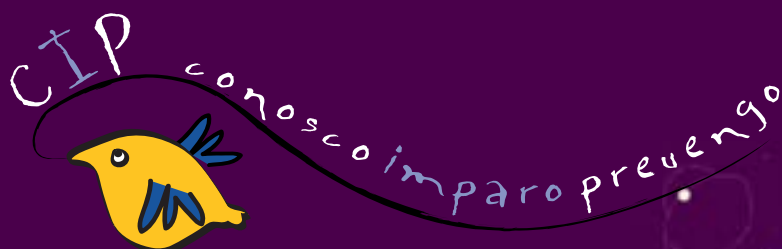


Conosco, imparo, prevenngo

il Centro Alfredo Rampi onlus
in collaborazione con
l'Istituto Nazionale di Geofisica e Vulcanologia e
il Servizio di Prevenzione e Protezione
dell'Università degli Studi di Roma Tor Vergata

PSICOLOGIA DELL'EMERGENZA, PROTEZIONE CIVILE, SICUREZZA



→ @ settori:

• EDITORIALE

Rita Di Iorio 2

• PSICOLOGIA DELLE EMERGENZE

Presentazione del seminario: L'intervento
psicosociale nelle emergenze ambientali e civili
Redazione CIP 3

L'intervento psicosociale nelle emergenze
sociali e ambientali
Rita Di Iorio 5

L'assistenza psicologica in ospedale
alle vittime di una Maxiemergenza
Danila Pennacchi 7

L'organizzazione dell'intervento psicologico
nel sistema extraospedaliero
Alessandra Ceracchi 9

Il Dipartimento di Protezione Civile
Cristiana Pizzi 12

Il triage con gli adulti e con i minori -
dallo scenario al Dea
Luisa De Bellis 14

L'assistenza psicologica in ospedale ai
minori vittime di catastrofi
Angela Rossi 16

Bambini in tendopoli
Michele Grano 18

Esperienze di intervento psicosociale
Maria Teresa Devito | Gabriella Mosca 20

Il trauma tra socialità e individualità
Lucio Maciocia 22

Il funzionamento psichico di un gruppo
di studenti de L'Aquila
Maria Luisa Monti | Claudio Paluzzi 23

• FORMAZIONE E SCUOLA

Un tavolo di lavoro per la sicurezza
Maria Paola Gazzetti 25

• TERRITORIO

Terremoto e maremoto in Giappone
Giovanni Maria Di Buduo 27

• PROTEZIONE CIVILE E VOLONTARIATO

Il progetto di servizio civile
Valeria Catalano 32

Emozioni afgane – parte prima
Valentina Capparozza 33

• RECENSIONI

Presentazione del libro di R. Di Iorio e D. Biondo
Antonio Mollicone 35

• NEWS

30 anni del Centro Alfredo Rampi
Redazione CIP 36

Nuovo sito Psic-AR e news
Rita Petrini 37

I soccorritori della mente in:
Psicologia contemporanea...
Redazione CIP 38

Errata corrige:
Formarsi alla gestione delle emergenze
Redazione CIP 38

→◎ **C**ari amici e lettori in questo numero abbiamo pensato di fare cosa gradita riportare la sintesi di alcune relazioni presentate durante il Seminario: *L'intervento psicosociale nelle emergenze ambientali e civili*. Tale convegno è stato svolto dal Centro Alfredo Rampi in collaborazione con l'azienda sanitaria di Frosinone presso l'Auditorium centro polifunzionale di San Giorgio a Liri.

Alcuni colleghi operatori del soccorso della zona di Cassino e Frosinone hanno avuto modo di svolgere interventi di sostegno per alcune vittime del terremoto dell'Aquila del 2009, residenti nel loro territorio. Essendo i colleghi non formati specificatamente in Psicologia dell'emergenza hanno sentito l'esigenza di poter partecipare ad un momento di formazione per acquisire i principi base di questa specializzazione.

Per questo motivo hanno chiesto agli psicologi dell'emergenza del Centro Alfredo Rampi l'organizzazione nel loro territorio di un Seminario della durata di due giorni su tali temi. Il Seminario ha visto interventi di relatori prestigiosi che coordinano e gestiscono le attività di intervento psicosociale in emergenza, sia essi appartenenti ad istituzioni pubbliche che ad associazioni di volontariato.

Per riportare tali relazioni il numero di CIP che presentiamo avrà una veste diversa, ossia il settore Psicologia delle Emergenze occuperà quasi la totalità di questo numero.

Abbiamo scelto, inoltre, per il settore Territorio di riportare un articolo sul terremoto in Giappone quale stimolo al ricordo della catastrofe che ha scosso nelle fondamenta tale nazione e alla dimostrazione di solidarietà con la popolazione colpita. Solidarietà alle vittime per il loro grande vissuto di sofferenza, che chissà quanto dovranno lavorare ancora per ritornare ad una vita psichica, e anche ambientale, stabile e funzionale.

Vi consiglio, in particolare, di dare uno sguardo alle News che informano su nuove iniziative interessanti e in

particolar modo su quella relativa alla manifestazione che si terrà il giorno 11 giugno 2011 per ricordare l'istituzione dell'associazione Centro Alfredo Rampi Onlus. Una manifestazione *Il villaggio della prevenzione e della sicurezza, 30 anni del centro Alfredo Rampi*, ricca di eventi che sicuramente stimolerà la vostra partecipazione.

Vi aspettiamo.

→◎ **Per iscriverti clicca qui**



CIP CONOSCO IMPARO PREVENGO
PSICOLOGIA DELL'EMERGENZA
PROTEZIONE CIVILE - SICUREZZA
[Marzo 2011, Numero 13]

Direttore responsabile
Sonia Topazio

Comitato Direttivo
Rita Di Iorio | Daniele Biondo |
Antonella Cianchi | Marco Sciarra

Comitato di redazione
Maria Teresa Devito | Giovanni Maria Di Buduo |
Michele Grano | Rossella Celi | Francesca Di Stefano

Segreteria di redazione
Grazia Tatillo | Francesca Bennati

Progetto grafico
Laboratorio Grafica e Immagini - INGV

Impaginazione
Redazione Centro Editoriale Nazionale - INGV

SEDE
Centro Alfredo Rampi Onlus
Via Altino 16 - 00183 Roma
www.conoscoimparoprevengo.it

La psicologia delle emergenze

→◎ Seminario: l'Intervento psicosociale nelle emergenze ambientali e civili

a cura della Redazione di CIP

Sempre più marcatamente negli ultimi anni le Istituzioni e le componenti preposte alla Protezione Civile sono intervenute nelle diverse calamità naturali che hanno interessato sia il territorio provinciale che regionale e nazionale (alluvioni, incendi, terremoti, grandi eventi). In tutte queste occasioni è risultato fondamentale per i professionisti dell'aiuto la conoscenza delle nozioni basilari di psicologia delle emergenze per potersi interfacciare con i cittadini e le popolazioni vittime delle calamità naturali e/o dei disagi dovuti ai grandi eventi, e di conseguenza per poter porre in essere tutti gli interventi necessari. Obiettivo del Seminario *l'Intervento Psicosociale nelle Emergenze ambientali e civili* è stato quello di fornire ai professionisti del soccorso e a coloro che lavorano nelle istituzioni pubbliche o private le nozioni basilari di comunicazione in emergenza, organizzazione del soccorso, intervento



Foto 1 Apertura del seminario da parte del Dott. Antonio Mollicone.

psicologico e psicosociale, *triage* psicologico con gli adulti e con i bambini. Accanto all'intervento di soccorso psicologico, gli psicologi dell'emergenza sono spesso chiamati a svolgere nel teatro dell'emergenza anche un intervento psicosociale: animando spazi per la socializzazione (con particolare riferimento per i giovani, gli anziani e i bambini); assistendo le vittime di

calamità (spesso in una tendopoli), assistendo i soccorritori della protezione civile. Nel seminario è stato presentato il modello culturale e scientifico di riferimento: *Il modello psicomotricità multiplo per le emergenze* ideato e adottato dagli psicologi dell'emergenza del Centro Alfredo Rampi.

L'immediatezza e la professionalità di interventi di soccorso, in particolar modo di soccorso psicologico, attivando le capacità di autocura delle vittime e autoprotettive della comunità, permettono la riduzione degli effetti del PTSD (Post Traumatic Stress Disorder). Per questo è stato dato ampio spazio anche al tema degli effetti del PTSD su bambini ed adulti vittime di un evento critico. Nel corso della II sessione sono state riportate esperienze d'intervento psicosociale realizzate dai partecipanti al fine di realizzare una condivisione profonda delle stesse, basata sui vissuti emotivi, sulla valorizzazione delle competenze operative.

Nella seconda giornata è stato presentato il libro *Sopravvivere alle emergenze. Gestire i sentimenti negativi legati alle catastrofi ambientali e civili* (Di Iorio, Biondo, 2009).



Foto 2 Introduzione ai lavori del Dott. Daniele Biondo.

La psicologia delle emergenze

INTERVERRANNO

G. Bondi - Psicologo, Direttore UOC Psicologia Pediatrica, Ospedale Pediatrico Bambino Gesù di Roma

D. Bondi - Psicoterapeuta SPI, Docente A.R.P.A.D., Vice Presidente Centro Alfredo Rampi Onlus

A. Bonelli - Psicoterapeuta A.I.P.P.J. - Consigliere Regionale Psicologi Lazio, Responsabile Psicoterapia

A. Cerocchi - Psicologo, ARES 118 Lazio

F. Cito - Psicoterapeuta, Referente del PROGETTO ANDREA presso il Presidio Ospedaliero Santa Scolastica Cassino (A.G.E.)

L. De Belle - Psicologa, Operatore E. Filippo Neri di Roma

M. T. Devito - Psicologa del lavoro, vice presidente Psicologi della Emergenza Centro Alfredo Rampi

R. Di Iorio - Psicoterapeuta, Presidente Associazione Psicologi della Emergenza Alfredo Rampi

M. Grano

L. Maciocia - Psicoterapeuta, Responsabile U.O. Dipartimento JD, A.U.S.L. FR

G. Marino - Psicoterapeuta, Dipartimento Nazionale di Protezione Civile

A. Molicone - Psicoterapeuta, Azienda U.S.L. Frosinone - Professore a contratto di Psicologia Clinica dello Sviluppo - Università degli Studi di Roma "Tor Vergata"

G. Mosca - Psicologa, Segretario Psicologi della Emergenza Alfredo Rampi

C. Paluzzi - Psicoterapeuta A.I.P.P.J.

D. Pennacchi - Psicologa, Operatore E. Camillo - Forlivesi di Roma

L. Proietti

G.M. Ruscotta - Responsabile Nazionale Commissione Emergenze SIREUP, Dirigente Medico Pediatrico, P.O. "Santa Scolastica" - Cassino, A.U.S.L. FR





Segreteria organizzativa:
 Centro Alfredo Rampi Onlus
 Indirizzo: Via Albino, 16
 Tel: 0677208197 Cell: 3481526158
 E-mail: centrorampi@iscali.it
 Vedi sito: www.centrorampi.it
www.conoscocomparoprevengo.it

Referenti
 Dr.ssa Gabriella Mosca
 Cell: 3025219580, E-mail: gabriellamosca@libero.it
 sig.ra Molicone Desiree, dr. Molicone Antonio
 cell. 3331232458 e-mail: antonio.molicone@virgilio.it

Quota di iscrizione: euro 50
 Iscrizione obbligatoria entro il 28 marzo 2011
 Mediante bonifico bancario intestato a:
 Centro Alfredo Rampi Onlus
 Banca Intesa San Paolo, -
 IBAN IT42E0306905120033043170194
 (specificare la causale)

La quota di iscrizione comprende:
 partecipazione al seminario
 al congressuale
 attestato di partecipazione

CENTRO ALFREDO RAMPI ONLUS
 in collaborazione con
 Azienda USL Frosinone
 Dipartimento Integrazione Socio Sanitaria
 della Tutela Maternità e Infanzia
 con il Patrocinio
 Ordine degli Psicologi del Lazio
 Dipartimento Nazionale di Protezione Civile

1 - 2 Aprile 2011
Auditorium Centro Polifunzionale



via Roma San Giorgio e Liri
SEMINARIO
L'INTERVENTO PSICOSOCIALE NELLE
EMERGENZE AMBIENTALI E CIVILI

Il Seminario è rivolto a: psicologi, medici, infermieri, operatori del soccorso, operatori di protezione civile, logopedisti, fisioterapisti, docenti

Ore 8:30 Registrazione dei partecipanti
 Ore 9:00 Apertura dei lavori-Saluto Autorità
M. Della Rossa Sindaco di San Giorgio a Liri
A. Cianfrilli Assessore Cultura del Comune di San Giorgio a Liri

R.A. La Valle Vice Sindaco del Comune di San Giorgio a Liri
G. Lullo Direttore del Distretto Sanitario D di Cassino
M. Mandarilli Direttore Pubblica Istruzione MUR Frosinone
E. Tartaglia Direttore Consorzio dei Servizi Sociali dei Comuni del Casinate
E. Cataldi Direttore Dipartimento Integrazione Socio-Sanitaria e della Tutela della Maternità e Infanzia A.U.S.L.Frosinone

I SESSIONE

Ore 10:00 **A. Molicone** Introduzione
 Ore 10:20 **R. Di Iorio** La psicologia dell' emergenza, definizione e contesto.
 Ore 10:40 **D. Pennacchi** L' assistenza psicologica in ospedale alle vittime di una maxiemergenza.
 Ore 11:00 **Coffi Bruce**
 Ore 11:20 **A. Cerocchi** L' organizzazione dell' intervento psicologico nel sistema extraospedaliero.
 Ore 11:40 **G. Marino** Linee guida per l' intervento psicosociale nelle situazioni di emergenza.
 Ore 12:00 **L. De Belle** Il Triage con gli adulti e con i minori dallo scenario al Dea.
 Ore 12:20 **Discussioni**
 Ore 13:30-15:00 **Riposa**

II SESSIONE

Ore 15:00 - 17:00 Workshop

PRIMO GRUPPO:
ESPERIENZE PRATICO DI SOCCORSO PSICOLOGICO
 Conduttore **R. Di Iorio**
G. Mosca Intervento psicologico nel campo di accoglienza di S. Vittorino L' Aquila, gestito dalla Protezione Civile di Roma Capitale.
M. Grano Intervento con un bambino a San Vittorino.
L. Proietti

SECONDO GRUPPO:
ESPERIENZE DI INTERVENTO PSICOSOCIALE
 Conduttore **D. Bondi**
M. T. Devito Intervento psicosociale in Abruzzo con il Ludobus Cibo per le menti.

TERZO GRUPPO:
ESPERIENZE DI TRATTAMENTO DEL TRIAMA POST EMERGENZA
 Conduttore **A.L. Bonelli**
L. Maciocia Le collusioni delle famiglie nel post-trauma dei figli.
C. Paluzzi Il funzionamento psichico di un gruppo di giovani studenti di L' Aquila.

Ore 17:00 Conclusione

III SESSIONE

Ore 9:30 **A. Molicone** Presentazione del libro "Sopravvivere alle Emergenze: gestire i sentimenti negativi legati alle catastrofi ambientali e civili" di Rita Di Iorio e Daniele Bondi.

Ore 10:30 Report del workshop
 Ore 11:30 **Riposa**
 Ore 11:50 **A. Rossi** L' assistenza psicologica in ospedale ai minori vittime di catastrofi.
 Ore 12:00 **F. Cito** Gestione emotiva dell' Operatore nell' emergenza pediatrica.
 Ore 12:30 **G. M. Ruscotta** La gestione del PERMAF del P.O. Santa Scolastica nelle Maxiemergenze.
 Ore 12:30 **Discussione**

Ore 13:00 Somministrazione del questionario per ECM
 Ore 13:30 Chiusura lavori, Ritiro attestati

È stato richiesto l' accreditamento ECM per psicologi, medici, infermieri, logopedisti e fisioterapisti
 Crediti assegnati: 1,5

→🕒 L'Intervento psicosociale nelle emergenze ambientali e civili

di Rita Di Iorio*

La Protezione Civile e la Psicologia dell'Emergenza per aver ragione d'essere devono prevedere e organizzare un discorso capillare di informazione e formazione di tutti i cittadini. Non si potrà mai arrivare alla gestione delle emergenze (microemergenze come gli incidenti stradali o maxi emergenze come il terremoto) senza un lavoro collettivo dei cittadini e degli operatori che lavorano per la prevenzione ed il soccorso. In questo contesto seminariale ci soffermeremo sul ruolo degli operatori che lavorano nelle emergenze con particolare approfondimento sul ruolo dello psicologo dell'emergenza.

QUADRO GENERALE DELLA PSICOLOGIA DELLA PSICOLOGIA DELL'EMERGENZA

I primi studi sugli effetti degli eventi traumatici sulla psiche umana esordirono nel nostro Paese fin dall'antichità (Seneca dopo il terremoto del 62 a.C). Il primo studio sistematico risale al 1908 con il terremoto di Messina, che ha suscitato molto interesse soprattutto nello studio della reazione della popolazione, ma

solo all'estero gli studiosi cominciarono a strutturare approfondite osservazioni sui sintomi riportati dalle vittime (veterani dal Vietnam).

Nel 1980 cominciò ad esserci un maggior interesse sugli aspetti del soccorso in emergenza.

In Italia, infatti, la Psicologia dell'Emergenza apparve nello scenario delle discipline negli anni '80.

Nel 1981 fu istituito, dopo l'eclatante evento di Vermicino e il terremoto in Irpinia, il Dipartimento di Protezione Civile che diede una svolta fondamentale all'organizzazione del sistema di Protezione Civile nel Paese.

L'istituzione del Ministero della Protezione Civile rappresentò una svolta significativa perché tale Ente iniziò a stimolare nuove leggi e ad organizzare il volontariato.

Nel 1981 con la costituzione del Centro Alfredo Rampi iniziammo un grosso lavoro di studio, di ricerca, per capire quali attività potessero essere organizzate e quale metodologia utilizzare per poter lavorare nel campo della prevenzione attraverso attività di informazione e formazione rivolte ai cittadini e scegliemmo di partire dai più piccoli per iniziare a costruire una cultura dell'autoprotezione nelle emergenze.

Si cominciò a capire quanto fosse necessario affrontare in maniera articolata una nuova organizzazione della Protezione Civile e

della Sicurezza, non solo dal punto di vista legislativo ed operativo, ma anche dal punto di vista psicologico.

Il Centro Alfredo Rampi evidenziò da subito la necessità di organizzare attività per rendere i cittadini in grado di affrontare emotivamente e praticamente le situazioni di emergenza: attività per i ragazzi poco nozionistica ma molto pratica e giocosa; attività di formazione per gli insegnanti; attività di sensibilizzazione agli aspetti emotivi per i volontari di protezione civile; produzione di materiale informativo e didattico.

PARTE IN ITALIA LA PSICOLOGIA DELL'EMERGENZA

Il Riconoscimento ufficiale della necessità della presenza degli psicologi dell'emergenza fu sancita dal DDL 4449 presentato il 2 febbraio 2000 che riguarda *l'istituzione del ruolo di psicologo delle situazioni di crisi*. Ma il passo fondamentale fu l'emanazione da parte della Presidenza del Consiglio dei Ministri, dei *Criteri di massima sugli interventi psicosociali da attuare nelle catastrofi* del 13 giugno 2006 (Gazzetta Ufficiale n.200 del 29 agosto 2006).

Oggi, tuttavia, non sono ancora molti gli psicologi che si occupano di psicologia dell'emergenza all'interno delle istituzioni ma moltissimi che operano all'interno di associazioni di volontariato.

IL RUOLO DELLO PSICOLOGO - COSA DEVE CONOSCERE PER POTER INTERVENIRE?

Come è riconosciuto che l'esercizio di qualsiasi professione necessita di una formazione specifica anche per svolgere l'attività di psicologo dell'emergenza è fondamentale acquisire una formazione



Foto 1 La Dott.ssa Rita Di Iorio durante il suo intervento.

La psicologia delle emergenze

specifica relativamente le quattro fasi che compongono la protezione civile: previsione, prevenzione, soccorso, ricostruzione. Una buona formazione per intervenire sia durante le maxi emergenze che durante le micro emergenze che accadono quotidianamente.

Un'emergenza, come sappiamo, costituisce un'esperienza traumatica inaspettata alla quale psicologicamente non si è mai abbastanza preparati. L'emergenza, quindi, porta le vittime ad utilizzare delle risorse straordinarie per poterla fronteggiare, ma alle volte queste risorse non bastano a garantire una sopravvivenza psicofisica. Quando le difese psicologiche non riescono a far fronte alle richieste interne ed esterne all'individuo e a garantirgli la sopravvivenza egli soccombe, non riuscendo a gestire nell'immediato l'emergenza e riportando seri danni psicofisici a breve o a lunga durata. Per questi motivi è necessario un aiuto psicologico immediato e professionale che permetta allo psicologo dell'emergenza di costituire un *Io ausiliario, un garante della sopravvivenza psichica per la vittima*.

La Psicologia dell'Emergenza si rivolge a popolazioni, gruppi, individui che sono potenzialmente esposti o che hanno subito un evento traumatico, un disastro, uno sconvolgimento di portata eccezionale.

L'obiettivo principale della Psicologia dell'Emergenza è di aiutare i cittadini colpiti o esposti all'evento traumatico a recuperare una nuova normalità e il ritorno alla quotidianità; a trovare le strategie personali per gestire da soli le proprie difficoltà.

La Psicologia dell'Emergenza è costituita da **due settori**: emergenze collettive; emergenze individuali.

