



## Quale Ordine in emergenza?

## Protocollo d'Intesa con Guardia di Finanza

## La Psicologia di comunità per lo sviluppo della professione. Intervista a Donata Francescato

## La rivoluzione inglese: un new deal per la depressione

**L**a tragedia che ha colpito l'Abruzzo non può che essere la tragedia di tutti gli italiani. Le Istituzioni facciano quanto è necessario per la ricostruzione e soprattutto facciano in fretta, con la speranza che si riescano ad evitare tutte le degenerazioni e gli errori commessi in situazioni analoghe che purtroppo si trascinano ancora oggi nel nostro Paese.

Gli psicologi sono intervenuti con generosità e dedizione. Penso ai colleghi abruzzesi, a quelli associati in PEA (Psicologia dell'Emergenza Abruzzo), a quelli dell'aquilano che hanno reificato il mito di Chirone "curando" gli altri pur essendo personalmente "feriti". Penso al lavoro prezioso e difficile svolto con competenza, partecipazione ed un grande senso di solidarietà dagli psicologi intervenuti

## Ricostruire innanzitutto

**Giuseppe Luigi Palma**

*Presidente Consiglio Nazionale Ordine degli Psicologi*

Un lavoro differenziato ed ampiamente distribuito sul territorio abruzzese, dall'area del "cratere", alla costa, alle aree di ricovero dove è stata accolta una massa di persone senza casa. Un compito che gli psicologi, in stretta collaborazione anche con la Protezione Civile, hanno iniziato a svolgere già nelle ore successive alla devastante scossa sismica, assistendo sia le persone che avevano perso parenti o amici che quelle angosciate in attesa di informazioni sulla sorte dei loro cari.

Dagli sfollati ai bambini, dagli anziani ai soccorritori, gli psicologi hanno lavorato con tutti e ovunque se ne ravvisasse la necessità, utilizzando i tanti "strumenti" di lavoro che gli interventi psicologici in emergenza consentono: informativi, psico-educazionali, psicosociali, clinici, di ricerca.

Il contributo dato dal CNOP è stato in linea con le indicazioni della Protezione civile: anzitutto evitare che sui luoghi del disastro si recassero singoli volontari che avrebbero potuto intralciare le operazioni di soccorso e allo stesso tempo programmare un utilizzo delle risorse a disposizione per assicurare interventi di assistenza psicologica articolati nel lungo periodo. Era ne-



come istituzioni (Ordini degli psicologi territoriali, Università), associazioni (APE, AUPI Emergency, EMDR, Psicologi per i popoli, SIPEM), come componenti volontari delle varie colonne mobili regionali della Protezione Civile.

*segue a pag. 3*

1  
4  
10  
11  
12  
22  
26

Ricostruire innanzitutto *di Giuseppe Luigi Palma*

Quale Ordine in emergenza? *di Girolamo Baldassarre*

L'intervento psico-sociale a sostegno della comunità colpita dal terremoto *di Giulia Marino*

Cronache da L'Aquila *di Emanuela Ciciotti*

Effetti del trauma sullo sviluppo di sintomi psicopatologici a sei settimane dal Terremoto dell'Abruzzo  
*di Di Giuseppe M., Di Pietro M., Del Sordo A., Corsi V., Piotti M., Collevocchio L.*

La Psicologia di comunità per lo sviluppo della professione *di Raffaele Felaco*

Sottoscritto un Protocollo d'Intesa per offrire prestazioni psicologiche ai militari della Guardia di Finanza  
*di Immacolata Tomay*

## Consiglio Nazionale Ordine degli Psicologi

Giuseppe Luigi Palma  
Claudio Tonzar  
Fulvio Giardina  
Maurizio Micozzi  
Giuseppe Bontempo  
Antonio Telesca  
Max Dorfer  
Armodio Lombardo  
Claudio Zullo  
Manuela Colombari  
Marialori Zaccaria  
Piero Cai  
Enrico Molinari  
Girolamo Baldassarre  
Paolo Fausto Barucci  
Tullio Garau  
Sandra Vannoni  
Iva Vedovelli  
Immacolata Tomay  
Alfredo Mattioni  
Marco Nicolussi  
Lara Claudia Simona Costa

Presidente  
Vicepresidente  
Segretario  
Tesoriere  
Consigliere  
Rappresentante Sezione B

Presidente Ordine Puglia  
Presidente Ordine Friuli Venezia Giulia  
Presidente Ordine Sicilia  
Presidente Ordine Marche  
Presidente Ordine Abruzzo  
Presidente Ordine Basilicata  
Presidente Ordine Bolzano  
Presidente Ordine Calabria  
Presidente Ordine Campania  
Presidente Ordine Emilia Romagna  
Presidente Ordine Lazio  
Presidente Ordine Liguria  
Presidente Ordine Lombardia  
Presidente Ordine Molise  
Presidente Ordine Piemonte  
Presidente Ordine Sardegna  
Presidente Ordine Toscana  
Presidente Ordine Trento  
Presidente Ordine Umbria  
Presidente Ordine Valle d'Aosta  
Presidente Ordine Veneto

## Commissione per i Contratti

Maurizio Micozzi *coordinatore*  
Girolamo Baldassarre  
Raffaele Felaco

Marco Nicolussi  
Tullio Garau  
Vito Tummino  
Catello Parmentola  
Sebastiano Ciavarella  
Paolo Michielin

## Commissione Deontologica e Tutela della professione

Giuseppe Bontempo *coordinatore*  
Iva Vedovelli  
Sandra Vannoni  
Marialori Zaccaria  
Piero Cai  
Armodio Lombardo  
Max Dorfer