Altro aspetto fondamentale di cui tenerne conto è che lo psicologo dell'emergenza non deve partire da solo per intervenire durante

un'emergenza, deve essere inserito in un gruppo preparato, riconosciuto dagli enti istituzionali gestori dell'emergenza. A tale scopo occorre operare all'interno di una rete interistituzionale (ASL, enti locali, istituzioni, associazioni di volontariato) in un'ottica di concertazione e progettazione partecipata degli interventi.

Nell'ambito della Psicologia dell'Emergenza gli psicologi/psicoterapeuti possono offrire i seguenti servizi:

- **Prevenzione** (azioni di informazione e formazione, esercitazioni, counseling) finalizzata a promuovere nella popolazione e nei gruppi a rischio l'acquisizione di modalità affettive e cognitivo-comportamentali di auto protezione.
- **Intervento** in situazioni di micro e macro emergenza.
- **Trattamento** degli stati di destabilizzazione dell'assetto mentale dei soggetti che sono stati esposti ad eventi a forte impatto emotivo.
- **Riabilitazione**: attività di recupero e ripristino dell'identità individuale e sociale e del sentimento di sicurezza.
- **Ricerca** sui fattori di rischio e sui fattori di protezione che vengono attivati in situazioni d'emergenza.

Servizi che gli psicologi del Centro Alfredo Rampi Onlus e di PSIC-AR (Psicologi dell'emergenze Alfredo Rampi) offrono in collaborazione con diversi enti istituzionali e scientifici.

Gli interventi di psicosoccorso che svolgiamo durante l'emergenza sono sia carattere clinico che psicosociale. Interventi che svolgiamo sia in casi di micro che di macro rischio. Sia nelle calamità che negli incidenti la vittima deve essere messa in grado di adottare strategie mentali di tipo comportamentale, cognitivo ed emotivo, come: controllo del panico, gestione dello stress, gestione di sentimenti come la paura, la rabbia, il rapporto con la morte; neutralizzare l'esperienza traumatica dell'incidente e della catastrofe.

Ritengo che lo psicologo sia la figura più adatta per realizzare tale importante scommessa: attrezzare *mentalmente* il nostro paese ad affrontare i rischi e sostenere le vittime coinvolte da eventi critici.

Per realizzare tali compiti così complessi occorre che lo psicologo frequenti specifici percorsi formativi, che possano metterlo in grado di riuscire a muoversi correttamente nei diversi contesti dell'emergenza. Per questo, la **formazione** degli psicologi che intendono specializzarsi nel campo dell'emergenza dovrebbe, a nostro avviso, contenere:

- una serie di conoscenze teoriche sull'emergenza che gli permettano di realizzare l'intervento psicoeducativo delle popolazioni sia nel campo della prevenzione che in quello del soccorso;
- una teoria di riferimento sulle emozioni;
- la capacità di riconoscere ed affrontare il *burn-out*, PTSD, diagnosi clinica;
- una teoria di riferimento sui temi della sicurezza e del rischio;
- un approfondimento teorico sulle tecniche di comunicazione nelle situazioni di crisi;
- la conoscenza dell'organizzazione della Protezione Civile.

Dovrebbe lo psicologo dell'emergenza, inoltre, acquisire una serie di tecniche specifiche per l'emergenza (*triage* psicologico, intervento di sostegno, *defusing*, *debriefing* ecc.) e un proprio **setting interno specifico per fronteggiare la situazione dell'emergenza**.

La verifica delle acquisizioni e delle competenze dovrebbe avvenire attraverso la partecipazione a **esercitazioni di gruppo**, che permettano allo psicologo dell'emergenza di fare esperienza in un contesto protetto della complessità delle variabili in gioco.

La nostra esperienza nella pratica formativa ci consente di individuare

La psicologia delle emergenze

nell'esercitazione uno dei momenti salienti del percorso formativo dello psicologo dell'emergenza. Le esercitazioni aiutano i futuri soccorritori a mettere in pratica le teorie apprese, inoltre ricreano in laboratorio le reazioni emotive attivate dall'emergenza. L'acquisizione di tale formazione

rappresenta un prezioso **bagaglio professionale** utilizzabile dallo psicologo non solo nel campo dell'emergenza, ma anche in altri settori nei quali opera, come quelli della sicurezza del lavoro, del pronto soccorso ospedaliero (DEA), degli ambienti educativi che accolgono adolescenti a rischio (comunità di

tipo familiare, centri di aggregazione giovanile) e di tutti quei contesti lavorativi in cui è richiesto allo psicologo di fronteggiare situazioni d'emergenza.

*Presidente PSIC-AR (Psicologi dell'emergenza Alfredo Rampi).

→🕒 L'assistenza psicologica in ospedale alle vittime di una Maxiemergenza

di Danila Pennacchi*

Nel 2004 l'A.O. San Camillo Forlanini ha redatto e reso operativo il PEIMAF (Piano di Emergenza Intraospedaliera in caso di Massiccio Afflusso di Feriti). Dal 2005 all'interno del PEIMAF è stato previsto ed inserito anche il Piano di Intervento Psicologico.

Il PEIMAF prevede che, in caso di attivazione, il centralino dell'ospedale chiami lo Psicologo Reperibile che diventa il Coordinatore dell'intervento; lo Psicologo Coordinatore attiva il Piano di Intervento Psicologico e convoca due o più psicologi, a seconda del livello di allarme.

Il San Camillo Forlanini è una delle poche realtà ospedaliere dove all'interno di un ospedale sono presenti 11 psicologi, tutti di ruolo, con una reperibilità 24h/24h festivi compresi.

Per la persona che si è trovata a vivere una situazione così grave è importante avere un sostegno psicologico fin dall'inizio ed essere seguito in tutto il percorso assistenziale: dal luogo dell'incidente all'ospedale, fino all'eventuale supporto successivo nei servizi territoriali preposti.

Questo è di aiuto per la prevenzione della Sindrome Post Traumatica da Stress (PTSD).

Anche i familiari, soprattutto in caso di decesso, hanno bisogno di un sostegno

psicologico.

Fondamentale è la **Rete di Coordinamento** tra gli psicologi che si occupano dell'emergenza.

Nel 2005 sono iniziati i primi lavori per la costruzione della Rete attraverso la collaborazione tra gli psicologi degli Ospedali DEA di II Livello di Roma e l'U.O. Psicologia dell'ARES 118.

Successivamente la Rete si è allargata sino ad arrivare allo stato attuale, come descritto nelle tabelle successive e, per quanto riguarda la fase ospedaliera, tutti gli ospedali della Regione Lazio hanno la possibilità di fornire il supporto psicologico.

Questo permette a tutte le vittime ed ai loro familiari di usufruire di una assistenza psicologica sia sul luogo dell'evento che nella fase successiva di arrivo nel Pronto Soccorso.

La Rete ha usufruito ed usufruisce della stretta collaborazione con le Direzioni Sanitarie e con i Primari dei Pronto Soccorso che rendono possibile



Foto 1 L'intervento della Dott.ssa Danila Pennacchi.

tale intervento anche mettendo a disposizione gli aspetti logistici.

RETE PSICOLOGI EMERGENZA

Come funziona nel caso di un grave evento?

La U.O. di Psicologia ARES 118 allerta le Associazioni di Psicologia dell'Emergenza (PSIC-AR, Psicologi della Croce Rossa, Psicologi per i Popoli) che si recano sul luogo dell'evento ed il *Centro di Coordinamento e Assistenza per le Emergenze Psicotraumatiche* a cui

La psicologia delle emergenze

PIANO DI INTERVENTO PSICOLOGICO		
CHI	OBIETTIVI	COMPITI
Psicologo Coordinatore	<p>Coordinare gli psicologi presenti. valuta la situazione insieme al Hospital Disaster Manager HDM Coordinatore – medico che coordina l'intervento nel Pronto Soccorso</p> <p>Gestire le proprie risorse umane.</p> <p>Favorire la comunicazione.</p> <p>Ridurre il rischio di successiva insorgenza di disturbi da stress negli operatori.</p>	<p>Individua gli psicologi per intervento su: Vittime e Familiari.</p> <p>Valuta eventuale riposo dei colleghi.</p> <p>Mantiene comunicazione con HDM Coordinatore, URP, Assistenti Sociali e Ministri di Culto (preti, rabbini).</p> <p>Previene, Monitorizza, Supporta le reazioni acute da stress. osserva e controlla che gli operatori non abbiano momenti di cedimento emotivo</p>

COORDINAMENTO PSICOLOGI DEA II LIVELLO DI ROMA - 2005

Ospedale S. Camillo-Forlanini
 Ospedale S. Filippo Neri
 Ospedale S. Giovanni-Addolorata
 Ospedale Bambino Gesù
 Policlinico Umberto I
 Policlinico Gemelli

Collaborazione con U.O. di Psicologia - ARES 118

COORDINAMENTO TRA GLI PSICOLOGI DEL SSR DEL LAZIO PER LE MAXIEMERGENZE - 2006

- ARES 118 - U.O. di Psicologia
- Coordinamento Psicologi DEA II Livello
- Psicologi DEA I Livello

Ospedale S. Giacomo
 Ospedale S. Spirito
 Ospedale S. Eugenio
 Ospedale CTO

- Psicologi AASSLL

 ASL RM H
 ASL VT

CENTRO COORDINAMENTO E ASSISTENZA PER LE EMERGENZE PSICOTRAUMATICHE

Coordinatore: A.O. San Camillo Forlanini

Tutti gli Ospedali del Lazio
 Aziende Ospedaliere, Ospedali DEA II Livello, DEA I Livello, P.S

ARES 118 - U.O. di Psicologia

In caso di Maxiemergenze nazionali: collaborazione con la Psicologia del Dipartimento di Protezione Civile

comunica il nome degli ospedali coinvolti nell'assistenza alle vittime dell'evento, il numero di feriti inviati in ogni ospedale ed il loro codice di gravità. Il *Centro di Coordinamento* attiva immediatamente gli psicologi presenti negli ospedali coinvolti nell'assistenza alle vittime.

In caso di non possibilità di invio in Pronto Soccorso dello psicologo della Rete ospedaliera, il *Centro di Coordinamento* si avvale della collaborazione delle Associazioni sopra citate e con il coinvolgimento anche delle Direzioni Sanitarie e dei Primari del Pronto Soccorso rende possibile il primo intervento in ospedale.

RETE OSPEDALIERA REGIONE LAZIO

Come funziona nel caso di un grave evento?

Lo psicologo si reca in Pronto Soccorso, valuta la situazione e se è diversa da quanto comunicato, ad esempio se il numero dei feriti è maggiore di quello che era stato indicato, ricontatta il *Centro di Coordinamento* per avere un eventuale ulteriore supporto di personale.

Viene effettuato poi il *triage* psicologico ed il relativo intervento, ove necessario. A conclusione della fase di emergenza tutta la documentazione relativa agli interventi viene inviata al *Centro di*

La psicologia delle emergenze

ALCUNI ESEMPI DI EVENTI IN CUI È STATA ATTIVATA LA RETE DI COORDINAMENTO	
TAMPONAMENTO TRENI STAZIONE LA CELSA: 130 FERITI	FRANA DI VENTOTENE: 2 MORTI, 2 FERITI
Ospedali coinvolti: Policlinico Gemelli A.O. Sant'Andrea Aurelia Hospital Villa San Pietro A.O. San Filippo Neri	Ospedale coinvolto: Santa Maria Goretti di Latina
Rete: presenza psicologi negli ospedali San Filippo Neri Aurelia Hospital Villa San Pietro Intervento effettuato in tutti gli ospedali con la collaborazione delle Associazioni di Psicologi per l'Emergenza	Rete: assenza psicologi al S. Maria Goretti coinvolgimento Psicologi I.C.O.T. (Latina) successivo intervento all'Aurelia Hospital

Coordinamento. Una frequente criticità che si riscontra tra gli psicologi, soprattutto dell'emergenza, è quella di non registrare nulla, è invece molto importante avere documentazione di tutto ciò che viene fatto.

Se la vittima viene ricoverata, l'intervento psicologico prosegue durante la degenza, se viene dimessa le verranno fornite indicazioni sui Centri

preposti (ove presenti) a cui potrà rivolgersi, in caso di necessità.

In caso di trasferimento ad altro ospedale lo psicologo comunica la notizia al *Centro di Coordinamento* che avrà cura di coinvolgere lo psicologo dell'altro ospedale che si farà carico della prosecuzione dell'intervento.

Successivamente alla fase di emergenza viene effettuato un *debriefing* per

valutare punti di forza e criticità dell'intervento svolto, al fine di migliorare l'efficacia e l'efficienza della Rete.

*Psicologa, Ospedale "S. Camillo – Forlanini" di Roma.

→🕒 L'organizzazione dell'intervento psicologico nel sistema extraospedaliero

di Alessandra Ceracchi*

La necessità di definire un modello nazionale di piano sanitario da adottare nelle emergenze trova compimento con l'approvazione nel 2001 del modello di pianificazione sanitaria che prende il nome di *Criteri di massima per l'organizzazione dei soccorsi sanitari nelle catastrofi* (DPCM del 13 febbraio 2001). Questo documento segnala i criteri per redigere i piani di emergenza, individua nel responsabile del 118 il coordinatore della Funzione 2 (Sanità umana e veterinaria, assistenza sociale) e attribuisce alla Funzione 2 i compiti relativi al Primo Soccorso

e assistenza sanitaria, interventi di sanità pubblica, attività di assistenza psicologica e di assistenza sociale alla popolazione.

Viene definito **catastrofe** un evento dannoso e impreveduto, in seguito al quale si verifica uno squilibrio temporaneo tra i bisogni e le risorse del soccorso.

La **risposta** ad un evento catastrofico presenta un andamento bifasico, con una risposta rapida sulla base delle risorse locali immediatamente disponibili, e una risposta differita, sulla base delle risorse organizzate

esterne all'area interessata.

Gli **strumenti** che si usano sono principalmente tre: strategia con l'elaborazione dei piani di soccorso; logistica con il personale, i mezzi e i materiali per sostenere il piano; la tattica per l'applicazione dei piani.

In ARES 118 sono quattro i livelli di allarme:

- Livello 0: è il normale livello di funzionamento.
- Livello 1: quando sono in corso situazioni di rischio prevedibili.
- Livello 2: stato di preallarme attivato quando vi sono eventi

La psicologia delle emergenze

preceduti da fenomeni precursori, le forze devono essere mobilitate entro 15'.

- Livello 3: maxiemergenza con attivazione risorse aggiuntive anche sovraterritoriali.

In ambito provinciale, il coordinamento degli interventi è affidato al Prefetto, che è il rappresentante del Governo in ambito provinciale. Sono presenti 4 aree di intervento la cui responsabilità è affidata ad enti capofila (115,113,118, comune).

La dichiarazione di Maxiemergenza, e quindi il raggiungimento del Livello 3 di allerta, si realizza dopo le opportune verifiche effettuate sia attraverso l'invio di un mezzo esplorante a seguito della prima richiesta di allarme, che attraverso il contatto e le verifiche incrociate con altri Enti.

EXCURSUS STORICO

Prima dei *Criteri di massima sugli interventi psicosociali da attuare nelle catastrofi* (G.U. n. 200 del 29.08.2006), solo gli interventi di soccorso sanitario avevano trovato una loro organizzazione attraverso la realizzazione dei piani di emergenza extra ed intraospedalieri. Gli interventi psicosociali, al contrario, erano affidati all'auto-attivazione del volontariato senza un coordinamento tra gli Enti. A seguito della pubblicazione dei *Criteri di massima sugli interventi psicosociali da attuare nelle catastrofi*, le Aziende Sanitarie del SSR furono obbligate a trovare forme di collaborazione e di coordinamento.

Nasce così nel Lazio, su iniziativa della Dott.ssa Danila Pennacchi, un primo coordinamento tra gli psicologi del DEA di II Livello e, poco dopo, iniziano dei contatti tra il Servizio di Psicologia dell'ARES 118, appena nato, e gli psicologi di questo primo coordinamento.

Nel Novembre 2006, a seguito del primo intervento realizzato in

collaborazione tra ARES, DEA di II livello ed Enti ed Associazioni di Volontariato in una Maxiemergenza (incidente metropolitana di Roma) nasce il *Coordinamento tra gli Psicologi del SSR del Lazio per le Maxiemergenze*. Il 20 dicembre 2007, la regione Lazio nomina il *Referente Regionale* per l'intervento psicologico nelle Maxiemergenze.

Di lì a poco sono stati attuati numerosi interventi che hanno vista attiva la rete creatasi a livello regionale (l'esplosione della fabbrica di fuochi d'artificio nel viterbese; l'esplosione della palazzina di Maccarese; l'incidente dello scuolabus di Fiumicino; ecc.).

Con la Determinazione n. D 2201 del 26 giugno 2008 la Direzione Regionale Programmazione Sanitaria Politiche della Prevenzione e Sicurezza sul Lavoro della Regione Lazio ha istituito il *Gruppo Regionale per la definizione delle Linee Guida Regionali* che comprende: Regione Lazio, ARES, gli Ospedali con i DEA di II livello, il Dipartimento Nazionale della Protezione Civile.

La prima convocazione del gruppo di lavoro è però solo del 25 settembre 2009. Il coordinamento del gruppo viene affidato ad ARES.

Il lavoro del gruppo regionale si è sviluppato su due livelli:

1. Istituzione dell'Equipe Psicosociale per le Emergenze (EPE) del Lazio.
2. Linee guida per l'intervento psicosociale nelle catastrofi.

ISTITUZIONE DELL'EQUIPE PSICOSOCIALE PER LE EMERGENZE DEL LAZIO

Obiettivi dell'EPE

- a. censire e coordinare le risorse presenti sul territorio regionale.
- b. garantire l'intervento psicosociale in eventi catastrofici ad effetto limitato ed in eventi catastrofici che travalicano le potenzialità di risposta delle strutture locali.
- c. consentire la realizzazione

delle manovre prioritarie per la sopravvivenza fisica dei destinatari dell'intervento e provvedere alla tutela della salute psichica attraverso l'attivazione di tutte le risorse personali e comunitarie;

- d. garantire, oltre alla raccolta delle domande di aiuto spontanee, processi di identificazione attiva dei bisogni;
- e. porre particolare attenzione alla distribuzione delle informazioni utili ad attivare comportamenti auto protettivi e di riorientamento adattativo e fornire strumenti per facilitare la comunicazione, la comprensione e l'utilizzo delle informazioni stesse;
- f. garantire la raccolta e la conservazione dei dati utili all'intervento presso il Centro di Riferimento Regionale.

Compiti del Referente

- a. stesura del piano degli interventi dell'equipe;
- b. definizione delle attività che le squadre dovranno svolgere in emergenza nei riguardi delle vittime della comunità di riferimento e dei soccorritori;
- c. valutazione dei risultati acquisiti ed eventuale correzione del piano di interventi per eventuali emergenze successive.
- d. allerta le squadre per il supporto psicosociale in emergenza;
- e. assicura l'intervento sul luogo del disastro, immediatamente dopo il verificarsi di un evento catastrofico;
- f. fa riferimento al responsabile della «Funzione 2» che ha il compito di gestire tutte le problematiche relative agli aspetti sanitari dell'emergenza;
- g. dispone il turn-over degli operatori.

LINEE GUIDA PER L'INTERVENTO PSICOSOCIALE NELLE CATASTROFI

Negli eventi catastrofici a effetto limitato, la C.O. 118 attiva il piano dei

La psicologia delle emergenze

soccorsi includendo nell'allertamento anche il *Referente regionale dell'EPE del Lazio*. Questi si porta presso l'Unità di Crisi, attiva i referenti dell'intervento psicosociale presso gli ospedali e valuta l'invio di una o più squadre.

Il coordinatore della/e squadra/e sul luogo dell'evento si rapporta al *Direttore dei Soccorsi Sanitari (DSS)* e attiva le procedure di sicurezza. Il coordinatore è costantemente in contatto con il *Referente regionale dell'EPE presso l'Unità di Crisi*, per la comunicazione degli invii dei codici individuati attraverso le procedure del triage psicologico, e comunica la conclusione dell'attività sul luogo dell'evento al Referente regionale dell'EPE presso l'Unità di Crisi.

Al termine della fase di emergenza, si provvederà all'osservazione delle vittime e alla compilazione delle schede di triade, che dovranno essere raccolte ed inviate presso il *Centro di riferimento regionale*.

Negli **eventi catastrofici che travalicano le potenzialità di risposta delle strutture locali** la situazione è caratterizzata da devastazione di ampi territori, da un elevato numero di vittime e da un coordinamento delle operazioni spesso estremamente difficile. Nel caso in cui l'evento catastrofico avvenga all'interno del territorio regionale, l'attivazione dell'equipe avverrà da parte della C.O. 118, contestualmente all'inizio delle attività degli altri interventi di emergenza sanitaria.

Il *Referente dell'EPE del Lazio* opererà presso la *Direzione di Comando e Controllo (Di.Coma.C.)* a supporto del coordinatore per l'intervento psicosociale del Dipartimento Nazionale della Protezione Civile nell'ambito della Funzione 2 sanità umana e veterinaria.

Nella fase di breve-medio termine emergeranno le necessità legate all'adattamento della popolazione. In questa fase le squadre dell'EPE svolgono non solo attività volte al sostegno

della popolazione, ma anche funzioni volte a promuovere il ripristino delle reti di supporto sociale.

Nel caso di **eventi catastrofici che travalicano le potenzialità di risposta delle strutture locali al di fuori dei confini regionali**, l'EPE della Regione Lazio opererà all'interno della Funzione 2 sanità umana e veterinaria, nella colonna mobile della Protezione Civile del Lazio.