## Gruppo di Lavoro sull'Università

Enrico Molinari *coordinatore*  
Paolo Fausto Barucci  
Paolo Michielin  
Pietro Angelo Sardi

## Commissione Giuridico-Istituzionale

Paolo Fausto Barucci *coordinatore*  
Manuela Colombari  
Alfredo Mattioni  
Marco Nicolussi  
Lara Claudia Simona Costa

## Gruppo di Lavoro sulla Sicurezza Stradale

Fulvio Giardina *coordinatore*  
Max Dorfer  
Melita Ricciardi  
Leonardo Indiveri  
Giorgio Schiavo  
Lia Petrucci

## Commissione per il Tariffario e lo Sviluppo della Professione

Immacolata Tomay *coordinatore*  
Paolo Fausto Barucci  
Enrico Molinari  
Piero Cai  
Iva Vedovelli

## Gruppo di Lavoro Psicologia delle Emergenze

Girolamo Baldassarre *coordinatore*  
Raffaele Felaco  
Alfredo Mattioni  
Immacolata Tomay

## Commissione Cultura, Aggiornamento, Formazione ed Accreditamento

Antonio Telesca *coordinatore*  
Lara Claudia Simona Costa  
Tullio Garau  
Raffaele Felaco  
Girolamo Baldassarre

## Gruppo di Lavoro sugli Atti Tipici

Sandra Vannoni *coordinatore*  
Giuseppe Luigi Palma  
Claudio Tonzar  
Fulvio Giardina  
Maurizio Micozzi  
Consulenti esterni di comprovata esperienza nell'ambito legale, scientifico e professionale

## Osservatorio sul Codice Deontologico

Armodio Lombardo *coordinatore*  
Manuela Colombari

## Referente per la Psicologia del Traffico

Max Dorfer

cessario evitare “confusione” in un contesto nel quale solo ordine ed organizzazione possono favorire l’uscita dal caos e la ripresa della *quotidianità*. Il 6 aprile è stato pubblicato sul sito istituzionale un comunicato con il quale abbiamo invitato i colleghi a contattare il CNOP per segnalare la propria disponibilità; il 7 aprile la stessa comunicazione è stata data nel corso di un’intervista nel programma televisivo “Uno Mattina” e dagli organi di stampa.

La risposta dei colleghi, dei gruppi e delle associazioni è stata davvero generosa.

La raccolta di adesioni a livello nazionale ha contribuito a rendere possibile l’ipotesi di un programma di assistenza a medio/lungo termine e non solo, quindi, per fronteggiare l’urgenza.

Tutte le disponibilità raccolte sono state messe a disposizione dell’Ordine dell’Abruzzo che, avendo ben chiare le necessità locali, ha potuto e potrà in futuro utilizzarle al meglio, in base ai bisogni rilevati, collaborando e coordinandosi con la Protezione civile e le Strutture Sanitarie Locali.

Ai colleghi che hanno aderito è stato comunicato che un intervento professionale deve rispettare i criteri appena citati, quindi avviene solo su esplicita richiesta e con il coordinamento della istituzioni competenti.

Resta ancora molto da fare. Bisogna ricostruire certamente oggetti materiali (case, edifici, scuole, ospedali, ecc.), e aspetti individuali, sociali e relazionali delle persone a vario titolo coinvolte. E su questi aspetti la Psicologia e gli Psicologi giocano un ruolo chiave per questo auspicio che vi sia un opportuno coinvolgimento della nostra professionalità nelle varie fasi di ricostruzione.

Fino ad ora il lavoro degli psicologi in Abruzzo è stato riconosciuto da tutti, ad iniziare dai mezzi di comunicazione di massa che ne hanno compreso, e riportato, l’importanza cruciale. Il ruolo dello psicologo nella società è sempre più riconosciuto ed apprezzato.

### Protocollo con la Guardia di Finanza

In un altro ambito, ma sempre partendo da queste considerazioni di riconoscibilità sociale e fede pubblica, abbiamo realizzato l’intesa tra CNOP e Guardia di Finanza per favorire il benessere psicologico attraverso l’offerta di prestazioni psicologiche e psicoterapeu-

tiche ai militari ed ai loro familiari. All’interno di questo numero troverete il testo del protocollo con tutte le relative informazioni. Mi piace evidenziare che la sottoscrizione del protocollo è avvenuta in una cornice istituzionale particolarmente apprezzabile e significativa. Non mi riferisco solo alla Cerimonia della firma del Protocollo, pur assolutamente gradevole presso la sala della sede della Guardia di Finanza a Roma, ma soprattutto ai contenuti dell’intervento competente del Generale C.A. Cosimo D’Arrigo. Il Generale, facendo riferimento alla consapevolezza dell’importanza delle risorse umane all’interno delle organizzazioni, comprese quelle militari, ha chiaramente individuato nello psicologo il professionista competente in grado di intervenire in questo ambito. Ritengo che questa apertura rappresenti un riconoscimento a testimonianza della consolidata fiducia che la società attuale ripone negli *strumenti* psicologici per prevenire, migliorare, ottimizzare, curare, cambiare, operare in direzione di uno sviluppo. Desidero ringraziare ed esprimere apprezzamenti per la sensibilità e la competenza di tutti i collaboratori del Generale ed in particolare il Ten. Col. Carlo Ragusa ed il Ten. Michele Del Nastro.

### Problemi e prospettive

Infine, cari colleghi, vorrei aggiornarvi relativamente alla L. 81/08 *Sicurezza sui luoghi di lavoro* che, nei prossimi giorni, probabilmente sarà modificata. Purtroppo una recente proposta di modifica riguarda lo slittamento sine die della valutazione dello stress lavoro-correlato, a tal proposito ho inviato una memoria e richieste di audizione nelle sedi competenti affermando che non solo siamo contrari allo slittamento, ma riteniamo che la competenza in tale ambito debba essere attribuita allo Psicologo esplicitandolo chiaramente nella norma.