Allo scopo di rendere più efficace l'intervento, in particolare sul luogo del disastro, l'EPE regionale del Lazio si avvale di Enti ed Associazioni di Volontariato riconosciute dalla Protezione Civile Nazionale e/o Regionale. Tali Enti ed Associazioni si intendono pertanto **parti integranti dell'EPE del Lazio** costituendone le squadre operative sul luogo del disastro. I volontari Psicologi dell'Emergenza afferenti agli Enti ed Associazioni di Volontariato dovranno possedere i requisiti formativi e di esperienza di cui alla Delibera n. 79 del 22 marzo 2005 dell'Ordine degli Psicologi del Lazio.

Purtroppo, l'istituzione dell'EPE e le linee guida regionali non sono state ancora deliberate dalla Regione Lazio, anche se il lavoro del gruppo regionale è stato richiesto per essere adottato come modello di riferimento sia dalla Regione Abruzzo che dalla Regione Sicilia.

Cosa accade attualmente in caso di maxiemergenza nel Lazio?

Attualmente, se nel Lazio viene dichiarato lo stato di allarme, si attiva una sequenza preordinata di allerta che consente la costituzione dell'Unità



Foto 1 La Dott.ssa Alessandra Ceracchi durante il suo intervento.

di Crisi dell'ARES, presso la quale è chiamato a portarsi il Responsabile del Servizio di Psicologia dell'ARES.

Questi, se necessario, allerta le associazioni e gli enti di volontariato per l'invio di una o più squadre sul luogo del disastro, comunica lo stato di allarme al Centro di Coordinamento Regionale dell'A.O. S. Camillo-Forlanini per l'attivazione degli psicologi ospedalieri presso i DEA di arrivo delle vittime.

Il Responsabile del Servizio di Psicologia, in qualità di referente regionale per l'intervento psicosociale, coordina le attività, provvedendo all'invio delle squadre, alla loro rotazione, alla comunicazione del numero di feriti.

Ci sarà un futuro per l'intervento psicologico nelle maxiemergenze e nelle catastrofi nella Regione Lazio? Nonostante la difficile situazione ed i continui ostacoli alla formalizzazione dell'intervento psicosociale, io e tutti gli psicologi che in questi anni hanno lavorato alla costituzione di questa rete regionale ci auguriamo, ed ancora confidiamo, che questo futuro possa realmente realizzarsi.

*Psicologa, ARES 118 Lazio.

La psicologia delle emergenze

→◎ Il Dipartimento della Protezione Civile

di Cristiana Pizzi*

Il Dipartimento della Protezione Civile è una struttura della *Presidenza del Consiglio dei Ministri* con il ruolo d'indirizzo nei progetti e nelle attività per la prevenzione, la previsione e il monitoraggio dei rischi e nelle procedure d'intervento comuni a tutto il sistema. Il Dipartimento coordina la attività di risposta alle calamità naturali, catastrofi o altri eventi che per intensità ed estensione devono essere fronteggiate con mezzi e poteri straordinari. Inoltre, sempre in accordo con i governi regionali e le autorità locali, collabora alla stesura della legislazione sulla prevenzione dei rischi e dei provvedimenti informativi indispensabili per far fronte alle calamità e ridurre al minimo i danni alle persone e alle cose. Promuove, ancora, esercitazioni a livello nazionale ed internazionale e progetti di formazione. In Italia la Protezione Civile è un servizio nazionale, cioè un sistema complesso e decentrato costituito da componenti e strutture operative: Ministeri, Regioni, Province, Comuni, Enti pubblici, Istituti di ricerca scientifica, Istituzioni e ancora: Vigili del Fuoco, Forze Armate, Forze

dell'Ordine, Corpo Forestale, Soccorso Alpino, Croce Rossa e le strutture del Servizio Sanitario Nazionale. Fra tutti, in questi ultimi anni, hanno assunto un ruolo di particolare importanza le Organizzazioni di Volontariato, in particolare attenzione viene data a quelle specializzate in *Psicologia dell'Emergenza* per il taglio professionale e l'indispensabile contributo che portano nei contesti emergenziali a favore dei nostri concittadini colpiti da disastri improvvisi.

Il Dipartimento si occupa anche di prevenzione del rischio, quindi non opera solo quando l'emergenza è sopraggiunta, ma anche per evitare che un'emergenza piombi su un contesto abitativo o naturale.

Ci sono eventi di carattere internazionale a cui la Protezione Civile partecipa come strumento dell'Unione Europea che si attiva per rispondere in maniera tempestiva ed efficace alle emergenze che si verificano in ambito internazionale. In caso di calamità naturali che colpiscono le popolazioni di un Paese europeo o extraeuropeo, il Dipartimento della Protezione Civile può mettere a disposizione

le proprie risorse e competenze tecniche come è avvenuto per l'attentato di Beslan, in Ossezia, nell'agosto del 2005 dove il Dipartimento di Protezione Civile attivò una raccolta fondi e inviò farmaci e per lo Tsunami del 2004 nel sud Est asiatico dove diverse

Task Force del Dipartimento furono repentinamente inviate sul posto per la stima dei danni e la prima assistenza alle popolazioni colpite.

Importanti per il Dipartimento sono due strutture: il **Comitato Operativo** e il **Sistema**.

Il **Comitato Operativo**, che ha sede all'interno del Dipartimento della Protezione Civile, coordina le attività d'emergenza ed è presieduto dal Capo Dipartimento. È composto dai rappresentanti delle componenti delle strutture operative del Servizio Nazionale di Protezione Civile.

Il **Sistema**, invece, è il punto di riferimento del Servizio Nazionale di Protezione Civile, è il centro di coordinamento che riceve, richiede, elabora e verifica e diffonde la informazioni relative alle calamità o situazioni critiche sul territorio, allerta e attiva immediatamente le diverse componenti e le strutture operative preposte alla gestione dell'emergenza per soccorrere la popolazione colpita, superare le emergenze e fornire consulenze a tutte le amministrazioni del Servizio Nazionale. Il Sistema interfaccia tutte le Funzioni di Protezione Civile compresa anche la FUNZIONE: Emergenza Sanitaria e la FUNZIONE: Assistenza alla popolazione.

La risposta operativa in situazioni di emergenza, previste o in atto, è articolata in quattro possibili stati di configurazione: S0 Ordinaria, S1 Vigilanza, S2 Presidio Operativo, S3 Unità di Crisi definiti sulla base della tipologia e delle caratteristiche dell'evento, nonché dell'impatto, potenziale o reale sulla popolazione, sul territorio e sull'ambiente.

Nel caso del terremoto dell'Aquila, una volta partite le prime Task Force, si è



Foto 1 La Dott.ssa Cristiana Pizzi.

La psicologia delle emergenze

parallelamente istituita la **Di.Coma.C.** (Direzione Comando e Controllo). Essa viene istituita in un posto prossimo allo scenario calamitato e all'interno vengono sistemate tutte le FUNZIONI, l'allestimento logistico, in prima istanza, permette alle funzioni un veloce raccordo e un scambio di informazioni in tempo reale. In un primo momento la Di.Coma.C. è stata organizzata nella palestra della Scuola della Guardia di Finanza di Coppito, poi sono stati successivamente allestiti degli open-space per poter lavorare in maniera più ordinata e sistemica. Questi sono i tempi di intervento (alle 3:32 c'è stato il terremoto):

ORE 4.15 Unità di crisi Dipartimento della Protezione Civile.

ORE 4.30 Partenza primo team del DPC per rilievi macrosismici

ORE 4.40 Riunione del Comitato Operativo della Protezione Civile.

ORE 4.40 Partenza delle prime due squadre operative del DPC.

ORE 9.00 Attivazione della Direzione di Comando e controllo - Di.Coma.C. - nella sede della Scuola della Guardia di Finanza.

Da un punto di vista sanitario c'è stata l'immediata attivazione di un presidio medico legale rinforzato con reparti specialistici di polizia e carabinieri per l'identificazione delle salme. È stato evacuato l'ospedale San Salvatore, danneggiato a seguito del sisma, con il trasferimento di 250 pazienti (di cui 150 con MEDEVAC aereo) verso altri nosocomi abruzzesi.

La struttura è stata sostituita da un Ospedale da Campo della Regione Marche rimasto attivo fino al 28 giugno 2009. I primi reparti dell'Ospedale sono stati riaperti già a fine maggio, mentre dal 2 luglio è stato operativo l'Ospedale modulare della protezione civile ad integrazione dei servizi della struttura ospedaliera fissa. È stata inoltre fornita assistenza psicosociale ai familiari delle vittime e alla popolazione sfollata con l'intervento di 100 esperti e si è potuto beneficiare dell'intervento del *Centro Alfredo Rampi Onlus*.

Questi sono i rapporti dei primi 3 giorni di attività psicosociale:

RAPPORTO GIORNI 6-7-8 APRILE 2009

• Feriti direttamente collegati all'evento: 1500.

- Evacuato l'Ospedale San Salvatore dell'Aquila (250 pazienti) e allestito un ospedale da campo vicariante della Regione Marche.
- Pazienti trasferiti presso altri ospedali abruzzesi (Avezzano, Chieti, Pescara, Tagliacozzo, Teramo, Castel di Sangro, Pescara, Sulmona, Atri, Sant'Omero, Villa Pini).
- Completata il 7 aprile, dalla Misericordia di Firenze, sotto il coordinamento del Dipartimento, l'evacuazione del Monastero di clausura di Piazza S. D'Amico delle Suore Agostiniane. 8 suore di cui 2 disabili portate in sicurezza presso il Convento delle Agostiniane di Cascia.
- Coordinato il servizio di riconoscimento salme presso la Scuola della Finanza dell'Aquila, con la Polizia Scientifica, il RACIS dei Carabinieri e i medici legali del Dipartimento di prevenzione delle AASSLL.
- Assicurato il supporto psicologico ai parenti delle vittime con psicologi, il supporto materiale con la CRI e il supporto spirituale con sacerdoti.
- Dispiegati punti di primo intervento e posti medici avanzati (7 nelle ore immediatamente successive all'evento, 16 all'8 aprile 2009).

IL SERVIZIO EMERGENZA SANITARIA E ASSISTENZA ALLA POPOLAZIONE DEL DIPARTIMENTO DELLA PROTEZIONE CIVILE

- **Promuove** le iniziative di competenza del DPC o in relazione ad eventi di natura epidemica/pandemica e alle emergenze sanitarie derivanti da eventi di origine naturale o antropica.
- **Definisce e coordina** le iniziative del DPC in ambito di assistenza sanitaria e psico-sociale alla popolazione in caso di eventi emergenziali nazionali ed internazionali.
- **Contribuisce** alla predisposizione ed alla realizzazione, anche in raccordo con le amministrazioni centrali e regionali competenti, di progetti e programmi nell'ambito dell'assistenza sanitaria e psico-sociale alla popolazione in emergenza.
- **Attiva** le componenti del Servizio Sanitario nell'ambito della generale attività del DPC in materia di esercitazioni e gestione delle emergenze nazionali ed internazionali.
- **Individua** le linee generali e le strategie per la riduzione degli effetti dei rischi connessi in caso di evento emergenziale di competenza del Dipartimento.
- **Assicura** i rapporti con organizzazioni scientifiche e di ricerca, con enti pubblici e privati nello specifico settore coordinandone l'attività in caso di evento emergenziale di interesse nazionale o all'estero.
- **Assicura**, in stretto raccordo con il Servizio volontariato, i rapporti tecnico-operativi con le organizzazioni di volontariato e componente sanitaria, definendone l'impiego in caso di evento emergenziale di interesse nazionale o all'estero.

La psicologia delle emergenze

Per quanto riguarda l’Emergenza in Giappone, una prima Task Force è partita a meno di venti giorni dal sisma. Il 28 marzo è partito un secondo Team italiano composto da esperti di valutazione e gestione delle emergenze. La decisione di organizzare una nuova missione è stata presa a seguito del Comitato Operativo che si è riunito il 23 marzo per fare un punto con le componenti e le strutture operative del Servizio Nazionale di Protezione Civile su vari aspetti legati alla gestione dell’emergenza.

Anche questa seconda missione è stata coordinata dal Dipartimento della Protezione Civile in collaborazione con il Ministero degli Affari Esteri e ha avuto l’obiettivo di supportare l’Ambasciata Italiana a Tokio. Il Team era composto da funzionari del Dipartimento della Protezione Civile, dei Vigili del Fuoco,

dell’Istituto Superiore per la Protezione e la Ricerca Ambientale e del Ministero della Salute.

«Chi lotta con i mostri deve stare attento a non diventare anche lui un mostro. E se guarderai a lungo in un abisso, anche l’abisso guarderà dentro di te.» - diceva Nietzsche e a tal proposito diventa quanto mai importante quanto promuove ormai da anni la Dott.ssa Rita Di Iorio, nella formazione così come nei momenti di confronto come è stato il Seminario del 1-2 aprile, che incoraggia gli Psicologi dell’Emergenza ad avere e continuare a coltivare un robusto livello culturale, non intendendo solo le capacità e le competenze tecniche, scientifiche ed accademiche, ma anche un comportamento e un atteggiamento articolato e disciplinato che permetta

di stare in una situazione di emergenza e starci in modo prezioso per se stessi e per gli altri.

E secondo quanto detto dal Dott. Daniele Biondo, il miglior dispositivo che ha a disposizione uno psicologo dell’emergenza è, e rimarrà sempre, il gruppo, quindi lo Psicologo dell’Emergenza deve saper lavorare in gruppo per il gruppo. Il ruolo dello Psicologo dell’Emergenza è di una importanza e una delicatezza estrema. Se non si interviene subito, se non si interviene correttamente, le macerie più gravi ed ingombranti le persone non le avranno intorno, le porteranno dentro, a volte per sempre.

*Psicoterapeuta, Dipartimento di Protezione Civile.

→🕒 Il Triage con gli adulti e con i minori dallo scenario al DEA

di Luisa De Bellis*

In caso di una grande emergenza sanitaria, tutte le persone coinvolte sono, da un punto di vista psicologico, da considerarsi bisognose di intervento, perché tutte in un modo o in un altro, risentono dell’evento. Due popolazioni sono particolarmente all’attenzione: i bambini e gli anziani. I bambini, perché è evidente che subiscono più facilmente un disturbo acuto da stress; gli anziani, perché più facilmente hanno dei tempi di reazione lenti e vengono particolarmente destabilizzati da eventi così drammatici.

Cosa abbiamo tentato di fare? Abbiamo tentato di dare i nostri codici PSI, mettendo insieme una legenda di quali sono i comportamenti che ci possiamo attendere e che tipo di

intervento prevediamo per quel tipo di codice. Per esempio una delle cose che giudicavamo importanti, nel caso in cui le persone non avessero davvero manifestazioni clinicamente rilevanti o comportamentalmente rilevanti, era quello di avvertirli, anche attraverso un opuscolo informativo che avevamo già predisposto, sulla possibile insorgenza di sintomi differiti.

Fondamentalmente stiamo parlando del DEA, quindi del Pronto Soccorso dell’ospedale.

La domanda da porsi è: il nostro paziente, che al Pronto Soccorso è stato classificato come codice bianco o giallo o verde, che vissuto psichico avrà?

Potrebbe non mostrare alcun tipo di disturbo, oppure potrebbe iniziare a mostrare delle preoccupazioni,

CODICE O PSI
SINTOMI Comportamento adeguato alla situazione, in grado di elaborare una reazione di dolore e/o spavento in modo autonomo.
INTERVENTO INFORMATIVO Possibile insorgenza di sintomi differiti.
A CHI RIVOLGERSI Rete sul territorio.

come ad esempio uno stato di eccitazione particolare, il battito cardiaco accelerato. In quel caso come ci poniamo? Come ci poniamo se individuiamo nel nostro paziente un codice 1?

La psicologia delle emergenze

CODICE 1 PSI

SINTOMI

Pianto, irrequietezza fisica, tensione muscolare, difficoltà respiratoria, battito cardiaco accelerato. Risposte corrette ma concitate.

CODICE BIANCO

Intervento immediato.

CODICE VERDE

Intervento immediato (nell'attesa della visita medica).

CODICE GIALLO

Intervento differibile (rispetto all'atto medico).

CODICE 3 PSI

SINTOMI

Aggressività fisica e comportamenti irrazionali che potrebbero compromettere le operazioni di soccorso. Blocco psicomotorio (escludere sordomuti). Stato allucinatorio, pz. delirante.

CODICE BIANCO

Intervento immediato con lo psichiatra.

CODICE VERDE

Intervento psichiatrico.

CODICE GIALLO

Intervento psichiatrico.

E nel caso di un codice 2, come ci comportiamo col nostro paziente?

CODICE 2 PSI

SINTOMI

Urla, invocazione di aiuto con atti di disperazione non mirata e sottostima del pericolo. Reazioni isteriche che potrebbero influenzare ed inoculare nelle altre vittime reazioni di panico. Pz non orientato, mancanza di lucidità in relazione alle proprie capacità, non collaborazione agli ordini dati.

CODICE BIANCO

Intervento immediato.

CODICE VERDE

Intervento immediato* (nell'attesa della visita medica).

CODICE GIALLO

Intervento differibile* (rispetto all'atto medico)

*Se persona anziana alta priorità

minori. Il criterio è sempre lo stesso, ma non esiste un codice 0 PSI, non è pensabile che un bambino abbia reazioni adeguate all'evento: ogni caso un bambino va sempre trattato. I codici PSI per i minori sono stati suddivisi per fasce d'età.

È chiaro che i comportamenti e le manifestazioni di un bambino sotto i cinque anni o di un bambino in età scolare sono molto diverse da quelle di un pre-adolescente/adolescente e viceversa. Il confronto col Pronto Soccorso medico non viene preso in esame, perché, come già detto, si parte dal presupposto che tutta la fascia minori vada comunque trattata. Quindi prima, durante o dopo l'intervento medico, non fa alcuna differenza.

È stata preparata una scheda di triage psicologico sullo scenario. È evidente che sullo scenario il triage è molto veloce, non possiamo aspettarci di avere un triage raffinato.

L'identificazione delle manifestazioni comportamentali ci consente di attribuire il giusto CODICE psi. Un segnalazione, qualora sia possibile rilevarla sullo scenario, che ci è sembrata molto importante per la valutazione, è se accetta o rifiuta rassicurazione, contatto fisico e se esiste un supporto familiare. Perché questo? Perché l'accettazione della rassicurazione e del contatto fisico sono, per noi

psicologi, è prognostica. Ci consente di capire se è una persona avvicinabile sia emotivamente che fisicamente e quindi se è possibile lavorarci rapidamente o, al contrario, se si tratta di una persona con una reazione più acuta, più severa.

In alto a destra della scheda di triage, troviamo la dicitura "codice PSI triage 1 2 3 NT", "NT" sta per "non triage": significa che il paziente ci arriva dallo scenario senza aver effettuato il triage, ciò capita non solo perché lo psicologo magari non l'ha effettuato, ma anche perché molto spesso le persone arrivano al Pronto Soccorso senza passare dai triage, perché quando si verificano degli eventi di emergenza, al di là di quanto noi pensiamo di poter schematizzare e organizzare le cose, le persone arrivano a piedi, con mezzi di fortuna, accompagnati da qualcuno. Quindi il fatto che una persona abbia già effettuato un triage con un nostro psicologo, può esserci d'aiuto per orientarci.

Per gli adulti, invece, una volta arrivati al DEA, come già visto, ci incrociamo con tutti i codici medici e vediamo se è possibile fare un triage. La scheda ci consente di dare al soggetto un punteggio totale che ci permette di attribuirgli un codice PSI. La scheda contiene anche dati relativi al tipo di intervento che abbiamo fatto o al tipo di intervento che consigliamo di fare.



Foto 1 La Dott.ssa Luisa De Bellis.

Compariamo, quindi, lo stato psichico del paziente con la gravità del suo stato fisico. Per ciascuno abbiamo ipotizzato e codificato i sintomi che l'osservatore psicologo deve vedere per poter attribuire al paziente qual particolare codice PSI. Molto più complesso è il lavoro di attribuzione dei codici di priorità ai

La psicologia delle emergenze

BAMBINI FINO A CINQUE ANNI

CODICE 1 Pianto, irrequietezza fisica, generiche manifestazioni di paura. Richiesta di contatto/vicinanza fisica. Fa continue domande sull'evento e sul perché dell'evento appena accaduto.

CODICE 2 Pianto con richiesta di vicinanza delle figure parentali. Paura degli estranei/difficoltà a farsi avvicinare. Iperattività/agitazione. Stato di allerta. Irritabilità. Ridotta reattività. Comportamenti regressivi (difficoltà nel controllo degli sfinteri/difficoltà nell'espressione linguistica).

CODICE 3 Non si separa in alcun modo dall'adulto che lo accompagna. Irrigidimento corporeo, pianto inconsolabile. Tentativi di sfuggire ai soccorritori. Atteggiamento di estraneità/distacco. Blocco del linguaggio, assenza di reazione agli stimoli.

BAMBINI IN ETÀ SCOLARE

CODICE 1 Pianto. Generiche manifestazioni di paura. Richiesta di contatto/vicinanza.

Comportamento collaborativo anche se agitato. Orientamento spazio-temporale.

CODICE 2 Pianto con richiesta di vicinanza delle figure parentali. Comportamenti regressivi (difficoltà nell'espressione linguistica, mancato controllo dei bisogni fisiologici, suzione del pollice). Marcata tristezza, riferisce sentimenti di colpa. Disorientamento spazio-temporale. Comportamento non collaborativo con i soccorritori. Scarsa reattività / Iperreattività. Stato di allerta.

CODICE 3 Pianto inconsolabile. Comportamento oppositivo provocatorio che potrebbe compromettere le operazioni di soccorso. Scoppi d'ira. Agitazione psicomotoria. Assenza di reattività. Blocco del linguaggio. Atteggiamenti di distacco/estraneità.

PRE-ADOLESCENTI ED ADOLESCENTI

CODICE 1 Disturbi somatoformi. Iperattività. Stato di allerta. Manifestazioni ipocondriache. Comportamento collaborativo, ma agitato.

CODICE 2 Pianto con richiesta di aiuto. Ansia. Irritabilità/manifestazioni di rabbia. Disorientamento spazio-temporale. Reazioni incontrollate che potrebbero generare panico negli altri.

CODICE 3 Aggressività fisica. Comportamento oppositivo/irrazionale che potrebbe ostacolare le operazioni di soccorso. Blocco psicomotorio. Atteggiamento di chiusura. Riferisce pensieri suicidari.

*Psicologa, Ospedale S. Filippo Neri di Roma.

→🕒 L'assistenza psicologica in ospedale ai minori vittime di catastrofi

di Angela Rossi*

L'arrivo in ospedale rappresenta un'altra importante fase del soccorso: è una fase acuta, sconosciuta con cure a volte non comprensibili e dolorose.

L'obiettivo è la stabilizzazione delle condizioni cliniche e la prevenzione della cronicità del trauma. Fin dai primi momenti è utile coinvolgere lo psicologo nell'itinerario clinico affinché attraverso un supporto

professionale specifico si possano condividere percorsi chirurgici e pratiche a volte invasive o interventi chirurgici che possono arrivare a essere anche demolitivi.

Le parole chiave dell'assistenza psicologica in ospedale ai minori vittime di catastrofi sono:

SAPERE – CONOSCERE – ACCOGLIERE – GARANTIRE.

Durante l'intervento di supporto

psicologico è necessario poter sostenere la sicurezza psicologica del bambino/adolescente riducendo i possibili rischi della cronicità del trauma vissuto. È utile adeguare l'informazione alle capacità cognitive del minore, rendendola chiara e coerente; concedendo un tempo che è personale del bambino e dell'adolescente all'elaborazione dell'informazione. Gli operatori sanitari devono poter essere in grado di avere e mantenere

La psicologia delle emergenze

un atteggiamento sincero e coerente. Bisogna, inoltre accogliere e dare dignità alla paura; “reggere” la paura e l’angoscia del bambino/adolescente e sostenere il ruolo del genitore e di conseguenza la sua funzione di rassicurazione.

In età pediatrica non si può disgiungere il bambino dalla sua storia di sviluppo, dalla relazione con le figure di attaccamento poiché frequentemente la reazione del bambino alla malattia è collegata a quella dei genitori o alle altre figure di attaccamento.

Il **saper decodificare** il messaggio trasmesso in modo aperto attraverso verbalizzazioni o comportamenti permette agli operatori sanitari che accolgono in ospedale il minore, di poter applicare nelle cure una **conoscenza condivisa e interdisciplinare**.

L’**accoglienza** è un momento fondamentale della relazione nel quale si accetta il bambino nella sua interezza di persona, con le caratteristiche tipiche della sua fase evolutiva, con le sue paure e le sue difese, la sua affettività/modalità relazionale e la sua famiglia.

Un punto importante dell’assistenza è quindi accogliere anche la famiglia del minore che può sperimentare sentimenti di impotenza e fallimento della funzione di protezione e/o sentimenti di colpa per non averlo saputo proteggere. Spesso ci troviamo di fronte a genitori che possono non riuscire ad accogliere la sofferenza mentale del bambino.

Essenziale è la salvaguardia della relazione genitore-minore: i genitori devono continuare a essere gli osservatori e i “decodificatori” del comportamento del loro bambino. Importante è anche la relazione genitore-operatore con il contatto quotidiano con sanitari e la condivisione di tutte le fasi del trattamento. Inoltre l’alleanza terapeutica tra operatori e genitori come gruppo che persegue lo stesso obiettivo, limita la messa in atto di meccanismi difensivi disfunzionali (come l’isolamento e la razionalizzazione per i sanitari, la negazione, la scissione e la proiezione per i genitori) e crea inoltre un contesto

relazionale all’interno del quale poter riconoscere e affrontare le emozioni negative che ostacolano la comunicazione.

Nel 2007 la rete degli psicologi dei DEA (Dipartimento Emergenza Accettazione) livello di I^a e II^a studiò ed elaborò in accordo con l’Ares 118 di Roma il **Codice di Attribuzione della Priorità Psicologica per Minori**. Lo studio ha previsto l’elaborazione di codici colore (verde, giallo, rosso) analoghi a quelli medici del triage, che sullo scenario dell’evento catastrofico e nell’accettazione ospedaliera avessero le stesse linee, guida di riferimento. Le figure deputate alla rilevazione dei comportamenti disfunzionali sullo scenario sono individuate in psicologi volontari e/o altre figure professionali adeguatamente formate per eseguire il Metodo A.C.P.P.S. (Attribuzione di Codici di Priorità Psicologica sullo Scenario) coordinate da un Dirigente Psicologo strutturato nel Sistema Sanitario Regionale. Questo interessantissimo lavoro congiunto non ha avuto ancora l’opportunità di poter essere applicato.

Concludendo, è possibile avere degli indicatori per orientare la necessità di un eventuale approfondimento psicologico.

COME RICONOSCERE IL TRAUMA NEL BAMBINO IN L’ETÀ PRESCOLARE?

Ansia da separazione e paure; inibizione nel gioco o gioco ripetitivo; regressione; aggressività e distruttività; disturbi del sonno, somatizzazioni (mal di pancia, di testa); irritabilità, stato di allerta e pianto.

COME RICONOSCERE IL TRAUMA NEL BAMBINO IN L’ETÀ SCOLARE?

Paura, pianto, ansia da separazione;



Foto 1 La Dott.ssa Angela Rossi durante il suo intervento.

disturbi del sonno; stato di allarme (attacchi di panico); difficoltà di concentrazione e memoria; difficoltà a raccontare l’esperienza; depressione (colpa del sopravvissuto).

COME RICONOSCERE IL TRAUMA NEL BAMBINO IN ADOLESCENZA?

Evitamento di ricordi legati al trauma; calo del rendimento scolastico; irritabilità/rabbia, comportamento antisociale, difficoltà con i coetanei; uso di sostanze; disturbi dell’alimentazione e somatici; ansia e depressione.

*Psicologa, Psicoterapeuta Unità Operativa Complessa Psicologia Pediatrica, Ospedale Bambino Gesù - Roma.

La psicologia delle emergenze

→🕒 Bambini in tendopoli

lavoro e scambio relazionale con un bambino nel campo di San Vittorino (AQ)

di Michele Grano*

I bambini in emergenza hanno bisogno di essere protetti e guidati attraverso la creazione di ambienti sereni e legami supportivi mirati a ridurre le paure e ridare un senso di sicurezza. Grazie agli interventi dell'Associazione PSIC-AR la tendopoli di San Vittorino (AQ) si è trasformata per loro in un luogo sicuro in cui poter tornare gradualmente ai ritmi della quotidianità, attraverso il gioco, lo studio e la condivisione con i pari, attività proposte da adulti esperti nel comprendere e contenere le loro reazioni emotive e nel comunicare adeguatamente con loro e con le loro famiglie. Vorrei condividere, in particolare, l'esperienza di lavoro e scambio relazionale con un bambino di 8 anni (che chiameremo Luca), di grande interesse per i riverberi professionali e l'intensa condivisione affettiva.

L. è figlio di una ragazza-madre. Ha incontrato il papà in occasioni sporadiche. Circa due anni fa la mamma si è trasferita con un uomo da cui ha avuto una bambina, lasciando L. con i nonni ed escludendolo dal nuovo nucleo familiare. L. è un bambino vispo, curioso, intelligente. Nell'immediato post terremoto ha manifestato sintomi tipici dei disturbi post-traumatici infantili: difficoltà a dormire, paura del buio e di andare al bagno da solo, espressione limitata di affetti. Una settimana dopo il terremoto il suo pappagalino verde è inspiegabilmente volato dalla gabbia e L. è scoppiato in un pianto inconsolabile. Alcuni dei nostri colleghi gli hanno regalato un altro pappagalino, ma dopo qualche giorno anche quest'animaletto è morto, dimenticato di notte nell'atrio della tenda. Inoltre, abbiamo appreso dalla nonna che qualche tempo prima del terremoto anche il gattino di L. è

scappato di casa, episodio vissuto dal bambino con grande dispiacere.

Come si evince dalla breve anamnesi, il trauma del terremoto si è andato a innestare su una serie di gravi traumi e microtraumi relazionali accumulatisi nel corso dello sviluppo, evocando difficoltà pregresse e riattivando ferite che hanno segnato la sua vita passata. Il bambino vive un "trauma cumulativo", difficile da contattare e superare perché multiplo e complesso, e che si riflette nella sua inespressività emotiva. Di fronte a tali criticità, egli mette in atto alcuni tentativi di fronteggiamento:

Se non consideriamo casuale il ripetersi delle perdite di animali a lui cari, possiamo ipotizzare che in qualche modo sia Luca, inconsciamente, a "far avvenire" le morti attraverso inconsapevoli negligenze. Tale coazione a ripetere (Freud, 2006, pp.193-194) è messa in atto nel tentativo inconscio di esorcizzare e dominare i traumi: reiterandoli attraverso forme indirette e accettabili può "permettersi" di contattare un dolore altrimenti troppo angosciante. Tuttavia si tratta di un meccanismo disfunzionale di fronteggiamento, poiché, pur permettendo un contatto indiretto con l'area traumatica e parziale espressione emotiva, ha una valenza inadeguata e riduttiva.

Una modalità più adattiva di risposta al trauma è rappresentata da un gioco che Luca ha inventato insieme a me durante i giorni di permanenza al



Foto 1 Il Dott. Michele Grano.

campo:

L. era un capitano ed io il suo alleato. Insieme dovevamo portare un importantissimo tesoro che avrebbe salvato l'umanità (rappresentato da un pallone che ci lanciavamo evitando che cadesse nella lava o in territori nemici). Durante il percorso affrontavamo vulcani e deserti abitati ogni volta da nuove creature mostruose: api giganti, tirannosauri, scorpioni e orsi polari... L. si lanciava contro di loro affrontandoli con coraggio, colpendoli di volta in volta con le sue mani o chiedendo a me di passargli degli oggetti magici che l'avrebbero aiutato.

Il gioco, che univa aspetti immaginativi e dinamici, ha avuto valenza positiva per almeno due motivi. Uno legato al valore dell'esperienza ludica in sé: attraverso la creatività ludica il bambino «parla di sé, rievoca in sé la sua realtà esperienziale, la comprende, contribuisce a modificarla nella forma e nei contenuti» (Crocetti, 2007, p.34); l'immaginazione in movimento è un potente mezzo espressivo che lo aiuta ad armonizzarsi con le sue

La psicologia delle emergenze

emozioni e i suoi desideri. Le angosce e le difficoltà prendono forma di mostri spaventosi, che però possono essere sconfitti ricorrendo a superpoteri o ad alleati vincenti: in questo modo può contattare e dare vita ai suoi stati interni più preoccupanti.

Di grande rilievo è poi la **valenza relazionale del gioco**, momento di intenso scambio comunicativo e affettivo, che attiva potenti dinamiche transferali poiché è «soprattutto creazione di legami o ricreazione di legami danneggiati o persi» (*ibidem*, p.35). Inoltre, nel quadro interattivo del gioco, «il bambino si affida all'adulto al fine di riacquistare la fiducia in sé» (Di Iorio e Biondo, 2009, p.165) e così fortifica la propria autoefficacia ed autostima.

I miei vissuti sono stati di grande partecipazione emotiva, grazie alla disposizione a contattare la mia dimensione "bambina" – rivelatasi efficace chiave relazionale nonché prezioso strumento terapeutico (Mills e Crowley, 1988, p. 40) – unita alla cura nel monitorare gli aspetti più salienti. Ho provato momenti di difficoltà quando bisognava interrompere il gioco: Luca non avrebbe mai voluto smettere e continuava a prospettare numeri astronomici di avventure. Percepivo che, oltre al divertimento, non voleva rinunciare alla relazione e a quel processo di riparazione profonda di legami spezzati. Prima che lasciasse il campo, tuttavia, ho sentito di dare

un senso finale alle nostre creazioni, e al nostro rapporto, così ho indirizzato il gioco verso la conclusione: il tesoro è stato collocato al suo posto, l'umanità è stata salvata e Luca mi è saltato al collo, felice per il traguardo raggiunto.

Va ricordato che Luca dispone anche di **fattori protettivi**, importanti risorse per fronteggiare crisi e sofferenze: innanzitutto risorse *sociali*, rappresentate dalle cure amorevoli dei nonni, i quali sanno accogliere esigenze e domande del piccolo, anche quelle legate ad esperienze negative e turbanti. Dal punto di vista *personale*, oltre all'inventiva e all'intelligenza viva, Luca ha strutturato ingegnose strategie di auto-protezione psichica, qui sintetizzate in un episodio caratteristico: una sera ha chiesto ai signori che suonavano intorno al falò di eseguire la *Ninnananna di Brahms*, poi è andato a dormire contento; chiedendo spiegazioni alla nonna, ho scoperto che da piccolo amava addormentarsi con un carillon che suonava proprio quella melodia... Per continuare a potenziare tali aspetti adattivi, oltre a confrontarmi sui problemi del nipote, ho discusso spesso delle sue potenzialità con i nonni, con la consapevolezza che ogni intervento in emergenza «dovrebbe focalizzarsi sulla forza per fronteggiare e sul benessere psicosociale, non solo sul dolore e sulle ferite. Quindi concentrarsi sulla crisi come una potenziale opportunità di sviluppo» (Kapor-Stanulovic, 2002, p.98).

BIBLIOGRAFIA

Crocetti G. (2007), *Il gioco del bambino*, in Crocetti G., Pallaoro G., Manuale di pratica clinica e teoria della tecnica. Infanzia, Roma, Armando, pp. 33-36.

Di Iorio R., Biondo D. (2009), *Sopravvivere alle emergenze*, Roma, Magi.

Freud S. (2006), *Al di là del principio di piacere*, in Opere di Sigmund Freud. 12 voll., Torino, B. Boringhieri, pp. 173-251.

Kapor-Stanulovic N. (2002), *Emergenze internazionali. La mia esperienza in Kosovo*, in Lo Iacono A., Troiano M. (Edd.), *Psicologia dell'emergenza*, Roma, Ed. riuniti, pp. 91-104.

Mills J. C., Crowley R. J. (1988), *Metafore terapeutiche per i bambini*, Roma, Astrolabio.

*Psicologo dell'educazione e dell'età evolutiva, socio PSIC-AR (Psicologi dell'Emergenza Alfredo Rampi).

La psicologia delle emergenze

→🕒 Esperienze di intervento psicosociale

di Maria Teresa Devito* e Gabriella Mosca**

Viene definita *stato di emergenza*, una situazione di grave crisi in un'area determinata del territorio nazionale a seguito del verificarsi di calamità naturali, o eventi di altro tipo, che per intensità ed estensione, deve essere fronteggiata con mezzi e poteri straordinari. Quindi l'emergenza è "un evento che minaccia, o effettivamente rischia di danneggiare persone o cose", "è una rottura del normale equilibrio". Nello specifico l'emergenza psicologica è un momento di perturbazione dell'equilibrio psicologico ed emotivo di una persona, dovuto ad una o più circostanze scatenanti, tali da richiedere la mobilitazione di risorse e di strategie di adattamento psicologiche nuove, inusuali o difficilmente fruibili.

Le risposte un individuo al disastro sono di tipo fisico, emotivo, cognitivo e comportamentale, ma poiché il *disastro* non è solamente un "fatto personale" ma coinvolge una o più comunità, determinando non solo perdite personali, ma anche il cambiamento radicale di luoghi abitativi e strutture sociali, ogni sopravvissuto ad un disastro, essendo parte di una comunità, avrà reazioni vissute come tale.

Per quanto riguarda la risposta emozionale delle vittime, essa attraversa alcune fasi. Innanzitutto la FASE D'URTO, caratterizzata da una serie di reazioni emotive intense (shock, panico, confusione e incredulità), di solito seguite dall'attivazione di comportamenti auto-protettivi.

Segue la FASE EROICA (dall'impatto fino al quarto giorno), caratterizzata da un elevato livello di attività. Durante questa fase, vi è un senso di altruismo e molti membri della comunità mostrano una forte spinta all'azione pro-sociale, anche a costo di affrontare seri rischi (la valutazione dei rischi può essere compromessa) e dispendio di energia.

Vi è poi la FASE DELLA LUNA DI MIELE (dalla prima settimana a 3 mesi dell'evento), caratterizzata da ottimismo e fiducia nel pieno recupero, con significativo aumento del *sensu di comunità* per aver condiviso un'esperienza drammatica.

Segue la FASE DELLA DISILLUSIONE che è invece caratterizzata dalla comparsa dei primi sintomi connessi allo stress post traumatico (ansia, depressione, irritabilità). I superstiti scoprono un senso di abbandono dall'esterno e si comincia a realizzare che le promesse possono essere disattese o non mantenute.

La FASE DELLA RICOSTRUZIONE, durante la quale la maggioranza delle persone torna al livello di funzionamento precedente la calamità, anche se gli anniversari aggravano i sintomi. Le basi messe nei mesi precedenti cominciano a produrre cambiamenti osservabili: le richieste di aiuti cominciano ad essere approvate, comincia la ricostruzione.

Nelle situazioni di pericolo, specifiche reazioni e comportamenti si manifestano nelle vittime:

- Comportamenti ansiosi: le persone sono in preda all'ansia, urlano, piangono e diventano incapaci anche di azioni semplici come aprire una porta.
- Comportamenti di fuga disorganizzata: le persone tendono a correre, fuggendo in qualsiasi direzione, anche se non è quella giusta.



Foto 1 La Dott.ssa Maria Teresa Devito e la Dott.ssa Gabriella Mosca.

- Comportamenti di coesione sociale: le persone si riuniscono fra loro e si "sentono un gruppo".
- Comportamenti di panico: si tratta di comportamenti distruttivi, irrazionali e asociali quali il lottare con altre persone.
- Comportamenti altruistici: le persone tendono ad aiutare altre persone in difficoltà, esponendosi loro stessi ad un pericolo vitale.
- Comportamenti di "congelamento": alcune persone rimangono cognitivamente paralizzate e incapaci di muoversi.

Il compito del soccorritore è quello di aiutare fisicamente e psicologicamente, attivando nelle vittime il recupero e una reazione positiva. Obiettivo primario degli interventi in emergenza, è infatti quello di fornire una base tranquilla e sicura a partire dalla quale si può recuperare un livello di equilibrio.

Sono due le tipologie di intervento in emergenza: l'*intervento psicosociale*, svolto da psicologi formati ad intervenire in situazioni di emergenza; l'*intervento clinico*, svolto da psicoterapeuti con formazione in

La psicologia delle emergenze

psicologia dell'emergenza.

L'intervento psicosociale, nello specifico, è rivolto alla collettività e permette attività di aggregazione rivolte ad ogni fascia di età; la sua efficacia è valutabile attraverso il coinvolgimento attivo della popolazione che riesce a stimolare. Naturalmente deve integrarsi con tutte le altre forze del soccorso presenti sul campo.

IL PROGETTO "LUDOBUS - CIBO PER LA MENTE"

I promotori di tale progetto sono, il Centro Alfredo Rampi Onlus e Psicologi dell'Emergenza Alfredo Rampi PSIC-AR, Manager Italia, l'Istituto Nazionale di Geofisica e Vulcanologia, il gruppo Poste Italiane – Kipoint, imprenditori e liberi professionisti della svizzera centrale.

Gli obiettivi sono quelli di sostenere le popolazioni abruzzesi colpite dal sisma; realizzare delle azioni di sostegno psicosociale nella fase della post-emergenza attraverso un gruppo di operatori psicosociale e attrezzare spazi per la socializzazione (con particolare riferimento a giovani, anziani e bambini) nelle tendopoli.

ESPERIENZA PRATICA: INTERVENTO PSICOLOGICO NEL CAMPO DI ACCOGLIENZA DI S. VITTORINO (AQ) – UTILIZZO DI "LUDOBUS – CIBO PER LA MENTE"

La telefonata di pre-allerta arriva il 6 Aprile dal Dipartimento di Protezione Civile Nazionale e dall'Ufficio Extradipartimento del Comune di Roma; viene attivato un coordinamento interno di PSIC-AR, costantemente in contatto con la responsabile dell'area sanitaria degli psicologi, Dott.ssa Giulia Marino, del Dipartimento di Protezione Civile Nazionale.

L'attivazione ufficiale arriva il 7 Aprile con un fax dal Centro Operativo Comunale di Protezione Civile di Roma. Una squadra di psicologi parte in colonna mobile con altre associazioni di volontariato.

L'intervento, nella tendopoli di San

Vittorino (COM 1), è stato organizzato con squadre formate da 3 psicologi che si sono alternati ogni 4 giorni, per un totale di 18 psicologi coinvolti.

I destinatari degli interventi sono stati vittime dirette, testimoni e familiari delle vittime; soccorritori volontari e professionisti; tessuto sociale e comunità.

L'intervento attuato è stato di tipo intergrato, caratterizzato sia da un piano di *Supporto Psicologico* (Triage psicologico, Elaborazione del trauma, Gestione dei sentimenti negativi, Sviluppo strategie di coping) e da un *Supporto Psicosociale* (Facilitare il ricongiungimento familiare, Sistemazione e creazione di ambienti accoglienti nelle tende e nel campo, Creazione di spazi di aggregazione per bambini, anziani, adulti, facilitare la comunicazione, la comprensione e l'utilizzo delle informazioni).

L'intervento ha avuto differenti caratterizzazioni durante le varie fasi dell'evento.