E il nomenclatore-tariffario... atteso ormai da qualche lustro, il cui iter è ora nelle fasi conclusive, resta tra i nostri obiettivi, spero di potervi dare buone notizie al più presto.

Giuseppe Luigi Palma



## Quale Ordine in emergenza?

di **Girolamo Baldassarre**

Coordinatore del GdL Psicologia delle Emergenze del CNOP

Presidente Ordine degli Psicologi Molise

Il terremoto che ha sconvolto L'Aquila e l'Abruzzo ci pone ancora una volta drammaticamente di fronte ad una catastrofe "naturale" con il suo carico di lutti e sofferenza ed alla sempre maggiore consapevolezza dei possibili effetti psicologici provocati dai disastri sulle popolazioni colpite. E' crescente anche l'attenzione alle crisi "quotidiane", ai traumi individuali, familiari e di gruppo (stupri, rapine, incidenti, suicidi, ecc.) ed alla necessità di interventi di prevenzione e cura con il conseguente sviluppo di numerosi modelli di approccio e tecniche specifiche.

Il Consiglio Nazionale dell'Ordine degli Psicologi, attento alle dinamiche in atto, ha costituito nel luglio del 2007 il Gruppo di lavoro sulla psicologia dell'emergenza. Tra le altre finalità previste in fase di programmazione emerge l'impegno per una politica professionale di forte supporto istituzionale e rivolta ad un organico sviluppo del settore specifico. Il Gruppo di Lavoro ha svolto, finora, una funzione principalmente esplorativa tesa a conoscere il lavoro e le realtà istituzionali, quali Ordini territoriali, EFPA (European Federation of Psychologists Associations), Protezione Civile, Conferenza Stato-Regioni ed Associazioni Professionali.

Per fare il punto sulle singole realtà locali, conoscere e mettere in rete i referenti per la psicologia dell'emergenza è stata svolta una indagine conoscitiva, in collaborazione con gli ordini regionali. Le informazioni raccolte hanno evidenziato che la maggior parte delle realtà locali hanno organizzato attività, collaborato con associazioni e/o gruppi di psicologi, stilato protocolli d'intesa con enti ed istituzioni, dato vita ad eventi formativi.

Durante l'incontro con i dirigenti della Protezione Civile

è emersa la reciproca disponibilità ad attivare una proficua collaborazione e sono state individuate delle aree di comune interesse: definire percorsi formativi con alti standard qualitativi riguardanti anche la conoscenza delle dinamiche organizzative ed operative; raccogliere documentazioni, studi ed esperienze maturate sul "campo"; implementare la ricerca. E' stata, inoltre, rilevata l'utilità della partecipazione alle esercitazioni organizzate dalla Protezione Civile per favorire un ottimale inserimento degli psicologi nel complesso sistema dei soccorsi e giungere ad una formazione non solo teorica, ma esperienziale.

Anche negli altri paesi europei, soprattutto dopo gli attentati terroristici a Madrid e Londra, il livello d'attenzione per le problematiche psicologiche connesse alla gestione delle fasi di "crisi" ed alla prevenzione delle sofferenze mentali e relazionali è notevolmente accresciuto. La stessa EFPA ha istituito un Comitato Permanente che si occupa di *Psicologia dei disastri, crisi e trauma* e che, negli ultimi anni, ha collaborato con il Consiglio d'Europa. Tale collaborazione ha consentito, tra l'altro, l'elaborazione di Linee guida sul supporto psicosociale alle vittime dei disastri recepite nella programmazione dell'*European and Mediterranean major hazards agreement* ("Accordo sui grandi rischi"), organizzazione che riunisce 25 paesi europei. Tra gli elementi di maggiore rilevanza nel documento del Consiglio Europeo vi sono la ricerca, la formazione e la costituzione di reti nazionali di psicologi specializzati nel supporto alle vittime, soprattutto bambini. Una delle finalità esplicitate è quella di promuovere un coordinamento europeo di queste "reti" nazionali di psicologi altamente qualificati per assicurare una adeguata assi-



stenza in caso di disastri che vanno al di là della capacità di risposta delle singole nazioni.

Il Gruppo di lavoro ed il CNOP hanno ospitato, il 6 marzo 2009, a Roma sia i componenti del Comitato Permanente per la Psicologia dei disastri, crisi e trauma dell'EFPA che dirigenti della Protezione Civile: una occasione di lavoro e scambio di informazioni sulle esperienze europee di Psicologia delle emergenze.

Il Meeting dei referenti degli ordini territoriali per la psicologia delle emergenze, svoltosi a Napoli il 9 settembre 2008 ed organizzato per avviare la "tessitura" di una "rete" istituzionale, è stato un primo momento di confronto e condivisione delle esperienze maturate nelle singole realtà, un'occasione per riflettere sulle prospettive, gli ambiti, le proposte legate agli interventi psicologici in casi di emergenza e per individuare le politiche ordinistiche da adottare.

Come ha sottolineato il presidente del CNOP Giuseppe Luigi Palma, in apertura dei lavori, negli ultimi anni gli ordini hanno svolto una funzione importante sollecitando l'interesse dei colleghi verso quest'area professionale relativamente nuova e sensibilizzando le istituzioni. Altrettanto importante è stata la funzione svolta dalle associazioni. Il solo personale del Servizio Sanitario sarebbe insufficiente in alcune situazioni di emergenza ed *"affinché l'intervento sia efficace, è necessario un grande sforzo di coordinamento tra tutti e noi, come Consiglio Nazionale, dobbiamo mettere in campo tutte le energie e le risorse per favorire questa sintesi e creare sinergie tra i vari attori coinvolti"*.