Durante la **fase di emergenza acuta**, sono stati utilizzati il *triage psicologico*, al fine di individuare i casi più gravi e fornire immediato intervento; l'*intervento operativo*, per provvedere ai bisogni fondamentali per la sopravvivenza (acqua, cibo, vestiti, ecc.), per aiutare a rintracciare persone care e amici, verificandone l'incolumità. Gli strumenti di lavoro, in questa fase, sono stati le *schede di triage* e i *diari di bordo*, al fine di garantire una continuità nell'intervento anche durante i turnover delle squadre d'intervento.

Durante la **prima fase successiva all'evento**, sono stati attuati interventi di *defusinge debriefing* di insegnamento di tecniche per la gestione dello stress, è stata, inoltre, effettuata una valutazione del contesto nel campo di accoglienza (rumorosità, affollamento, presenza di zone destinate a bambini, ecc).

Nella **fase di post-emergenza** (a tre

mesi dall'evento catastrofico), lo scenario operativo di soddisfacimento dei bisogni fondamentali della popolazione, si era ormai stabilizzato; l'intervento si è potuto quindi orientare al recupero di un senso di comunità, attraverso un processo di normalizzazione.

Naturalmente, l'intervento non assume caratteristiche diverse solo nelle varie fasi dell'evento catastrofico, ma anche a seconda delle fasce d'età dei suoi destinatari.

L'intervento con i **bambini 0-10 anni**, si caratterizza per la creazione di spazi per il gioco psicologicamente orientato, con l'utilizzo di vari materiali, quali colori (pennarelli, matite, tempere), pongo, puzzle, peluche, piattini, posate e bicchieri di plastica, stoffe, frutta finta, animali giocattolo, macchinine.

L'intervento con gli **adolescenti 11-17 anni** si caratterizza per la creazione di spazi di aggregazione e attività ludico-ricreative con l'utilizzo di libri, cd, materiale di cancelleria (fogli, cartoncini, colla, spago, corde, colori), giochi da tavolo, giochi elettronici, Barbie, Witch, trucchi, Gormiti, carte da gioco, piste automobilsprint.

L'intervento con **giovani e adulti 18 anni e oltre**, ha l'obiettivo di favorire la verbalizzazione e la gestione delle emozioni collegate all'evento catastrofico vissuto e supportare la creazione di una nuova rappresentazione del futuro.

L'intervento con gli **anziani 60 anni in poi**, si concretizza *in primis* nell'individuazione, all'interno del campo, degli anziani con un maggior bisogno di aiuto fisico, sanitario e psicologico. Gli anziani vengono aiutati e supportati durante l'evacuazione delle case dichiarate inagibili. Anche per questa fascia d'età sono prevista, naturalmente, attività ricreative, attraverso l'utilizzo di carte da gioco, scacchi, tombola, bocce, cruciverba/sudoku, ferri da lana e da uncinetto, lana e cotone, fili, aghi, stoffe, romanzi, riviste e libri.

La psicologia delle emergenze

Gli interventi individuali sono stati circa 50 su una popolazione di 200 persone nel campo.

In conclusione, possiamo dire che la costruzione di un percorso all'interno di una tendopoli a seguito di un evento catastrofico, si attua in tre fasi:

- fase 1: soccorso psicologico, che prevede il delicato instaurarsi di una relazione d'aiuto centrata sull'evento.

- fase 2: soccorso psicosociale, che consenta alla popolazione di incontrarsi e condividere attività comunitarie, al fine di trasportare le vittime dall'area traumatica a quella della rinascita, della speranza e del senso del futuro.

- fase 3: recupero dell'autonomia, in cui una serie di risorse interne alla comunità colpita diventano dei riferimenti interni alla tendopoli per dare continuità alle

attività di sostegno psicosociale, autorganizzandole.

*Psicologa delle Emergenze – Vice Presidente PSIC-AR (Psicologi dell'Emergenza Alfredo Rampi).

**Psicologa delle Emergenze – PSIC-AR (Psicologi dell'Emergenza Alfredo Rampi).

→🕒 Il trauma tra socialità ed individualità

di Lucio Maciocia*

L'intervento metterà in connessione gli aspetti terapeutici emersi durante l'esperienza con il gruppo degli studenti di Monte San Giovanni Campano coinvolti nel terremoto dell'Aquila e la rispondenza sociale nel gruppo comunitario del "terremoto".

L'iscrizione nell'inconscio individuale della "catastrofe" trova una sua rappresentazione mitica e fattuale nella collettività e nei meccanismi difensivi. Quanto accade nell'individuo trova espressione anche nella socialità, anzi i meccanismi di rimozione sociale diventano essi stessi protagonisti e motori di processi psichici avvertiti dal singolo come problematici e "impossibili" da pensare. L'onnipotenza del pensiero e delle difese narcisistiche non aiutano il processo di "pensabilità": il terremoto resta un elemento Beta (Bion) non trasformabile. Il processo creativo e generativo della "catastrofe" viene negato per produrre malesseri e inadeguatezze individuali.

Lo straniamento e disorientamento profondo dovuto all'impotenza causata dalla grande paura si consolida nella progressiva constatazione che si è costretti ad un ruolo passivizzante

in cui sembra non esserci spazio per alcuna azione riparatrice, che non sia quello delle cerimonie in ricordo delle vittime. Quanto è successivamente avvenuto, al momento del superamento della crisi, ne è una esemplificazione. Paradossalmente l'efficienza dei soccorsi ha completamente passivizzato le vittime del terremoto, relegandole in un ruolo di semplici spettatori. Il trauma della sciagura si è prolungato nel tempo attraverso la passivizzazione delle vittime di cui lo stato si occupa. L'Aquila è diventato un grande teatro attraverso cui il mondo ha potuto ammirare la solerzia dei potenti del mondo. Lo spettacolo richiedeva che le popolazioni aquilane restassero in attesa del provvidenziale intervento dell'autorità. Rispetto al passato l'autorità ha immediatamente assunto volti noti e pubblici; la bontà del potente ha confermato la passività del bisognoso. Il trauma si è prolungato nel tempo attraverso la conferma della passività del ruolo della vittima. Anche la città dell'Aquila sembra essersi fermata alla notte del terremoto, tutto è rimasto com'era, immobile e disabitato, deserto e desolato. La città si è persa in quartieri decentrati, la collettività e l'identità del luogo ha subito due enormi traumi:

prima il terremoto, poi la ricostruzione che ha ignorato ogni storia a favore della "new town", il nuovo che avanza e che passivizza. Spettatori inerti dello sfacelo del proprio passato, destinata ad acclamare o protestare e/o imporsi con la forza.

I ragazzi che hanno fatto parte dei nostri gruppi terapeutici sembrano essere emblematicamente partecipi di questo dramma: sconvolti e feriti, spaventati e mortificati dal fatto che non tutti ce l'hanno fatta, hanno dovuto, in qualche modo, elaborare una rabbia che, mentre cresceva nella consapevolezza dell'evento, non sembrava trovare terreno di trasformazione nella vita quotidiana. Tutto sembrava congiurare nel ripristino di una normalità.

Ma l'intensità dell'evento ed i danni che ne sono scaturiti sono ancora tutti lì, evidenti e incurati, piaga purulenta negata alla vista. E noi siamo stati accecati con lo spettacolo del nuovo che cancella in un sol colpo ogni dolore. "Cosa avete da disperarvi, che lo vogliate o meno, eccovi le vostre nuove case, eccovi la vostra nuova città". È però importa che le case siano sparse per un territorio vastissimo, che non

La psicologia delle emergenze

ci siano collegamenti, che tutto quello che prima era L'Aquila non ci sia più, che le aule dell'Università siano rimaste vuote e che i capannoni industriali e le caserme, prima svuotate, si siano riempiti di nuovo: nuova classe sociale del nuovo che avanza.

L'Aquila è diventato il teatro di uno psicodramma negato, un enorme esperimento di intervento di emergenza, le cui finalità non necessariamente

coincidono con le esigenze del dolore, del lutto, dell'individualità e della collettività. Le azioni riparative sono state fatte, neanche delegate perché nessuno ha potuto chiedere deleghe, da una entità altra dai protagonisti locali.

C'è qualcosa di profondamente perturbante in tutto questo. L'Italia è terra di terremoti, l'emergenza sismica in Italia non può esistere, è contemplata di per sé. A L'Aquila non c'era nessuna

emergenza, erano già 4 mesi che gli aquilani e gli studenti convivevano con il terremoto. Come dimostra la storia d'Italia, dalle sciagure naturali si può guarire e si può ripartire.

*Psicoterapeuta, Responsabile U.O.
Dipartimento 3D A.U.S.L./FR.

→🕒 Il funzionamento psichico di un gruppo di studenti de L'Aquila

riflessioni a margine di un'esperienza di intervento

di Maria Luisa Monti* e Claudio Paluzzi**

Il presente scritto costituisce una breve sintesi del lavoro presentato a S. Giorgio a Liri il 1° Aprile 2011. Il lavoro, forte della nostra esperienza clinica, offre molti spunti di riflessione che speriamo siano evidenti anche nel presente scritto che, per ovvie ragioni di spazio, vede sacrificati molti passaggi esplicativi del nostro intervento. Lungi dall'essere esaustivo il nostro lavoro ha l'intenzione di facilitare un dibattito su quali siano i possibili interventi in caso di situazioni di emergenza partendo sempre da quello che è il vissuto interno di chi interviene e di chi è il **fruitore** di tale intervento. L'intervento di cui si parla è stato portato avanti, oltre che dagli scriventi, anche dal Dr. A. Mollicone e dal Dr. L. Maciocia con il coordinamento della Dr.ssa A. Borrelli.

Siamo chiamati ad intervenire in una comunità distrutta dal dolore per la morte di due ragazzi che risiedevano a L'Aquila. Quando arriviamo in paese veniamo accolti nell'aula consiliare del comune dove è stata allestita la camera ardente di uno dei due ragazzi. È un momento di enorme patos dove noi operatori siamo costretti a confrontarci

con le nostre personali angosce di morte. Dopo pochi giorni cominciano gli incontri con i ragazzi che hanno accettato la nostra proposta di lavorare in gruppo. Ciò che ci colpisce è la loro descrizione del terremoto come di un forte ed improvviso rumore seguito dal buio e dal crollò. Ci sembra questa la migliore descrizione possibile di quanto accaduto dove la funzione contenitiva pensante viene meno a causa di una scossa emotiva di 10.000 volts. Il risultato di tutto questo sono una serie di sintomi somatici (cefalee, tremori degli arti, insonnia, paure dei rumori e di stare soli) che testimoniano l'avvenuto eclissamento della mente e di una comunicabilità rimasta viva solo nel corpo.

Quando nei primissimi incontri si evidenzia la necessità di lavorare essenzialmente sul proprio mondo interno dal momento che il terremoto è avvenuto sia fuori che dentro di loro tanti ragazzi decidono di abbandonare il gruppo attuando quella che per noi è stata un'opera di negazione. Ravvisiamo questo a vari livelli; dapprima nei ragazzi che temono di dover toccare il proprio **buio interiore**; poi negli amministratori

e nella popolazione del paese stesso dal momento che più nessuno, dopo il trasporto iniziale, si interesserà più a quanto si stia facendo all'interno dei gruppi; infine negli apparati istituzionali e nei mass media che esaltano l'opera di ricostruzioni delle città in siti diversi da quelli di origine quasi a voler "isolare il morbo", a voler relegare le angosce di morte in luoghi, interni od esterni, non accessibili, eludibili. I ragazzi dei nostri gruppi si risentiranno molto quando il Primo Ministro in carica propone una crociera per gli studenti de L'Aquila "per distrarli". Riteniamo che il terremoto, proprio per il suo carattere radicale ed improvviso si trasformi in un elemento fortemente perturbante e traumatico, un "cambiamento catastrofico". Ciò che, pertanto, riteniamo preminente rispetto la nostra funzione è l'operazione di riavvicinamento tra una mente che cerca di mantenere le proprie funzioni razionali ed i vissuti traumatici che sono alla base stessa della **negazione**.

9 Maggio 2009: il gruppo parla di una strada della loro crescita che è stata interrotta dal terremoto; si è creato un baratro: quanto è possibile fermarsi

La psicologia delle emergenze

sull'orlo del baratro a guardare l'assenza ed il vuoto? (due giorni prima c'era stata una celebrazione religiosa ad una mese dalla scomparsa dei loro amici) ... Parlano del loro tornare in seno alla famiglia di origine per sentirsi assicurati e protetti vivendo, però, sentimenti contrastanti rispetto il sistema di vita delle famiglie stesse con conseguenti conflitti.

Ravvisiamo in questo la contrapposizione di angosce agorafobiche e claustrofobiche. Il desiderio di crescere e di raggiungere l'autonomia attiva angosce agorafobiche dal momento che i ragazzi si sentono esposti ai terremoti della vita. Dall'altra il tornare in seno alla famiglia li fa sentire protetti ma al contempo risucchiati da un sistema che inibisce la loro separazione-individuazione. Si verifica, quindi, un né dentro né fuori che crea uno stato di sospensione spazio-temporale rafforzato dai tentativi di negazione che scotomizzando il terremoto interrompono la storia, la continuità delle loro esistenze.

Compare il ricordare con gli aspetti ironici della loro vita quotidiana a L'Aquila. La memoria si genera dal lutto; si tiene nella mente quello che nella realtà non c'è. Il ricordo di episodi della loro vita a L'Aquila è la nostalgia, il ricordare con dolore, il prendere contatto con l'oggetto assente. È questa una evoluzione che colloca il ad una distanza temporale tale da consentirne una riflessione. È ovvio che tutto questo risvegli sensazioni e sentimenti sopiti che attivano la funzione del sogno.

1° sogno: *Sono con due amiche e chiedo di non raccontare a G (una delle due ragazze decedute) che N (anche lui deceduto) è morto altrimenti soffrirebbe troppo...*

2° sogno: *Mi sono svegliato di notte urlando "Si sono sbagliati ... N è vivo!".* Il tentativo di negare il lutto, di non vedere, può essere oggetto della funzione osservante e riflessiva del sogno e si può parlare della loro angoscia.

Perché si vive? Perché si muore? È questo il tema della casualità e dell'incertezza

insite nella vita stessa e che risvegliano i timori agorafobici col timore di ritornare a L'Aquila, di tornare a seguire le lezioni, di tornare a riprendere i loro libri ancora sotto le macerie. La fragilità o la robustezza delle costruzioni richiamano la fragilità e la robustezza della propria mente e questo impone la necessità di una ricostruzione interna. *"È stato un terremoto in tutto e per tutto"* dirà una ragazza del gruppo.

16 Maggio 2009: *Parlano di un film in cui un uomo viene sepolto vivo e collegano questo al terremoto che seppellisce descrivendo le sensazioni che si sono trovati a vivere.* La sensazione dolorosa di essere sepolto in un terremoto può essere vissuta, esperita, attraverso le immagini del film che diviene una **metafora**, il prodromo di un processo di simbolizzazione che consente, a sua volta, una elaborazione mentale del trauma. *Proseguono dicendo che L'Aquila li ha traditi; qualcuno ribatte che il terremoto lo ha traditi "È che questo è successo in un momento di grossa attesa, di onnipotenza da parte nostra... cerano mille strade aperte ed ora non ci sono più" ... "Il terremoto ha rotto l'incanto del "Ho vent'anni e non mi può accadere nulla".* Siamo alle prese con il rapporto tra **illusione** e **realtà**. Lasciandosi alle spalle la propria infanzia l'adolescente va verso l'agorà della propria vita in cui tutte le strade sono percorribili; pian piano la vita vissuta lo porta a selezionare operando delle scelte. I ragazzi del nostro gruppo si sono, invece, ritrovati ad affrontare una limitazione repentina, improvvisa, radicale: l'illusione è crollata di fronte alla realtà. Tornano a parlare di edifici solidi e della necessità di una ricostruzione interna, prima ancora che esterna, non allontanandosi dai vissuti traumatici ma potendoli **vedere** e facendoli entrare a far parte della propria esperienza di vita. Un sogno chiarisce questi aspetti: *So che sono morto e sto a casa con i miei parenti... provo a parlare con loro ma non possono né vedermi né sentirmi... Mi dico che non importa visto*

che io posso stare con loro e così non mi mancheranno... Arriva un mio zio che mi vede e mi saluta, ma io so che deve morire. Quello che a nostro parere viene segnalato è la necessità di stare collegati con aspetti della persona che tentano di non vedere e non sentire: varie istanze della mente possono stare in contatto tra di loro facendo entrare la realtà della morte a far parte della vita. Il gruppo evidenzia l'aspetto progressivo di questo sogno dal momento che ricuce ciò che era stato tenuto separato, negato.

Si riprende a parlare di esami da sostenere, di lezioni da tornare a seguire; qualcuno racconta di essere andato a riprendere i libri rimasti sotto le maceri; qualcun'altro di essersi messo in contatto con colleghi per trovare una stanza disponibile a L'Aquila.

Viene introdotto il tema della modalità di gestire l'angoscia e raccontano di un loro amico che su internet si è inventato di essere rimasto ferito durante il terremoto e di avere un ematoma in testa. Sembra che il cerchio si possa chiudere: il sintomo somatico del loro amico gli dà la possibilità di riflettere ai loro sintomi iniziali di carattere somatico trovandogli un posto nella loro mente e, attraverso scosse interne, un possibile assestamento. *Si affronta il tema del ritorno a L'Aquila: un membro del gruppo dice "La prima volta il corpo trema ma poi lascia spazio al dolore ed alla malinconia".*

*Psicoterapeuta.

**Psicoterapeuta A.I.P.P.I.

→◎ Un tavolo di lavoro per la sicurezza

di Maria Paola Gazzetti**

La sicurezza oggi sembra essere una problematica molto sentita sia a livello d'opinione pubblica che a livello istituzionale. Di fatto però, nonostante se ne parli molto e siano state promulgate varie leggi finalizzate a garantire la sicurezza, rare sono le iniziative che si pongono come obiettivo la prevenzione degli incidenti o degli eventi critici in generale.

Un vecchio proverbio dice “meglio prevenire che curare”, ma in Italia, purtroppo, sappiamo bene che, al contrario, spesso si aspetta che succeda qualcosa per agire. L'iniziativa del Comune di Roma di istituire un tavolo di lavoro composto dalle associazioni di volontariato che si occupano di sicurezza stradale, nasce proprio dall'urgente esigenza di trovare una soluzione a tale problema. Obiettivo del tavolo di lavoro, istituito dal consigliere dell'Assemblea Capitolina On. Ludovico Maria Todini e presieduto dal Presidente dell'Ass. Gruppo Nuova Coscienza Giordano Fantozzi, è quello di diffondere una nuova cultura orientata più alla formazione che alla semplice repressione. In un anno di confronto tra le associazioni di volontariato presenti al tavolo di lavoro, tra le quali il centro Alfredo Rampi da me rappresentato, è emersa la convinzione che se si vuole aumentare,

soprattutto nei giovani, la percezione del rischio e contemporaneamente ridurre l'incidentalità stradale, occorre agire su più fronti e puntare anche sulla formazione dei futuri formatori.

La prima iniziativa concreta scaturita dal confronto tra le associazioni è stata l'organizzazione del Convegno del 19 aprile “SICUREZZA STRADALE Un Patto Per la Vita” svoltosi a Roma presso il comando della Polizia Municipale.

Obiettivo del convegno è stato quello di presentare le associazioni che compongono il tavolo di lavoro e le relative proposte da sottoporre al Comune. Al riguardo l'On. Ludovico Maria Todini nel suo intervento di presentazione del convegno ha detto: «Il Patto per la vita va stretto tra tutti i soggetti interessati e la cittadinanza». Non si può pertanto prescindere dall'istituzione di un Osservatorio per la sicurezza stradale di Roma Capitale, dalla promozione dell'attività educativa e formativa, di iniziative sul territorio e soprattutto dalla promozione di una cultura della sicurezza stradale, coinvolgendo l'associazionismo, il volontariato e l'Università, le categorie professionali come taxi, autoscuole, trasporto privato di merci e persone, gli addetti al controllo come le forze di polizia dello stato e Municipale. Tra i relatori al convegno figuravano due soci del Centro Alfredo Rampi, il Dott. Gianmichele Bonarota, intervenuto però in qualità di organizzatore del convegno e socio dell'associazione tra psicologi “L'Arco” di Roma, e la sottoscritta, Maria Paola Gazzetti, rappresentante del Centro Alfredo Rampi e PSIC-AR al tavolo di lavoro.

Al termine del convegno è intervenuta, in rappresentanza del Centro, anche la Dott.ssa Maria Teresa Devito che ha illustrato ai partecipanti più nel dettaglio la metodologia utilizzata dal Centro



Foto 1 L'On. Ludovico Maria Todini.

Alfredo Rampi durante gli interventi di educazione stradale nelle scuole. Il Centro Rampi era presente al convegno anche con il *LUDOBUS* visitato da molti partecipanti ai quali è stato spiegato l'utilizzo e mostrata l'organizzazione del materiale suddiviso per fasce d'età. Tra le proposte da presentare al Comune di Roma attraverso l'On. Todini fatte nel corso del convegno, ricordo quella relativa all'esigenza del supporto psicologico sul luogo dell'incidente per i parenti delle persone coinvolte/vittime, la formazione per i formatori, per gli istruttori delle scuole guida, per gli insegnanti e l'istituzione di un osservatorio per monitorare le iniziative attuate o progettate in tema di educazione stradale.

L'INTERVENTO

L'intervento è iniziato con una breve presentazione del Centro Alfredo Rampi. Dopo aver ricordato che quest'anno si celebra il 30° anniversario, ho cercato brevemente di illustrare ciò che l'associazione da anni svolge in tema di sicurezza stradale.

Dal 1981 il Centro Alfredo Rampi Onlus svolge attività nelle scuole di ogni ordine e grado, sia in classe che con i docenti; attività di formazione con gli istruttori ed i docenti delle autoscuole



Foto 2 La Dott.ssa Maria Paola Gazzetti.

Formazione e scuola


Associazione Gruppo Nuova Coscienza

Con il patrocinio di:
 
PROVINCIA DI ROMA

ROMA CAPITALE

SICUREZZA STRADALE

Un Patto Per la Vita

Martedì 19 Aprile 2011 Ore 10:00
 Presso il Comando della Polizia Municipale
 Sala Gonzaga
 Via della Consolazione, 4

Percorri sempre la strada in sicurezza

Arrivi Sicuramente

Soliti: **On. Giovanni Alemanno** (Sindaco Roma Capitale)

Apertura: **On. Ludovico Maria Todini** (Consigliere Assemblea Capitolina)

Modera: **Giordano Fantozzi** (Presidente Ass. Gruppo Nuova Coscienza)

Interverranno:

On. Fabio Armeni <small>(Ass. ne Ricorse Civiane Delta Regione Lazio)</small>	On. Antonello Aurigemma <small>(Ass. ne aria Mobilità di Roma Capitale)</small>	
Dott. Angelo Giuliani <small>(Com. la Gen. Polizia Municipale di Roma)</small>	Dott. Diego Porta <small>(V. Com. la Gen. Polizia Municipale di Roma)</small>	Dott. Gianmichele Bonarota <small>(Ass. ne polizia.org L'Anno - Roma)</small>

Dott. R. Bonarota <small>(Resp. Formazione S. di L.P.M.)</small>	Dott.ssa R. Buscia <small>(Ass. Vigile Amica)</small>	Dott. F. Cecamore <small>(Patente Web)</small>	R. Di Marco <small>(Deleg. Nuova Coscienza Mun. XX)</small>
Car. F. Favoloro <small>(A.R.V.I.C.)</small>	Dott.ssa M. P. Gazzetti <small>(Centro Rampa)</small>	Dott. S. Lulli <small>(D.S. Pol. L.)</small>	V. Pres. R. Magrini <small>(Comp. Radio Taxi 2570)</small>
Dott.ssa A. Marilli <small>(A.N.C.E.I.)</small>	Avv. F. Ramacci <small>(Studio Legale)</small>	Prof. A. Santonocito <small>(Dottorato Scuola Pol. Municipale)</small>	Dott. G. Solito <small>(JD School)</small>
Prof. M. Spremola <small>(Univ. telematica Pegaso)</small>	Dott.ssa A. M. Woods <small>(I.L.C.E.S. Parco Scuola Truffa)</small>		

e inoltre

I Consiglieri dell'Assemblea Capitolina di Laboratorio Roma

Per info: Gruppo Nuova Coscienza Cell. 3477133531 email: giordano.fantozzi@gmail.com

e collabora con i poliziotti della Municipale di Roma per la formazione dei bambini all'uso sicuro del quartiere e con la Provincia di Roma per la preparazione di adolescenti e giovani adulti alla guida, tutto ciò finalizzato alla prevenzione degli incidenti e delle calamità.

Nel corso dell'intervento in particolare ho voluto porre l'accento sulla metodologia attuata dal Centro Alfredo Rampi nelle scuole, metodologia che rende il nostro intervento formativo differente da quello effettuato solitamente nella scuola. L'approccio psicoeducativo creato e utilizzato dal Centro Rampi è definito *Psicopedagogia del rischio ambientale*.

Questo tipo di intervento prevede tre fasi:

- **INTERVENTI DI FORMAZIONE**
Sapere: interventi sul codice stradale.
- **INTERVENTI DI ADDESTRAMENTO**
Saper fare: esercitazioni con preadolescenti alla guida sicura e alla manutenzione del ciclomotore con la collaborazione dei motociclisti della Polizia.
- **INTERVENTI DI FORMAZIONE**
Saper essere: intervento nelle scuole superiori con il gruppo classe per la realizzazione del patto sul rischio accettabile e interventi longitudinali nel quartiere con adolescenti a rischio.

*Psicologa, socio PSIC-AR (Psicologi dell'Emergenza Alfredo Rampi).

Foto 3 La Locandina "SICUREZZA STRADALE Un Patto Per la Vita".

→🕒 Terremoto e maremoto in Giappone, 11 marzo 2011

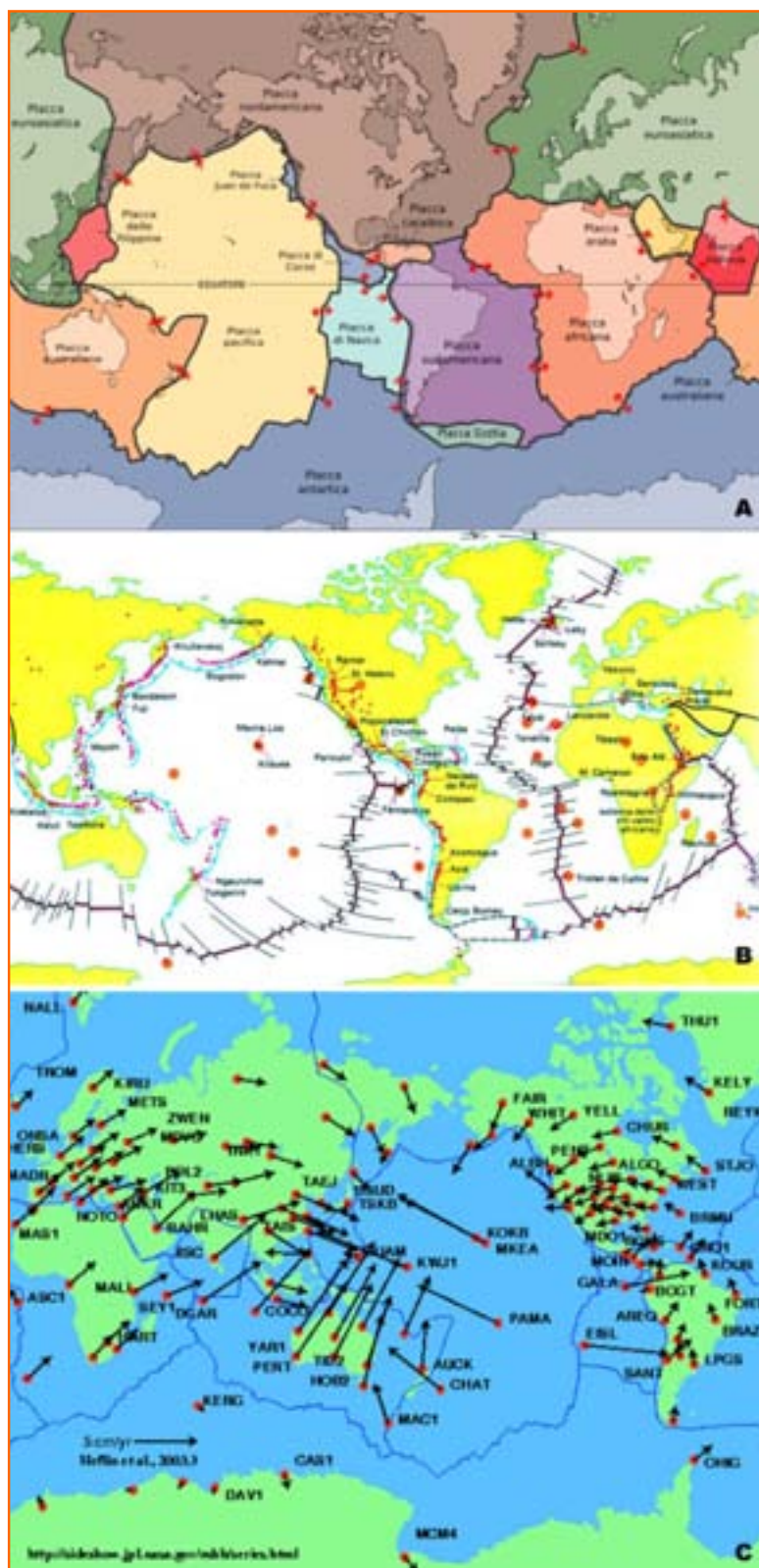
analisi dei fenomeni

di Giovanni Maria Di Buduo*

La litosfera è la parte più superficiale del nostro pianeta, è caratterizzata da un comportamento prevalentemente fragile, ed è frammentata in 13 grandi placche (fig. 1) (Pacifica, Nazca, Cocos, Nord Americana, Caraibica, Sud Americana, Eurasiatica, Africana, Arabica, Indiana, Australiana, Filippine e Antartica) e in numerose placche di minori dimensioni (la litosfera non va confusa con la crosta terrestre, distinta in base alla composizione chimica). Essa ha uno spessore molto variabile, compreso in genere tra 5-10 chilometri e poco più di 100 (comprende la crosta e una parte del mantello superiore); al di sotto di essa si trova l'astenosfera (fig. 2 e 3), in cui una piccola percentuale di rocce si trova allo stato fuso, che si trova in genere tra 100 e 350 km di profondità, e riveste un ruolo fondamentale nella dinamica terrestre, perché è il livello in cui la litosfera si muove rispetto al mantello sottostante.

Il Giappone si trova in prossimità del confine tra 4 placche, dove si

Figura 1 Il mosaico delle placche litosferiche in continuo movimento; dall'alto verso il basso: nome delle placche, tipi di margini, velocità. A: le placche più grandi in cui è divisa la litosfera: le frecce rosse indicano i movimenti relativi [wikipedia]; B: le linee azzurre rappresentano i margini convergenti, le linee nere i margini conservativi, le linee rosso scuro in grassetto i margini divergenti (dorsali oceaniche); i triangoli e i cerchi rossi evidenziano le aree con attività vulcanica, che è concentrata in corrispondenza dei margini convergenti [INGV]; C: velocità dei movimenti relativi delle placche ricavati dalla geodesia spaziale: si prenda come riferimento in basso a sinistra la lunghezza della freccia che indica una velocità di 5 centimetri all'anno [Heffin et al, NASA].



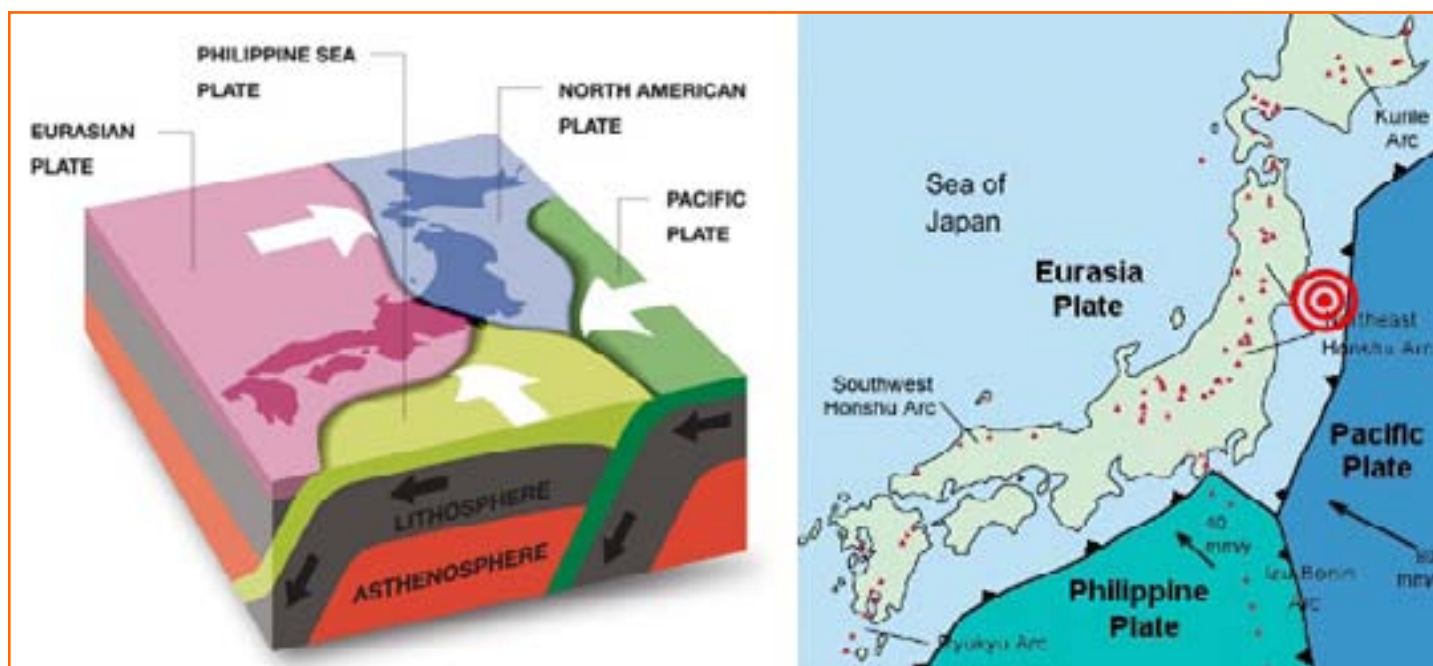


Figura 2 Il Giappone si trova in prossimità del confine tra 4 placche, che si muovono in direzioni diverse con velocità differenti (la placca pacifica si muove verso il Giappone di circa 8 cm ogni anno); nella figura di destra è riportato l'epicentro del terremoto dell'11 marzo 2011, ma non è tracciata la placca nordamericana [immagine a sinistra: www.volcanolovers.net; immagine a destra: <http://volcano.und.nodak.edu>].

incontrano 3 zone di subduzione; due di queste hanno un andamento all'incirca parallelo alla costa giapponese orientale: a sud la placca filippina subduce sotto quella euroasiatica, a nord la placca pacifica scorre sotto quella nordamericana (fig. 2). A causa del loro assetto geodinamico le zone di subduzione delle placche sono caratterizzate da eventi sismici frequenti e di energia molto elevata: le coste dell'Oceano Pacifico sono infatti dette "anello di fuoco" a causa dell'intensa attività vulcanica e sismica che vi si genera.

Il fondo del Pacifico continua a formarsi lungo le dorsali oceaniche da centinaia di milioni di anni; man mano che si forma si sposta allontanandosi da esse in direzione delle fosse, per venire poi consumato nel processo di subduzione (fig. 1): nelle zone dove una placca scorre l'altra i forti attriti provocano periodicamente la formazione di grandi fratture (faglie) nelle rocce coinvolte nella subduzione (che generano

terremoti molto forti) e le condizioni di temperatura e pressione provocano la fusione parziale delle rocce e la conseguente risalita di grandi quantità di magma che alimentano i vulcani in superficie (fig. 3).

IL TERREMOTO DELL'11 MARZO 2011

Il sisma si è verificato l'11 marzo 2011 alle 14:46 locali (06:46 in Italia) con un epicentro situato vicino alla costa orientale della regione di Honshu, più di 370 km a nord-est di Tokio e quasi 180 km ad est-nord-est dell'ormai tristemente nota Fukushima; l'ipocentro è stato localizzato ad una profondità di circa 24 km lungo il contatto tra la placca pacifica e quella nordamericana (fig. 4a). Con una magnitudo momento sismico di 9.0 è stato il più potente sisma mai misurato in Giappone ed il quinto di sempre. Epicentri dei terremoti tra il 9 e il 10 marzo 2011 (cerchi gialli), dell'evento

principale dell' 11 marzo (cerchio arancione più grande) e dello sciame sismico delle successive 24 ore (cerchi arancioni e rossi); la grandezza dei cerchi è proporzionale all'energia liberata dai sismi [www.scientificamerican.com]. Magnitudine dei terremoti verificatisi a largo della costa di Honshu tra il 9 e il 14 marzo 2011: sono evidenti i due eventi principali del 9 marzo (che non ha provocato danni rilevanti) e dell'11 marzo, e le relative repliche di minore intensità [www.scientificamerican.com - modificata].

L'accelerazione del suolo ha raggiunto valori di picco di quasi 3 volte superiori all'accelerazione di gravità. La grande energia sprigionata dal sisma ha spostato le coste del paese di circa 4 metri verso est e causato lo spostamento dell'asse terrestre di circa 17 centimetri [fonte: NASA]. Lo spostamento dell'asse di rotazione terrestre non è di per sé un evento eccezionale: lo spostamento di grandi masse lungo estese faglie che si verifica in occasione di grandi terremoti

cambia la distribuzione della massa della Terra e forza l'asse di rotazione a modificare il suo percorso verso una posizione di massima stabilità. L'entità della deviazione dell'asse terrestre è proporzionale alla magnitudo del sisma, e dipende anche dalla sua posizione, ovvero dalla posizione delle masse che si spostano rispetto al baricentro: più vicino è l'ipocentro all'equatore (a parità di movimento) e minore è l'effetto sull'asse terrestre. L'effetto del sisma dell'11 marzo è stato di una diminuzione del tempo di rotazione della Terra di circa 1,6 milionesimi di secondo [NASA], le conseguenze pratiche sono al limite del misurabile e quindi non hanno motivo di destare preoccupazione: la variazione è permanente, e si accumula diventando via via maggiore, ma con effetti che nella scala delle misure comuni hanno un impatto infinitesimo (da un calcolo approssimativo si desume che tra 100.000 anni il tempo di rotazione sarà più breve rispetto ad oggi di qualche minuto).

Il terremoto dell'11 marzo è stato preceduto da un sisma di magnitudo 7.2 avvenuto il 9 marzo a circa 40 km di distanza dall'evento dell'11 e da repliche nelle successive 48 ore, tra cui altri 3 terremoti di magnitudo maggiore di 6 nello stesso giorno: in occasione del sisma del 9 marzo non sono stati segnalati danni rilevanti e si sono avute onde anomale di ampiezza fino a 60 centimetri nel porto di Ofunato.

Dal 1973 ad oggi, lungo la zona di subduzione della fossa del Giappone, sono avvenuti 9 eventi di magnitudo superiore a 7. Il più grande fra questi è stato un terremoto di magnitudo 7.8 avvenuto nel dicembre del 1994 e localizzato a circa 230 km a nord dell'evento dell'11 marzo [fonte: INGV].

In seguito alla scossa si è generato un maremoto con onde che hanno raggiunto una velocità di circa 750 km/h, ed un'altezza massima di quasi 39 metri presso la penisola di Omoe

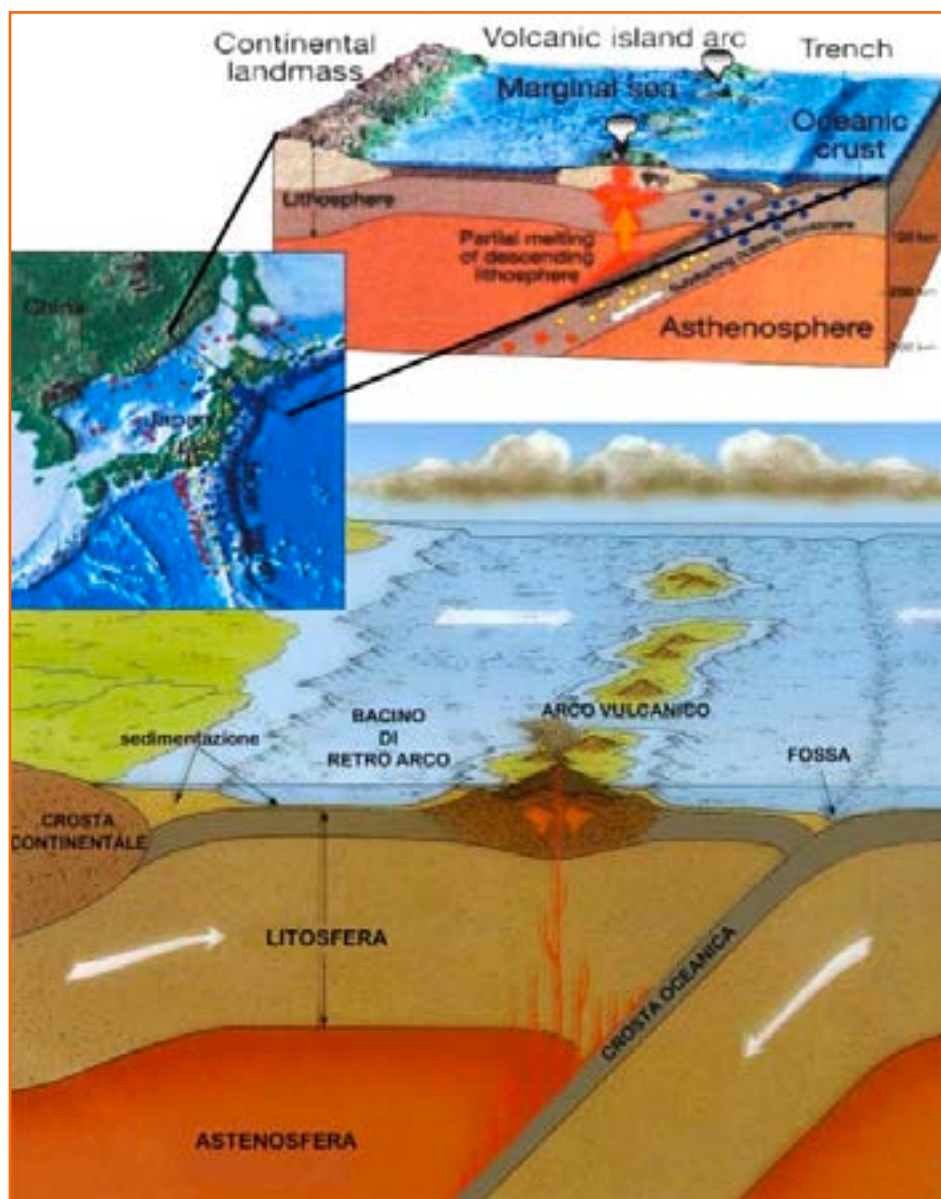


Figura 3 Sezione schematica dell'assetto geodinamico nel Giappone settentrionale: la placca asiatica scorre sotto quella nordamericana: le condizioni di pressione e temperatura sono tali da provocare la fusione parziale delle rocce e la conseguente risalita verso la superficie di magma, che genera una serie di edifici vulcanici; nella figura in alto i cerchi colorati indicano gli ipocentri dei terremoti che si generano lungo la placca in subduzione (in blu quelli più superficiali, in rosso i più profondi) [immagine in basso: Tasa Graphic Arts - modificata].

nelle vicinanze della città di Miyako; i danni più ingenti si sono verificati nella prefettura di Miyagi, più urbanizzata, con automobili, edifici, navi e treni travolti dalle onde. La costa settentrionale dell'isola di Honshu è stata oggetto in passato di diversi maremoti, tra cui quello del 1933 costato la vita a più di 3.000 persone.