Prossimo obiettivo sarà, pertanto, incontrare le Associazioni e le Società scientifiche segnalate dagli Ordini regionali.

I lavori sono proseguiti rivolgendo l'attenzione alla realtà normativa e valutando la Direttiva del Presidente del Consiglio dei Ministri del 13 /6/ 2006 relativa ai *"Criteri di massima sugli interventi psico-sociali da attuare nelle catastrofi"*.

Tale Direttiva prevede un modello organizzativo basato su equipe regionali formate da dipendenti del servizio sanitario integrabili con *"ulteriori risorse individuabili nell'ambito di associazioni di volontariato, enti locali, ordini professionali"*.

Le Regioni, in base agli specifici fattori di rischio territoriali, costituiscono le équipe ed identificano un referente con mansioni di coordinamento.

Al momento non tutte le Regioni hanno compiuto gli adempimenti previsti dal DPCM. Appare, pertanto, necessario sollecitarle ed avviare una collaborazione che conduca ad una ottimale applicazione che sia rispondente ai prevedibili bisogni assistenziali della popolazione.

Il DPCM identifica, inoltre, nella formazione una delle principali risorse all'interno delle strategie di prevenzione.

Gli operatori devono avere una conoscenza approfondita degli *"scenari del rischio, delle procedure organizzative e dei comportamenti più idonei da adottare"* per migliorare la capacità di rispondere in tempi rapidi ed incidere in maniera significativa sugli effetti negativi che l'emergenza può provocare. La finalità generale di ogni azione formativa è *"...quella di diffondere e consolidare strategie efficaci a fronteggiare dei pericoli attivando rapidamente processi di selezione percettiva e processi cognitivi complessi, a fronte di emozioni intense e processi comunicativi non ordinari."*

Una adeguata formazione, pertanto, deve anche preparare gli operatori alla cosiddetta "esposizione al rischio" per evitare sia le traumatizzazioni vicarie che i traumi derivanti dalla esposizione a scenari drammatici.

Il confronto fra realtà diverse ha fatto emergere una grande varietà di esperienze, sperimentazioni, modelli organizzativi ed anche contributi e riflessioni che meritano sicuramente ulteriori approfondimenti.

Gli ordini, quindi, sono impegnati a sviluppare competenze, elaborare linee guida e codici di condotta, avviare un processo di sensibilizzazione sia delle istituzioni che dei colleghi e costruire sinergie con le associazioni e le società scientifiche.

Due le posizioni emerse per quanto riguarda il ruolo dell'ordine a livello organizzativo.

La prima sostiene che l'ordine non può essere la struttura che di fatto organizza gli interventi e che la gestione delle risorse dovrebbe essere compito di altre istituzioni, mentre la seconda attribuisce all'ordine una maggiore centralità ed una funzione organizzativa e di coordinamento in quanto, come istituzione, garantisce alle altre istituzioni (ASL, Province, Regioni, ecc.) il rispetto di regole formali e sostanziali.

Come è possibile rilevare leggendo il "report" sulle esperienze maturate nelle varie regioni, ciascuna ha sviluppato modelli diversi ed esperienze originali ed appare, pertanto, complesso lo sviluppo di un modello univoco. Tuttavia è senz'altro utile se non necessario che il Consiglio Nazionale contribuisca allo sviluppo di denominatori comuni che siano condivisi e "leghino" l'intero territorio nazionale.

E' stato anche rilevato che la pratica, le esperienze, le tecniche, i modelli organizzativi non hanno ancora trovato il contributo di un modello teorico di riferimento generale e condiviso.

La complessità e diversità degli scenari di intervento, la vastità delle competenze richieste rende opportuno definire meglio gli ambiti degli interventi, riorganizzare ed integrare le esperienze, i modelli concettuali e le "tecniche" salvaguardando in un progetto organico la ricchezza della diversità.

Una sfida difficile ma che bisogna accettare per consentire una reale evoluzione della psicologia applicata alle situazioni di emergenza.



## Meeting dei referenti della Psicologia dell'Emergenza degli Ordini Territoriali

NAPOLI 9 SETTEMBRE 2008

di *Girolamo Baldassarre*

Con il Meeting si è sperimentato un nuovo modello di lavoro che ha dato ai rappresentanti ed ai referenti regionali la possibilità di confrontarsi e discutere direttamente sulle varie esperienze maturate. Ne è emerso un quadro ricco e variegato all'interno del quale possono rilevarsi due macro-tipologie: la prima, coerente con i "Criteri di massima" del DPCM del 13/06/2006, individua negli operatori delle ASL il punto di riferimento per i soccorsi eventualmente integrati con ulteriori risorse provenienti dalle Associazioni e dal volontariato; la seconda vede gli Ordini e le Associazioni come elemento centrale per l'organizzazione degli interventi.

### ***Alcune esperienze regionali***

Vi sono regioni nelle quali il Servizio Sanitario Nazionale ha sempre ricoperto un ruolo fondamentale. E' il caso del **Friuli** dove, in occasione del terremoto del 1976, il commissario straordinario incaricato della gestione dell'emergenza, l'On. Zamberletti, coinvolse fortemente sia gli enti locali che la rete delle associazioni di volontariato ponendo le basi per lo sviluppo di ciò che sarebbe diventata la Protezione Civile. Il Friuli sperimentò ed adottò, primo in Italia, un sistema come quello dell'attuale 118, costituendo una rete capillare di pronto intervento sanitario su tutto il territorio regionale. La forte rete di protezione civile, l'organizzazione delle Aziende sanitarie, ospedaliere e delle stesse Prefetture si affida naturalmente agli psicologi, che lavorano nei servizi per affrontare le problematiche connesse alle emergenze: ciò è possibile anche perché il numero degli psicologi che lavorano nelle Asl è in rapporto al numero di abitanti uno dei più alti d'Italia.

In altre realtà è stata la consapevolezza di essere esposti a limitati fattori di rischio a far sì che il Servizio Sanitario fosse individuato come primo, ed in alcuni casi unico, avamposto assistenziale: è questo il caso di **Emilia Romagna** e **Toscana**, dove le attività in urgenza-emergenza sono svolte regolarmente dagli psicologi del Servizio Sanitario.

In alcune aree territoriali è prevista la possibilità che gli operatori del Servizio Sanitario siano affiancati da psicologi dipendenti da altri enti o appartenenti ad associazioni private, tutti ovviamente formati ed in grado di garantire una assistenza qualificata nelle situazioni di emergenza. Nella **Provincia autonoma di Bolzano**, ad esempio, gli psicologi dipendenti della sanità pubblica hanno una indennità mensile di reperibilità mentre gli altri, accreditati dall'Ordine, disponibili ad intervenire per integrare il sistema dei soccorsi, in caso di chiamata ricevono, oltre al rimborso spese ed alla copertura assicurativa, un compenso per ogni intervento effettuato. Anche in **Val d'Aosta** si utilizza una modalità simile.

Diversa l'esperienza maturata in **Sicilia** dove nel 2005 è stato stipulato un protocollo d'intesa firmato dal Presidente dell'Ordine regionale, dal Direttore Generale della Protezione civile e dall'Assessore alla protezione civile. Tale protocollo prevede che l'Ordine svolga attività di indirizzo e coordinamento nei riguardi dei propri iscritti al fine di qualificarne l'intervento. La Protezione Civile regionale, in situazioni di emergenza, si avvale di professionisti registrati dall'Ordine in un apposito elenco, individuati in funzione della rispettiva esperienza e competenza. Attualmente la task-force regionale è costituita da volontari ed è organizzata per province. Tale accordo, che sancisce un effettivo riconoscimento della figura dello psicologo dell'emergenza, ha come obiettivo primario la realizzazione di una corretta gestione psicologica delle emergenze di massa e, allo stesso tempo, la diffusione della conoscenza di comportamenti, individuali e collettivi, atti alla tutela psicofisica di cittadini e soccorritori in caso di emergenza. La task-force opera integrando gli psicologi non molto numerosi delle ASL.

Nel **Lazio** l'Ordine ha attivato un gruppo di approfondimento nel quale sono inseriti i rappresentanti dalle quattro associazioni più presenti nella realtà regionale. E' stato, quindi, costituito un Servizio di emergenza composto da cinque volontari provenienti ciascuna associazione. Tra gli obiettivi perseguiti vi sono la condivisione di linee guida teoriche ed applicative, la realizzazione di un osservatorio permanente, l'individuazione di reti di psicologi dell'emergenza adeguatamente formati e l'attivazione di accordi che consentano di operare in modo integrato e coordinato con le istituzioni. Dal 2004 è stato sottoscritto un Protocollo d'intesa tra l'Ufficio territoriale del Governo del Lazio, la Provincia, il Comune di Roma e l'Ordine per le attività di protezione e difesa civile. Nell'ambito delle attività previste dal protocollo è stato realizzato un vademecum, distribuito poi in tutte le principali scuole della provincia di Roma, su come affrontare le emergenze. La collaborazione con la Provincia ha consentito una retribuzione a chiamata per il supporto ai vigili urbani impegnati nella gestione degli incidenti mortali.

In **Lombardia** l'Ordine ha sottoscritto nella primavera 2008 una nuova convenzione con la Regione che prevede un significativo coinvolgimento dell'Ordine e delle Associazioni (sono riconosciute solo quelle che hanno chiesto l'accreditamento ed ottenuto l'iscrizione nel registro regionale di protezione civile). Tra gli aspetti innovativi c'è la possibilità di attivare 24 ore su 24 delle squadre di psicologi. La formazione, svolta in collaborazione con la Regione, è gratuita e caratterizzata da una particolare attenzione alla conoscenza della catena di comando ed agli aspetti critici dell'organizzazione. La Regione Lombardia, inoltre, ha recentemente istituito un'azienda per l'emergenza-urgenza con compiti di coordinamento di tutte le attività dei 118 presenti all'interno di diversi presidi ospedalieri. L'Azienda Regionale Emergenza Urgenza (AREU) avrà il compito di coordinare tutti gli interventi erogati dalle varie Aziende sanitarie. In funzione di questo nuovo assetto, l'Ordine sta lavorando affinché nell'AREU si realizzi un efficace coordinamento che ottimizzi e potenzi il lavoro e le competenze degli psicologi.