I danni causati dalle onde sismiche sono stati trascurabili rispetto a quelli generati dal maremoto: fin dal secondo dopoguerra infatti la ricostruzione del Giappone è stata portata avanti tenendo in forte considerazione i criteri antisismici. Tali criteri sono stati ovviamente perfezionati nei decenni successivi con il miglioramento delle

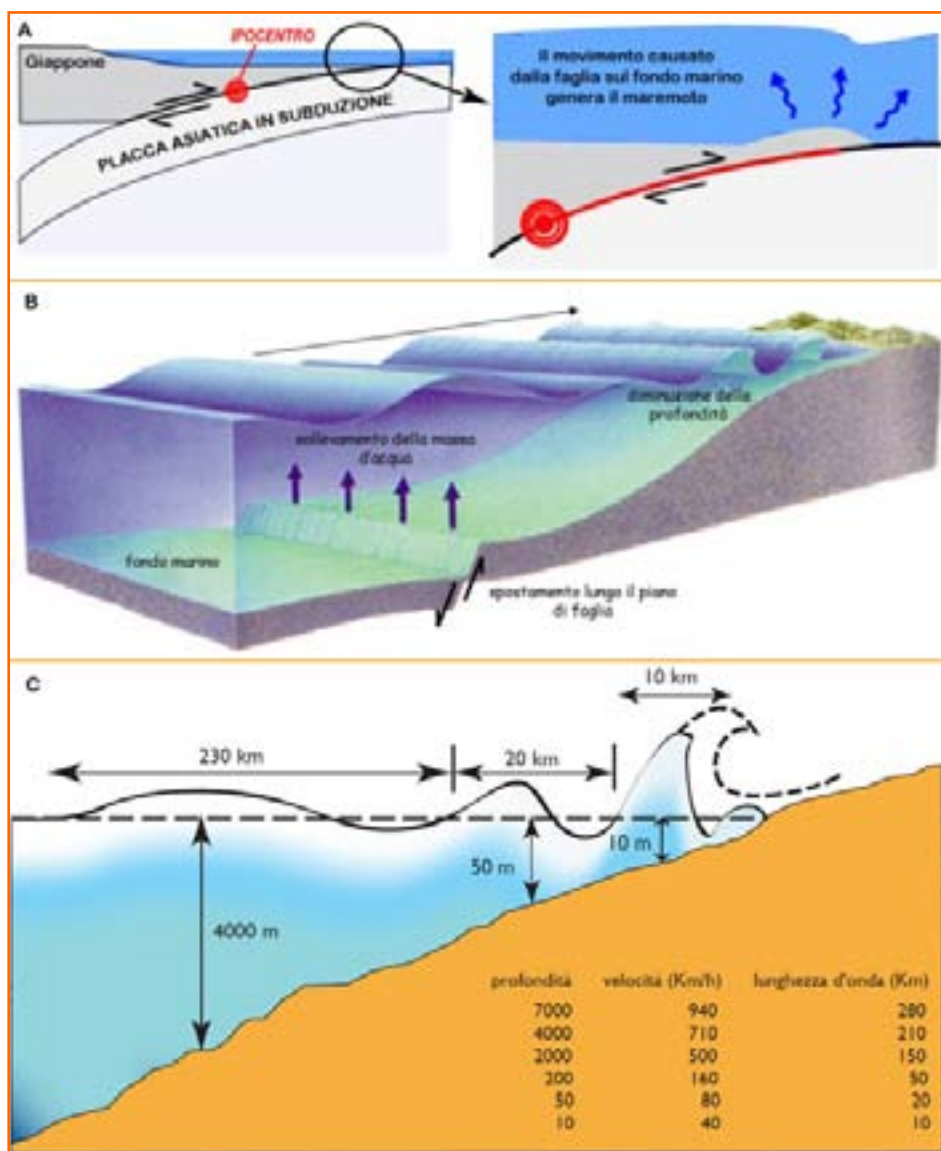


Figura 4 Schema illustrante la genesi del maremoto. A, B: il sollevamento della massa d'acqua causata dal movimento sul fondo marino diviene via via maggiore man mano che la profondità diminuisce [A: www.scientificamerican.com – modificata; B: Press & Siever]. C: le onde prodotte dal vento muovono solo la parte superficiale dell'acqua, mentre le onde di maremoto invece muovono tutta la colonna d'acqua dal fondo alla superficie; per questo hanno una forza d'impatto sulla costa estremamente elevata e sono in grado di avanzare nell'entroterra anche per alcuni chilometri [INGV].

conoscenze geologiche e delle tecniche costruttive: gran parte del patrimonio edilizio giapponese (a differenza di quello italiano) è in grado di resistere a sollecitazioni sismiche molto intense in ampiezza e durata. Basti pensare che il sisma in esame ha liberato un'energia circa 30 mila volte (!) superiore a quello avvenuto nell'aquilano il 6 aprile 2009.

IL MAREMOTO DELL'11 MARZO 2011

La lunghezza della zona di frattura ammonta a 300-400 km, con un movimento relativo prodotto tra i due blocchi a contatto di 10-20 metri [fonte: scientificamerican.com]. La frattura si è propagata verso l'alto fino al fondale marino producendo un suo

improvviso movimento verso l'alto che è stato trasmesso alla colonna d'acqua sovrastante generando un forte maremoto (fig. 4, 5). Quando il movimento generato da un terremoto arriva ad interessare il fondale marino la perturbazione provocata dal suo spostamento si trasmette ad un imponente volume d'acqua: essa, essendo incompressibile, trasmette con molta efficacia l'energia ricevuta sotto forma di onde dotate di lunghezza e velocità molto elevate (i maremoti, oltre che da terremoti sul fondale marino, possono essere provocati da frane, eruzioni vulcaniche e, per fortuna molto raramente, dalla caduta di meteoriti).

Lo spostamento d'acqua crea onde superficiali molto lunghe, tipicamente di qualche centinaio di chilometri e quindi di lungo periodo, qualche decina di minuti in condizioni di mare aperto. Per confronto le normali onde marine (generate dal vento) hanno lunghezze d'onda di pochi metri e un periodo di solo qualche secondo mentre le onde di tempesta hanno lunghezze al massimo di 150 metri e un periodo di una decina di secondi: la lunghezza, l'estensione e il periodo delle onde di un maremoto sono quindi di gran lunga superiori a quelle delle comuni onde marine. Inoltre nelle comuni onde marine solo il volume d'acqua degli strati superficiali dell'oceano è direttamente mosso dal vento, mentre nel maremoto il fenomeno dell'onda coinvolge l'intera colonna d'acqua, dal fondale alla superficie (fig. 4c).

Le velocità di propagazione delle onde di maremoto a largo sono in genere di centinaia di chilometri orari, raggiungendo anche valori di 500-1000km/h, con lunghezze d'onda di centinaia di chilometri ed altezze di alcuni centimetri, poco osservabili se non con particolari e apposite strumentazioni. Avvicinandosi alla costa la diminuzione di profondità comporta l'aumento dell'altezza delle onde che acquistano anche capacità

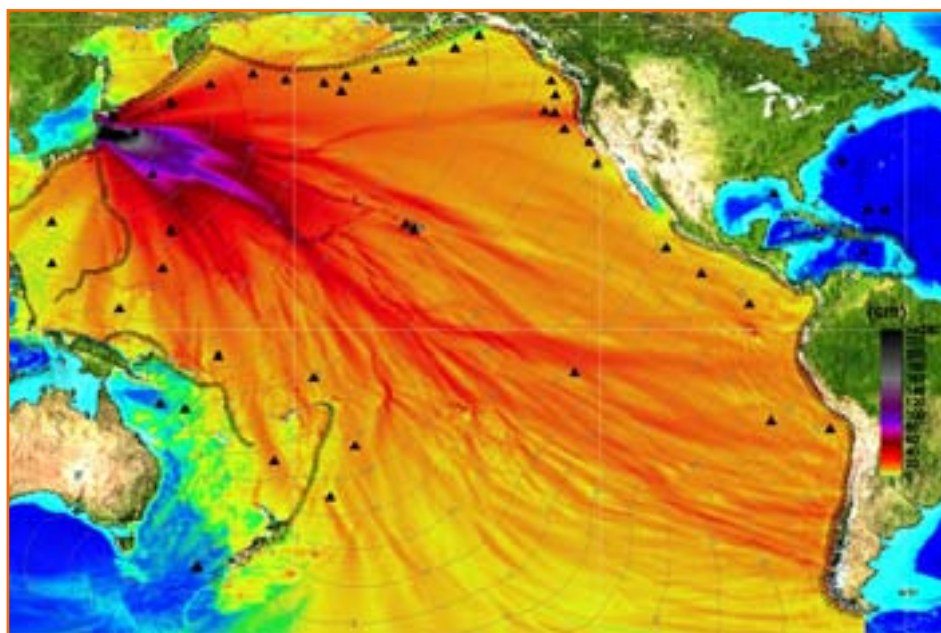


Figura 5 Altezza dell'onda di maremoto dell'11/03/2011 nell'Oceano Pacifico: sulla destra è riportata la scala dei colori (in nero altezza maggiore di 240 cm, in viola circa 100 cm, in rosso circa 20 cm), le sottili linee grigie tracciate sull'oceano indicano quante ore ha impiegato l'onda a propagarsi [National Oceanic & Atmospheric Administration].

di erosione e trasporto sul fondo a causa dell'attrito con esso: in questo modo possono entrare anche per diversi chilometri sulla terraferma pianeggiante con effetti altamente distruttivi, sia nella fase montante che in quella di risacca. Infatti "tsunami" è una parola giapponese che significa "onda (nami) nel porto (tsu)", in quanto anticamente si osservava che alcune onde diventavano devastanti avvicinandosi alla costa.

In estrema sintesi i danni devastanti causati in Giappone dal maremoto possono essere imputati agli elevati valori di altezza e ampiezza dell'onda di tsunami, che hanno permesso alle acque di superare le barriere anti maremoto presenti su circa il 40% delle coste giapponesi, e di penetrare con forte energia per diversi chilometri nell'entroterra.

I metodi di difesa e allarme non erano quindi calibrati a sopportare un evento di tale intensità; l'energia trasmessa alla colonna d'acqua dal terremoto è stata molto elevata anche a causa della bassa

profondità dell'ipocentro (24 km, in confronto al piano di subduzione che può arrivare anche a 600-700 km di profondità).

Il maremoto si è propagato in tutto l'Oceano Pacifico con altezze minori e quindi con effetti meno dannosi (fig. 5): a Crescent City, in California al confine con l'Oregon, le onde hanno raggiunto un'altezza di 2 metri ed hanno provocato l'unico morto del continente americano, undici imbarcazioni affondate e 47 danneggiate.

Sulle coste italiane i maremoti conosciuti dal 79 d.C. ad oggi sono 67 [fonte: INGV]: l'ultimo è avvenuto il 30 dicembre 2002 a Stromboli (Isole Eolie), causato da una frana nella Sciara del Fuoco. Nel nostro continente non ci sono però regimi geodinamici confrontabili con le zone di subduzione del Giappone. L'unica struttura di subduzione è di piccole dimensioni e si trova nel Mar Tirreno, a modesta profondità sotto l'arco delle Isole Eolie. In Italia esistono altri sistemi di faglie che si attivano

per movimenti diversi da quello della subduzione: per esempio i processi di compressione e collasso lungo i sistemi di catene montuose di origine recente come l'Appennino (si veda l'articolo "La pericolosità sismica in Italia" CIP n. 8, agosto 2009).

*Geologo.

Protezione Civile e Volontariato

→🕒 Il progetto di servizio civile

di Valeria Catalano*

Per l'anno 2011 presso l'Ufficio IV - Gestione delle emergenze - Servizio emergenza sanitaria e assistenza alla popolazione del Dipartimento della Protezione Civile (DPC) è stato avviato un progetto di Servizio Civile dal titolo *l'Empowerment degli operatori di protezione civile e delle persone da soccorrere in maxi - emergenze*. Il progetto che vede coinvolti quattro volontari coordinati da Cristiana Pizzi e Maria Rosa Casagrande, si compone di due aree di intervento: l'assistenza psicosociale in emergenza e l'accoglienza ed assistenza delle persone con disabilità in emergenza.

Per quel che concerne l'assistenza psicosociale il progetto si pone come obiettivo la costituzione di una Equipe Psicosociale in Emergenza (EPE) in ogni Regione, così come previsto dalla DIR. P.C.M. del 13 /06/2006 - *Criteri di Massima sugli interventi psicosociali da attuare nelle catastrofi*, al fine di unificare strumenti e prassi degli interventi psicosociali nelle catastrofi.

Allo stato attuale si è provveduto ad effettuare una mappatura del territorio nazionale per verificare la presenza delle EPE a livello regionale e per poter sensibilizzare le Regioni che non hanno ancora costituito nessuna équipe. È in progetto, inoltre, l'organizzazione di un incontro con tutti i referenti regionali al fine di favorire la comunicazione tra le Regioni e la condivisione di best - practices in materia.

Sempre nell'ambito della stessa azione si sta provvedendo all'inserimento dei dati delle Schede di *Triage Psicologico*, compilate durante l'emergenza Abruzzo, in un database appositamente costruito, con l'obiettivo di ottenere dall'elaborazione dei dati, informazioni utili riguardanti le principali reazioni psicologiche post-evento e le diverse tipologie di trattamento attuate. Inoltre, dalla qualità e dell'elaborazione dei dati ci si propone

di valutare i punti di forza e le aree di miglioramento della scheda di *Triage Psicologico*. Per quel che concerne la seconda area d'intervento, obiettivo del progetto è promuovere la costituzione di un gruppo di lavoro sulla tematica utile alla elaborazione dei "Criteri di massima per il soccorso alle persone con disabilità in maxi-emergenza".

In collaborazione con la Cooperativa "Europe Consulting" (che permette ai propri soci diversamente abili di lavorare presso l'Ufficio Stampa del Dipartimento), è in corso di elaborazione una "*Scheda di classificazione della funzionalità, della disabilità e della salute della persona per l'allocazione abitativa transitoria in emergenza*" (CFDS), che permetterà, in futuro, un censimento delle persone con disabilità in un'area di accoglienza. Tale modello potrà essere utile a definire lo stato di salute della popolazione, non solo attraverso informazioni basate esclusivamente sul criterio della diagnosi di una o più malattie, ma anche - così come indicato dalla nuova classificazione ICF (Classificazione Internazionale Funzionamento, della disabilità e della salute), promossa dall'OMS nel 2003 - come una valutazione del "funzionamento" o meglio, delle abilità residue della persona per poter partecipare alla vita sociale in una condizione di precarietà come quella determinata da un evento catastrofico.

Si sta, inoltre, lavorando alla stesura di un documento che tenga presente le esigenze delle persone con disabilità per una migliore pianificazione delle aree di accoglienza per la popolazione in caso di emergenza. A tale scopo, sono in programma degli incontri tematici con il



Foto 1 Al centro la Dott.ssa Cristiana Pizzi, alla sua destra Elisa Lo Grasso, Volontaria di Servizio Civile, alla sua sinistra Valeria Catalano, Volontaria di Servizio Civile.

Corpo Nazionale dei Vigili del Fuoco, le Associazioni di volontariato di categoria e gli operatori di Protezione Civile.

Con questo progetto il Dipartimento della Protezione Civile vuole offrire uno stimolo a tutti gli attori coinvolti nella gestione delle aree di accoglienza della popolazione in occasione delle catastrofi, con lo scopo specifico di trovare insieme le migliori risposte e garanzie per un'assistenza, nel rispetto della dignità delle persone.

*Psicologa

Protezione Civile e Volontariato

→🕒 Emozioni Afgane

di Valentina Capparozza*

Sono un'infermiera e lavoro da più di 10 anni al Pronto Soccorso dell'Ospedale "Sandro Pertini" di Roma. Mi occupo di incidenti maggiori e catastrofi da quando ci fu il crollo della palazzina a Via Ventotene in Roma nel novembre 2001.

Negli anni ho maturato numerose esperienze formative e attualmente sto frequentando il corso di Alta Formazione in Psicologia delle Emergenze, organizzato dal Centro Alfredo Rampi Onlus.

La Dottoressa Di Iorio mi ha chiesto di raccontare la mia ultima missione poiché sono rientrata da poco dall'Afghanistan, dove sono stata chiamata dal Ministero degli Affari Esteri (MAE) e Cooperazione Italiana per i Paesi in via di Sviluppo per un'analisi gestionale/strutturale del Pronto Soccorso dell'ospedale Regionale di Herat. Non posso nascondere la difficoltà nel raccontare le emozioni vissute in quei momenti, così forti e diverse rispetto alla quotidianità del mio lavoro e a quelle provate nelle precedenti missioni, come in Israele, Africa o per il terremoto in Abruzzo.

Dal punto di vista organizzativo ho riscontrato alcune complicazioni di tipo burocratico perché mi trasferivo da una amministrazione pubblica a un'altra, ovvero il MAE. A due giorni dalla partenza, il 28 settembre, quando ormai credevo di non riuscirci più, grazie all'aiuto dei dipendenti di entrambi gli Enti, si sono risolti tutti i problemi e mi è arrivata la telefonata dal MAE, che mi forniva tutti gli operativi dei voli e la conferma che la mia missione sarebbe iniziata il 1 ottobre!

Raccolte tutte le mie prime emozioni, mentre preparavo i bagagli e il materiale da portare, ho iniziato a pensare in che mondo avrei vissuto l'impatto con un mondo così diverso dal punto di vista religioso e sociale, soprattutto per la propria visione della donna: "una donna Occidentale in un Paese Orientale che

lavorerà a stretto contatto con loro e che dovrà per di più insegnargli", ecco a cosa pensavo e non riuscivo ad immaginarmi come sarebbe stato.

La mia valigia è stata studiata nei minimi particolari, dopo tutto non andavo in vacanza, l'Afghanistan è un Paese ancora sotto assedio. Non ho portato con me indumenti che potessero destare o suscitare "mancanze di rispetto" verso la loro cultura: canotte, pantaloncini, pantaloni aderenti e quant'altro potesse essere considerato succinto o inappropriato. Invece, non ho dimenticato di mettere in valigia l'indumento fondamentale per la loro cultura/religione, la pashmina, che avrei usato come copricapo. Ero pronta per questa nuova missione, dove le uniche notizie che avevo su questo Paese, così lontano, provenivano dai media e da internet. Di notevole aiuto sono state le indicazioni che ho ricevuto da chi vive in Afghanistan da anni, tramite le nuove tecnologie e ai mezzi di comunicazione come *skype*, *social networks* e linee telefoniche ormai fortificate. Per la parte burocratica mi ha aiutato moltissimo un ragazzo che da Kabul organizzava tutte le missioni, il suo nome è Luca, mentre per tutto il resto il mio supporto ed il mio maestro, perché lo definirei tale, è stato il Capo Progetto il Dott. Marco Urigo che mi

ha preparata prima della partenza e dedicato molto tempo anche durante il viaggio, durato due giorni. Il 1 ottobre alle 12.30 ero a Fiumicino, il mio volo per Dubai con la compagnia Emirates era alle 15.30. Mi hanno accompagnato i miei genitori, ma telefonicamente molti, moltissimi amici e parenti. Insomma non mi sentivo poi tanto sola. Sono salita sull'aereo

ed ho pensato "Vale, la tua esperienza è iniziata! Testa sulle spalle e segui alla lettera ciò che ti è stato detto e consigliato!". Sono arrivata a Dubai ed ormai lì era notte inoltrata, ero apparentemente sola, ma il mio *chief*, soprannome che ho dato al Dott. Urigo, mi ha chiamata e mi ha di nuovo dato altre indicazioni per l'imbarco verso Kabul. L'aeroporto di Dubai è a dir poco enorme! Ho dovuto prendere un taxi perché la notte non ci sono le navette per andare da un terminal all'altro, ossia dal terminal 3 dove ero atterrata al terminal 1 dove avrei preso il volo per Kabul.

Sono arrivata a Kabul la mattina alle 7 circa (ora locale) e prima di scendere dall'aereo avevo il primo importantissimo compito da eseguire: indossare il velo perché ero in Afghanistan!

L'impatto con questa nuova Terra e con i vari cambiamenti non è stato semplice, a partire da come si modifica anche la visuale del mondo, intesa proprio come capacità visiva diversa, poiché il velo in parte ti limita la visione laterale se non è ben aderente al volto e i movimenti sono più lenti perché potrebbe spostarsi o cadere.

Tutti gli occhi sono puntati verso di me perché sotto quel velo c'è una donna occidentale che appare impacciata anche nei movimenti più semplici.



Foto 1 Valentina Capparozza in Afghanistan.