L'esperienza della **Campania**, regione più volte colpita da catastrofi naturali, è segnata da una sensibilità verso le tematiche in oggetto: è stato a Napoli, infatti, che l'Ordine regionale, con il contributo del Consiglio Nazionale, organizzò nel 2001 il primo Convegno Internazionale sulla psicologia dell'emergenza al quale parteciparono i massimi esperti nazionali e mondiali (Solomon, Kapor Stanulovic, Duchet, ecc.). Gli atti furono pubblicati divenendo punto di riferimento per la psicologia dell'emergenza italiana che proprio in quegli anni muoveva i primi passi. Una delle ultime iniziative è riferibile alle emergenze non collettive bensì personali, al servizio di una comunità dove spesso l'emergenza è legata alle continue traumatizzazioni proprie dei contesti metropolitani (scippi, rapine, violenze armate). Da tale dato è nato un progetto sulla dimensione psicologica delle emergenze traumatiche a scuola, finanziato dall'Assessorato alle politiche scolastiche della Provincia di Napoli, che ha interessato ragazzi iscritti alle scuole superiori. Sono stati organizzati dei focus group condotti da circa 300 colleghi, adeguatamente formati e regolarmente retribuiti, e le scuole, sensibilizzate da questa esperienza iniziale, attualmente richiedono specifici interventi della task-force in caso di eventi traumatici come incidenti mortali o suicidi.

Le **Marche** e l'**Umbria**, entrambe colpite dal terremoto del 1996, hanno maturato esperienze diverse, sebbene in entrambi i casi gli Ordini furono i naturali interlocutori delle ASL. Nelle **Marche**, subito dopo il sisma l'Ordine ha organizzato una giornata di studio e sensibilizzazione. All'interno dell'ARESS (Associazione Regionale di Emergenza Sanitaria e Sociale) gli psicologi hanno lavorato alla formazione di medici ed infermieri sugli aspetti psicologici e psicopatologici connessi alle catastrofi soprattutto durante le esercitazioni organizzate in collaborazione con la protezione civile regionale. L'attenzione è stata polarizzata sulle problematiche derivanti da un coinvolgimento emotivo eccessivo ed incontrollato dei volontari e, quindi, sulla necessità che l'operatore maturi la capacità di riconoscere e gestire un carico emotivo ipercoinvolgente. In **Umbria** nel 2001 l'Ordine stilò un primo protocollo con la Prefettura per una task-force di psicologi che potesse intervenire entro 36 ore dalla chiamata del Prefetto ed è attuale il lavoro per estenderlo a livello regionale. Per una formazione dei soccorritori che rispondesse alla necessità di fornire competenze non solo organizzative e di pronto intervento ma anche preventive sono state usate risorse del Fondo Sociale Europeo. Questo progetto ha formato 15 colleghi ora accreditati alla Prefettura che può chiamarli, quando la situazione lo richiede, senza alcun filtro dell'Ordine.

Dal 2004 l'Ordine abruzzese ha avviato un'opera di sensibilizzazione e formazione contribuendo alla nascita nel 2007 della PEA (Psicologia dell'Emergenza **Abruzzo**). L'Associazione organizza aggiornamenti gratuiti e con frequenza obbligatoria. Ogni iscritto è inoltre tenuto ad effettuare un servizio volontario di almeno 40 ore annuali presso un'Associazione o un Ente che si occupi di intervento in emergenza. La task-force operativa è composta dai soli soci che abbiano ultimato tutti i moduli della formazione. Dal 2007 la PEA è iscritta nell'Albo delle Associazioni di Volontariato di Protezione Civile al Dipartimento Regionale di Protezione Civile e collabora proficuamente sia con la regione che con le varie associazioni locali. Attualmente sta lavorando allo sviluppo di un protocollo di collaborazione con i Vigili del Fuoco e con le ASL. La PEA è stata, inoltre, inserita nella task-force della Prefettura di L'Aquila che si interessa del Progetto nazionale "Scuola sicura" e che in questa fase si occupa della valutazione della percezione del rischio da parte dell'intera popolazione di studenti di Scuola media e superiore della Provincia.

In **Puglia** l'Ordine ha chiesto di istituire all'interno del Piano Sanitario regionale, un Servizio Psicosociale per le Emergenze. Organizzato come Dipartimento regionale per le attività di coordinamento, programmazione, pianificazione, esercitazione e controllo degli interventi, dovrebbe articolarsi in Centrali operative da costituire nelle ASL e postazioni delle Equipe Psicosociali per le Emergenze da attivare nei distretti socio-sanitari.

In **Veneto** è stato da poco organizzato un Gruppo di lavoro con finalità di studio, conoscenza, analisi, attivazione di "reti" e sinergie sia professionali che istituzionali nella realtà regionale.



## STANDING COMMITTEE: “Disasters, Crisis and Trauma Psychology” ROMA 6-7 marzo 2009 Ordine degli Psicologi Consiglio Nazionale

### REPORT

a cura della Dott.ssa Isabel Fernandez - Delegata nazionale per l'EFPA

Nei giorni 6 e 7 marzo 2009 si è riunito a Roma, presso l'Ordine Nazionale degli Psicologi lo Standing Committee “Disasters, Crisis and Trauma Psychology” dell'European Federation of Psychologists Associations (EFPA) dove sono state ribadite le linee guida EFPA del 2005 e soprattutto si è enfatizzato il fatto che la Psicologia dell'Emergenza è un'area di sviluppo della psicologia che si sta diffondendo rapidamente negli ultimi anni. La qualità degli interventi è definita dalle linee guida dell'EFPA sia per gli interventi a breve, medio e lungo termine con le vittime, soccorritori e familiari. Un aspetto importante è l'integrazione degli interventi degli psicologi tra gli Ordini nazionali, istituzioni come la Croce Rossa e Protezione Civile, oltre alle risorse dei Servizi Sanitari Nazionali e alla collaborazione con psicologi di gruppi diversi operanti in questo campo.

Le esperienze degli psicologi dei vari paesi europei sono ormai molto significative e c'è già una vasta letteratura sugli interventi strutturati in caso di alluvioni, sparatorie a scuola, terremoti, incidenti ferroviari e aerei, ecc. Un'esperienza importante riguarda i disastri che coinvolgono i cittadini dei vari paesi europei come è stato ad esempio per lo Tsunami. Gli psicologi dei vari paesi europei che erano intervenuti con le vittime di ogni paese hanno collaborato e definito degli interventi, oltre a sviluppare un'esperienza condivisa con altri paesi. È stato sottolineato che il coordinamento e la preparazione degli interventi deve seguire delle specifiche a seconda dei gruppi coinvolti (bambini, intere comunità, ecc.) e a seconda del grado di esposizione.

Un punto dell'ordine del giorno della riunione è stato la collaborazione con gli psicologi scolastici europei per gli eventi che succedono a scuola, lutti, disastri naturali, sparatorie, incidenti. Questo aspetto è da promuovere anche a livello nazionale.

Nell'ambito della riunione è stato affrontato anche il tema della collaborazione con altri progetti europei della Comunità Europea: Psychological Aid for Victims of Terrorism, Eutopa, Tents e di progetti con il Consiglio d'Europa che sono già in atto.



## L'INTERVENTO PSICO-SOCIALE IN EMERGENZA NELL'ORGANIZZAZIONE DEL SISTEMA ITALIANO DI PROTEZIONE CIVILE

Dott.ssa Giulia Marino, Psicologa Psicoterapeuta (Dipartimento della Protezione Civile)

Nella maggioranza dei Paesi europei, la protezione civile è un compito assegnato ad una sola istituzione o a poche strutture pubbliche. In Italia, invece, è coinvolta in questa funzione tutta l'organizzazione dello Stato, al centro e in periferia, dai Ministeri al più piccolo comune, ed anche la società civile partecipa a pieno titolo al Servizio nazionale della protezione civile, soprattutto attraverso le organizzazioni di volontariato. Le ragioni di questa scelta, che caratterizza la struttura della protezione civile italiana, si possono individuare nell'incontro tra una motivazione istituzionale ed un'esigenza operativa, legata alle caratteristiche del nostro territorio.

Il Dipartimento della Protezione Civile, dunque, nell'ambito del Servizio Nazionale della Protezione Civile, ha compiti di **promozione e coordinamento** dell'intero sistema; di regia nella costruzione e nella gestione delle reti informative indispensabili per la **previsione, prevenzione, valutazione e mitigazione dei rischi**; di intervento diretto in caso di calamità di rilevanza nazionale; di definizione di procedure di intervento ed azioni comuni a tutto il sistema; di orientamento della legislazione relativa alla prevenzione dei rischi.

Nell'ambito di queste competenze del Dipartimento s'inseriscono anche le indicazioni inerenti l'organizzazione dell'intervento psico-sociale in emergenza, che sono contenute nella Direttiva del Presidente del consiglio dei Ministri - 13 giugno 2006 “Criteri di massima sugli interventi psicosociali da attuare nelle catastrofi” - (G.U. n°200 del 29/08/2006).

È importante precisare che l'impostazione metodologica dell'intervento psicosociale in emergenza, secondo quanto indicato nella Direttiva, ha come riferimento il documento europeo “Psycho-social support in situations of mass emergency” European Policy paper - Belgium, 2001. Tale documento definisce la necessità che sia una risposta di carattere psico-sociale a far fronte ai bisogni della popolazione colpita dalla catastrofe. Pertanto l'intervento in emergenza, secondo quanto viene definito dalla Direttiva, sarà garantito dalle Equipe Psicosociali per l'Emergenza (EPE) appositamente e precedentemente formate ad operare sia in eventi catastrofici ad effetto limitato, che in eventi catastrofici che travalicano le potenzialità di risposta delle strutture locali.

Sono le Regioni e le Province Autonome a disporre per la costituzione di tali equipe utilizzando le risorse esistenti nei Servizi dipendenti dal Servizio Sanitario regionale. È necessario ricordare che le equipe, in caso di necessità, possono essere integrate con ulteriori risorse identificate nell'ambito di Associazioni di Volontariato, Enti Locali, Ordini professionali ecc.

## L'intervento psico-sociale a sostegno della comunità colpita dal terremoto

di **Giulia Marino**

*Psicologa, Coordinatore Sanitario*

*Dipartimento Protezione Civile*

**L**e persone "normali" in una situazione "anormale", qual'è la realtà del terremoto, possono andare incontro a difficoltà psicologiche e a disagi emotivi non presenti prima dell'evento.

E' dunque importante tener conto di tali esigenze tanto quanto rispondere ai bisogni concreti, quali ad esempio la necessità di avere una doccia per lavarsi e un'assistenza sanitaria adeguata.

La protezione civile, sulla base dell'esperienza maturata in diversi interventi di emergenza, già da qualche anno ha incluso nella grande macchina dei soccorsi l'intervento psico-sociale a sostegno delle popolazioni vittime di catastrofi.

Per questo il 6 aprile tra le associazioni di volontariato di Protezione Civile, sono arrivate all'Aquila anche quelle con una specifica preparazione nell'ambito psico-sociale, composte principalmente da psicologi e supportate anche da ass. sociali, psichiatri, educatori e logisti.

La formazione pregressa sia in termini teorici, che pratici dei membri delle associazioni specializzate ha permesso di offrire una risposta specifica al contesto dell'emergenza sismica.

L'intervento del 118 e del coordinamento sanitario del Dipartimento della Protezione Civile è riuscito ad arrivare sui luoghi del terremoto sin dalle prime ore dopo il sisma indirizzando anche gli interventi dei volontari dell'area psico-sociale che hanno operato in stretto contatto con il personale delle ASL abruzzesi (Direttiva del Presidente del consiglio dei Ministri - 13 giugno 2006)

In una prima fase gli psicologi hanno sostenuto i familiari delle vittime durante i difficili momenti della ricerca delle persone sepolte sotto le macerie e del riconoscimento delle salme presso l'obitorio.