Protezione Civile e Volontariato

Inoltre, da quel momento, se conoscevo qualcuno il mio saluto non doveva avvenire con una stretta di mano o un eventuale saluto con il bacio sulla guancia, ma soltanto con il semplice gesto di appoggiare una mano sul petto all'altezza del cuore e con un inchino accennato, distintamente per un uomo o una donna. Il programma del viaggio prevedeva un pernottamento a Kabul per poi riprendere l'aereo il giorno dopo per Herat, ma il *chief* ha deciso che sarei ripartita la mattina stessa e quindi che avrei dovuto attendere in aeroporto l'arrivo di Luca. Ero distrutta, non lo nego, ma con il senno di poi è stata la decisione migliore quella di affrontare tutto il viaggio senza sosta, arrivando a Herat lo stesso giorno; è stato sconvolgente: un aeroporto "inesistente". Siamo scesi dall'aereo e ci hanno consegnato i bagagli in una specie di recinto e solo dopo il loro ritiro, ci veniva controllato "sul cancello" la corrispondenza della carta d'imbarco e del bagaglio.

Ricordo ancora i bambini che con le carriole si avvicinavano per portarci i bagagli; per loro era il massimo del divertimento ed attendevano l'aereo con un viso e un sorriso che esprimeva molta curiosità. Mentre li vedevo mi chiedevo: "chissà se hanno mai preso o prenderanno mai un aereo nella loro vita?!"

Salgo nella macchina blindata che mi stava aspettando e l'autista mi dà il benvenuto. Solo dopo ho scoperto il suo nome, Rasul, è stato l'autista che spesso mi ha poi accompagnata durante la mia permanenza a Herat.

All'uscita dell'aeroporto c'era anche la scorta che ci ha accompagnato fin dentro gli edifici della Cooperazione Italiana. Durante il tragitto ero affascinata dal paesaggio, non sapevo dove guardare, anche se intorno a me c'era poco o nulla; i miei occhi erano rapiti da tutto ciò che incontravano: il modo di vestire, i mezzi di trasporto, le strade, le pseudo case, i bambini, seppur molto stanca le emozioni mi mantenevano decisamente sveglia. Arrivata in Cooperazione sono stata accolta dal *chief* e da Mario, esperto logi-

sta. Il loro sorriso mi ha trasmesso molta tranquillità e mi sono sentita "a casa". Mi hanno offerto da mangiare e mi hanno consigliato dopo di riposare, la stanchezza del viaggio il fuso orario (+ 3h e 30') mi avevano un po' scombussolato e così ho seguito i loro consigli. Ero sul letto con le caviglie gonfie ma era difficile riposare, visto che questa rappresentava un'esperienza che avrei dovuto sfruttare in ogni suo minuto, provavo numerose sensazioni e tutte insieme, ero impaurita, felice, spaventata, curiosa ma soprattutto mi sentivo pronta.

La mattina successiva, come da consuetudine per i "nuovi arrivati", c'è stato il *briefing* con il Capo Progetto riguardo sia i termini di riferimento della missione per cui ero stata chiamata, sia per le informazioni sulle regole e sulla sicurezza da rispettare.

Mi sono state donate due schede telefoniche ed una radio trasmittente e ricordo ancora il mio *chief* che mi disse "ogni qualvolta uscirai TU dovrai ricordarti quattro cose: la radio, due telefoni cellulari e, poiché donna, il copricapo. Così democraticamente io, come capo progetto, ho deciso". Risi di fronte alla frase "...democraticamente ho deciso", ma come una studente al suo primo giorno di scuola, seguì le regole alla lettera.

Dopo aver preso contatti con il responsabile del Pronto Soccorso dell'ospedale Regionale di Herat, ho iniziato dal giorno successivo a recarmi costantemente in ospedale, ma il primo giorno che sono uscita "da sola" è stata una vera sfida. Ero impaurita, non sapevo se ero vestita bene o se mi avessero accettata una volta arrivata in ospedale.

Tenevo sempre con me il mio solito quaderno degli appunti perché dovevo raccogliere tutte le informazioni necessarie per raggiungere l'obiettivo della mia missione. Arrivai davanti all'entrata del Pronto Soccorso, accompagnata dalla scorta e con macchina blindata, con me c'era il traduttore e il *chief* che mi avrebbe presentato, insieme al responsabile del PS, al resto del personale medico ed infermieristico. Il traduttore,

Moneer, mi ha accompagnata per i primi giorni della missione, poi sono stata sempre seguita da Farzaad, ragazzo afgano che parla benissimo inglese e che mi traduceva dal Dhari tutto ciò che colleghi e pazienti mi dicevano.

Questo passaggio di informazioni e traduzioni per i primi giorni è risultato stressante poiché per apprendere qualsiasi cosa anche la più semplice a volte si impiegava molto tempo.

Arrivavo la sera molto stanca per il parlare solo inglese, il passaggio di traduzione, il nuovo ambiente e tutte le emozioni circostanti. Solo dopo un paio di settimane mi sembrava "normale" girare con la scorta, la macchina blindata, l'autista, la radio trasmittente, i cellulari, il copri capo, e il traduttore che non mi abbandonava mai.

Sono arrivata in ospedale e la prima persona che ho conosciuto è stata Amirì, il capo sala. Ho ricordato di non dare la mano e di salutare chinando leggermente la testa dicendo *salom*.

Lavoro in Ospedale dal 1992 ma lì mi sembrava tutto diverso! La gestione dei pazienti e della sanità in genere era inconcepibile rispetto al mondo a cui appartengo. Gli infermieri ed i medici mi ponevano molte domande sul mondo occidentale e sugli stili di vita.

*Infermiera, Pronto Soccorso dell'Ospedale "Sandro Pertini", Roma.

>> CONTINUA NEL PROSSIMO NUMERO

→🕒 Sopravvivere alle Emergenze - Gestire i sentimenti negativi legati alle catastrofi ambientali e civili

breve presentazione del Libro di Rita Di Iorio e Daniele Biondo

di Antonio Mollicone*

Il lavoro datato 2009 (Ed. Magi) dei coautori Rita Di Iorio, (Psicoterapeuta a Indirizzo Psicoanalitico, specialista in medicina psicosomatica e in psicologia delle emergenze e di difesa civile, nonché presidente del Centro Alfredo Rampi) e Daniele Biondo, (Psicoanalista S.P.I., Socio Ordinario e Didatta ARPAd, vicepresidente del Centro Alfredo Rampi), offre un puntuale sguardo d'insieme intenso, analitico quanto variamente articolato di Teorie, Metodologie e Prassi di Psicologia dell'Emergenza, sapendone cogliere e narrare felicemente la vastità intensiva della profonda veduta, comprendente:

- il Luogo ecologico-ambientale;
- le organizzazioni istituzionali civili richiamate dagli Eventi;
- i meandri più intricati dei processi psicodinamici intervenienti in situazioni catastrofiche sia esse ambientali e/o civili, capaci di coinvolgere, contemporaneamente, l'insieme della comunità, il gruppo

famiglia, (di cui gli Autori ben sanno cogliere, con peculiare sensibilità ed attenzione, nonché puntuale lettura interpretativa, le implicazioni psicosomatiche e psicopatologiche coinvolgenti bambini ed adolescenti in situazioni stressanti traumatiche e post-traumatiche. Gli Autori sanno scendere con delicata sensibilità nel mondo interno del soggetto, questi, raggiunto e catturato dall'insulto traumatico, altrettanto ben sanno coglierne il dissolvimento mentale e la regressione disintegrante ed annichilente, sia dei sistemi interattivi gruppali quanto intrasoggettivi. Ne attraversano in lungo e largo e mettono ben in luce, la produzione di brecce e falle paurosamente regressive, disintegrative e di frantumazione, sovente, dello schermo protettivo e difensivo dell'Io e del Sé, quanto della cultura e organizzazione gruppale, percependone sensibilmente, il rischio dell'attacco del trauma alla mente pensante.

Il lavoro coglie altresì e ben colloca in gran rilievo, gli interventi che rientrano nella Psicologia dell'Emergenza, agenti ed interagenti in Servizi ben individuati, a partire dalla:

- Cultura della prevenzione.
- Precoce e chiara individuazione dei danni alla comunità, ai gruppi, ai singoli soggetti.
- Tempestivo ma saggio approccio



Foto 1 Presentazione del libro da parte del Dott. Antonio Mollicone, ai lati sono presenti gli autori Dott.ssa Rita Di Iorio, Dott. Daniele Biondo.

negli interventi di trattamento degli stati di destabilizzazione dell'assetto mentale dei soggetti esposti e coinvolti da forte impatto emotivo agli eventi traumatici (vittime e soccorritori).

- I successivi momenti della riabilitazione (dalla ricomposizione dell'unità psicosomatica, al recupero e ricostruzione dell'Identità personale e del Sentimento di Appartenenza al Gruppo Sociale).
- Ricerca preventiva quanto retrospettiva dei fattori di rischio e sui fattori di protezione attivati e attivabili dalle situazioni di emergenza post-traumatica.



*Psicoterapeuta, Azienda U.S.L. FR, Professore di Psicologia Clinica dello Sviluppo, Università degli Studi di Roma "Tor Vergata".

→🕒 30 anni del Centro Alfredo Rampi

a cura della Redazione di CIP

Come ben sapete il Centro Alfredo Rampi Onlus da sempre si occupa, attraverso le sue attività, di prevenzione dei rischi ambientali e della formazione dei cittadini e degli operatori del soccorso alla gestione delle emergenze, con lo scopo di sviluppare una cultura della prevenzione dei rischi ambientali nel nostro Paese. In occasione del Trentennale della sua fondazione, in linea con la natura dei suoi obiettivi, il Centro Alfredo Rampi Onlus organizzerà “Il villaggio della prevenzione e della sicurezza – 30 anni del Centro Alfredo Rampi”, una giornata intera di iniziative di sensibilizzazione rivolte alla popolazione su una importante tematica: la prevenzione dei grandi rischi e degli incidenti. L'evento è rivolto a bambini e adolescenti, per i quali verranno creati dei brevi percorsi dimostrativi sulle tecniche di autoprotezione e materiale informativo; a cittadini di ogni età, con l'obiettivo di stimolare l'apprendimento di una serie di comportamenti protettivi e auto protettivi in caso di emergenza ambientale; a esperti del settore e Volontari di Protezione Civile.

Durante la giornata verrà tenuto il convegno “Sicurezza e Protezione Civile – a 30 anni da Vermicino” al quale interverranno ospiti illustri, tra cui il Presidente della Regione Lazio Renata Polverini e l'On. Walter Veltroni, durante il quale si cercherà di fare il punto sullo stato dell'arte della Protezione Civile in Italia dall'evento Vermicino ad oggi. Si prevedono, inoltre, inter-

venti del Dipartimento della Protezione Civile, dell'Istituto Nazionale di Geofisica e Vulcanologia, del Volontariato di Protezione Civile, degli Enti e Istituzioni responsabili della politica della sicurezza stradale (Direzione Regionale Vigili del Fuoco), della prevenzione dei rischi e del soccorso psicosociale. All'interno del convegno verrà, inoltre, presentato il libro: “PSICOSOCCORSO - dall'incidente stradale al terremoto”. Edizione MAGI, 2011.

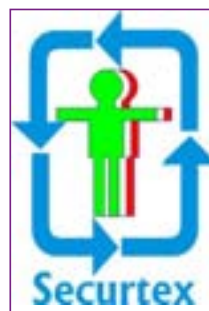
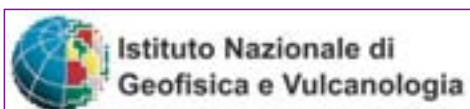
Ulteriore obiettivo dell'iniziativa, sarà quello di rendere più visibile alla popolazione il ruolo del volontariato di Protezione Civile: il 2011, infatti, è l'Anno europeo delle attività di volontariato che promuovono la cittadinanza attiva, (Decisione del 27 novembre 2009 del Consiglio dell'Unione europea: GU UE L17 del 22 gennaio 2010).

Considerato il forte radicamento del Centro Alfredo Rampi Onlus nel territorio del VI Municipio del Comune di Roma e l'intento di coinvolgere la popolazione in maniera attiva, le celebrazioni del Trentennale dell'Associazione si svolgeranno nel quartiere Prenestino. L'iniziativa si terrà sabato 11 Giugno 2011 (8,00-20,00) presso Villa



Volantino “Il villaggio della prevenzione e della sicurezza – 30 anni del Centro Alfredo Rampi”.

Gordiani (Via Prenestina ang. Via Dignano d'Istria), dove verrà inaugurata lo stesso giorno, dal Presidente del VI Municipio del Comune di Roma Dott. Palmieri, un'area attrezzata che, a seguire, riceverà la benedizione di S.E. Cardinal Vallini. In tale area, attraverso un “percorso tematico”, sarà possibile visitare spazi espositivi ed “interagire” con coloro che operano nel settore della prevenzione e della sicurezza ambientale. Nel Villaggio verranno, infatti, allestiti Stand di didattico-gioco-simulazione sul rischio ambientale (utilizzando il LUDOBUS “Cibo per la mente” e il mezzo antincendio delle sedi locali Alfredo Rampi) e Stand infor-



mativi Istituzionali, Protezione Civile, PIDIDA (UNICEF Italia), Vigili del fuoco (“Pompieropoli” area gioco per l’infanzia), Istituto Nazionale di Geofisica e Vulcanologia (stand didattico

sulla terra), Polizia di Stato (bus per la sicurezza stradale “Icaro”). Il Villaggio ospiterà, inoltre, quelle Istituzioni, Enti e “addetti ai lavori” che a vario titolo si occupano di prevenzione e si-

curezza, riservando loro una superficie espositiva dove poter mostrare le ultime innovazioni in materia.

→📍 Nuovo sito PSIC-AR e news

di Rita Petrini*

Il Presidente Rita Di Iorio dell’Associazione PSIC-AR “Psicologi dell’emergenza Alfredo Rampi” comunica la riapertura del sito ufficiale con una novità: una sezione dedicata alla “Psicologia dell’Emergenza” che contiene un “Forum” e una “Banca Dati”.

OBIETTIVI:

- sviluppare sinergie di interventi in campo psicosociale, coinvolgendo altre Associazioni e professionisti con l’intento di affrontare la necessaria complessità di tali aspetti;
- mantenere un costante contatto con quella parte di operatori interessati alla prevenzione e il soccorso nel campo dell’emergenza, ma anche con quanti intendono contribuire, attraverso la pubblicazione dei loro lavori e attività nel sito, alla divulgazione e condivisione delle esperienze professionali acquisite;
- utilizzare il sito come una “rivista on line” di carattere specialistico o dove chiunque può dire qualunque cosa, ma l’idea è che diventi un contenitore dove i colleghi che si occupano di interventi nel campo delle emergenze possano incontrarsi e confrontarsi.

Tale esigenza si è avvertita perché negli ultimi anni abbiamo assistito ad un proliferare di eventi catastrofici che hanno messo in primo piano la centralità e la rilevanza degli interventi nel campo della psicologia dell’emergenza e del lavoro svolto dagli operatori del soccorso, impegnati in prima fila negli

interventi psicosociali alle popolazioni colpite da eventi catastrofici.

Abbiamo assistito, però, anche alla mancanza di una rete di collaborazione tra le numerose Associazioni pubbliche e private che hanno operato sugli scenari, a volte non sempre all’altezza del compito richiesto, sia per la mancanza di un vero e proprio background culturale e scientifico nell’effettuare il soccorso in emergenza, sia perché nel nostro Paese ci si muove ancora su ambivalenze di competenze, di argomentazioni e di organizzazione, che non permettono l’adozione di una comune metodologia di intervento nella prevenzione e nel trattamento dei processi psichici e dei fenomeni sociali, che si determinano nelle persone e nelle collettività colpite da un evento traumatico.

In questo scenario si muove la **proposta innovativa** di PSIC-AR: quella di cercare di costruire un’ampia rete di collaborazione via web, che raccolga le comuni esperienze e professionalità tra gli operatori che intervengono nella prevenzione e nel trattamento delle vittime di catastrofi, in modo da favorire uno scambio di conoscenze che permetta sempre più la diffusione, tra la comunità scientifica, di informazioni fondamentali per il nostro lavoro di supporto alle popolazioni colpite.

Già nel Lazio esiste un’ottima rete di collegamento creata dalla Dr.ssa D. Pennacchi e dalla Dr.ssa A. Ceracchi che permette di intervenire rapidamen-

te e con professionalità.

Per implementare tale rete, e non solo per gli interventi in emergenza, PSIC-AR ha perciò pensato alla creazione di questo sito, proponendo a tutti i rappresentanti delle varie Associazioni e Enti del soccorso, di collaborare alla sua implementazione con:

- la raccolta e l’inserimento di materiale nella banca dati;
- la partecipazione al forum per la discussione continua sulle problematiche della Psicologia dell’Emergenza;
- la progettazione di ricerche per sviluppare sempre più un settore che ancora risente della recente costituzione.

All’invito hanno risposto molti colleghi entusiasti di avere una modalità di informazione accessibile a tutti gli operatori che si occupano del settore.

Allo scopo di concertare i contenuti del nuovo sito, c’è stato il 26 febbraio un primo incontro con quanti hanno aderito al “Gruppo di Psicologia delle Emergenze” durante il quale, con una sorta di “brainstorming”, ogni partecipante ha potuto contribuire a delineare gli obiettivi che si intendono raggiungere, nonché gli argomenti che dovranno essere oggetto di inserimenti nella costituenda Banca Dati e che dovranno poi generare quelli di discussione nel Forum.

A questo proposito, si è deciso che per il momento, essendo PSIC-AR l’Associazione che finanzia il sito, l’accesso alla sezione “Psicologia delle Emergenze” dovrà avvenire dal suo indirizzo,

ma con la previsione di averne uno indipendente e autogestito.

Questo sarà possibile soltanto se tutti i colleghi che, a diverso titolo, si occupano o sono interessati alla Psicologia delle Emergenze, offriranno la propria collaborazione con esperienza e professionalità, in modo da arricchire sempre più la Banca Dati e arrivare all'auspicata condivisione di conoscenze che ha fatto nascere l'esigenza di tale iniziativa.

Dal sito www.psicar.it si può anche accedere a quello del Centro Alfredo Rampi Onlus, www.centrorampi.it, dove si potranno trovare altre informazioni utili.

Ricordiamo quindi che per accedere sia al sito di PSIC-AR che al Forum l'indirizzo è <http://www.psicar.it> e, per chiunque volesse inserire articoli o altri dati, il materiale va spedito al gestore del sito tramite l'indirizzo e-mail

ritapetrini@libero.it e per conoscenza all'indirizzo psicar@alice.it, che provvederanno alla loro pubblicazione.

*Socio PSIC-AR (Psicologi dell'Emergenza Alfredo Rampi).

→🕒 I soccorritori della mente in: Psicologia contemporanea...

a cura della Redazione di CIP

“È necessario che lo psicologo dell'emergenza abbia una formazione specifica per affrontare gli effetti traumatici delle situazioni di crisi e gestire le proprie e altrui reazioni emotive” è questo l'argomento trattato dalla Dott.ssa Rita Di Iorio e dal Dott. Daniele Biondo in un articolo dal titolo incisivo “Soccorritori della mente”, pubblicato sul N. 225 MAG. - GIU. 2011 della rivista *Psicologia contemporanea* ...

L'articolo sottolinea non solo la preparazione teorica e quindi il curriculum formativo che uno psicologo dell'emergenza dovrebbe possedere, ma anche l'importanza dell'esperienza sul campo e soprattutto il lavoro di gruppo, come fattore di protezione.

Senza dilungarci troppo sui contenuti dell'articolo, invitiamo gli interessati a visionarlo.



Psicologia contemporanea...
N. 225 MAG – GIU 2011.

ERRATA CORRIGE

a cura della Redazione di CIP

Nel numero di Dicembre 2010 alla sezione News, relativamente all'articolo “Formarsi alla gestione delle emergenze” sono state indicate “*esercitazioni che verranno svolte in collaborazione con il Nucleo Operativo Alfredo Rampi*”; con tale errata corrige si vuole modificare la suddetta informazione, segnalando che le esercitazioni verranno svolte in collaborazione con altre associazioni di volontariato.

Ci scusiamo per l'inesatta informazione fornitavi in precedenza.



PROVINCIA
DI ROMA



Corso Biennale in Psicologia delle Emergenze

PREVENZIONE E GESTIONE DELLE EMERGENZE AMBIENTALI E CIVILI

proposto da *Psicologi dell'Emergenza Alfredo Rampi "Psic-AR"*, e dal *Centro Alfredo Rampi Onlus* con il patrocinio del Dipartimento Nazionale della Protezione Civile, della Provincia di Roma, del Dipartimento di Studi Filologici, Linguistici e Letterari dell'Università degli Studi di Roma "La Sapienza", dell'Università degli Studi di Roma "Tor Vergata", del Dipartimento dei Vigili del Fuoco.

L'**obiettivo** è quello di formare professionisti in possesso di competenze variegata inerenti l'area della prevenzione, della ricerca, dell'informazione e della formazione, del soccorso, della post emergenza. Professionisti in grado di operare nell'ambito della **Protezione Civile e Difesa Civile, nell'ambito del Sistema Sanitario, di quello Scolastico, della Croce Rossa e dei Vigili del Fuoco, nell'ambito della Sicurezza sul Lavoro, delle Agenzie Umanitarie e delle Organizzazioni non Governative e di Volontariato.**

Il **Corso** prevede 90 ore di teoria in aula e 50 ore di stage.

Prevede agevolazioni per coloro che già hanno avuto contatti con gli enti organizzatori del Corso.

Per info rivolgersi a:

Centro Alfredo Rampi tel: 06/77208197 - centrorampi@tiscali.it