Quest'ultimo intervento, che ha permesso ad ogni familiare di ricevere un accompagnamento da parte di personale specializzato, ha permesso di dare un aspetto più umano alle procedure di riconoscimento e di certificazio-

ne ed ha inoltre consentito di agevolare le attività dei professionisti della polizia scientifica, dei carabinieri e della ASL che si sono potuti dedicare interamente ad azioni di carattere tecnico.

Durante i primi ed intensi momenti dell'emergenza gli psicologi hanno potuto creare una relazione con le vittime che ha consentito una vicinanza e un sostegno anche nel corso della cerimonia dei funerali di stato.

In una seconda fase, gli psicologi sono andati ad operare nelle tendopoli per stare vicino alla popolazione sfollata. L'intervento è stato predisposto a livello centrale, in riferimento alle richieste che provenivano dai 170 campi.

Per rispondere ai bisogni della popolazione sfollata sono state attivate azioni mirate a:

- mettere in atto iniziative di supporto in modo coordinato con le altre azioni previste;
- incentivare i processi di autodeterminazione, riconoscendo ad ogni destinatario dell'intervento il diritto di operare scelte consapevoli relativamente alla proprio benessere;
- distribuire informazioni utili ad attivare comportamenti auto protettivi;
- facilitare la comprensione e l'utilizzo delle informazioni;
- garantire la raccolta e la conservazione dei dati utili all'intervento, al fine di permettere una costante azione di monitoraggio degli interventi stessi.

Le attività dei team psico-sociali nei campi sono state orientate a rispondere prioritariamente ai bisogni di anziani, minori e adulti che manifestano un disagio significativo relativamente alla condizione che stanno vivendo.

L'esigenza di raccontare anche nei minimi dettagli l'evento traumatico è stato un bisogno sentito da molte persone; l'opportunità di dare senso e spazio al vissuto emotivo di tali eventi è stato un passaggio importante su cui i team psico-sociali hanno cercato di focalizzare il loro intervento.

In un contesto che proponeva prevalentemente il linguaggio dell'azione si sono resi necessari "spazi di senso" dove i bambini hanno potuto ricominciare a giocare, gli adolescenti a "far casino" e gli anziani a sentirsi, forse più di prima, parte integrante della comunità.

Il numero di volontari delle equipe psico-sociali distribuiti nei 170 campi è andato crescendo, se infatti nella prima settimana hanno operato 60 esperti, dal 18 aprile sono saliti a 100 svolgendo attività sia nell'entroterra aquilano che sulla costa.

In particolare gli psicologi hanno cercato di favorire azioni mirate a garantire processi di identificazione attiva dei bisogni, così da permettere alle persone di ritrovare e riscoprire i frammenti di un'identità individuale e collettiva

minata dalla perdita di riferimenti. E' stato nella riscoperta di piccole azioni quotidiane, di tradizioni condivise, di conflittualità risolte e di solidarietà che le persone hanno ritrovato gradualmente la possibilità di riaffacciarsi alla vita.

Tuttavia, anche se i membri delle comunità comunicano ormai da tempo il forte desiderio tornare alla normalità, si trovano a fare i conti con qualcosa di intangibile, qualcosa che sembra essere l'ostacolo prevalente: la paura. Forse nella possibilità di dare spazio e soprattutto di accogliere questa emozione nasce l'opportunità di trasformare quest'emozione non in qualcosa che separa e distrugge, ma in un vissuto che unisce.



## Cronache da L'Aquila

di **Emanuela Ciciotti**

*Coordinatore delle Attività dell'Emergenza per l'Ordine degli Psicologi della Regione Abruzzo*

**L'**Ordine degli Psicologi della Regione Abruzzo inizia le sue attività su L'Aquila dalla mattina del 6 aprile, richiamando in città le forze di P.E.A. (Psicologia dell'Emergenza Abruzzo) che da allora operano sul Campo di Piazza d'Armi ed inviando il Coordinatore Regionale per le Attività dell'Emergenza al servizio della Sala Operativa Nazionale (DI.COMA.C). Da quel giorno tutti i Colleghi Aquilani, che in qualità di iscritti all'Ordine ne sono rappresentanti operativi, hanno trovato mille modi diversi per mettere al servizio della popolazione la propria professionalità. C'è stato chi, preso atto che, in base alla normativa vigente, nei Campi di Accoglienza hanno accesso solo operatori di Protezione Civile, si è iscritto ad Associazioni Nazionali già esistenti e, ad oggi, sta provvedendo a costituirne, vista la significativa esperienza acquisita, sedi locali; chi ha istituito protocolli specifici per l'accesso ai Campi mantenendo l'identità di Associazioni di categoria già esistenti sul territorio. I Colleghi delle ASL sono costantemente rimasti attivi sin dai primi giorni, istituendo, in alcune occasioni, i Servizi direttamente nei Campi o, in altri casi, trovando collocazione presso l'Ospedale da Campo del San Salvatore, ma partendo da lì per ricreare la rete con i propri utenti sparsi su L'Aquila, come su buona parte del territorio regionale. Non si può tralasciare, poi, quanto i Liberi Professionisti e gli Operatori del Sociale Privato, pur nei

limiti imposti dalla legge che regola l'accesso ai Campi di Accoglienza, si siano impegnati a dare un seguito al mandato con i propri clienti attivando anche nuove iniziative.

Tutti questi psicologi hanno operato al massimo nei limiti imposti dal contesto. Spesso, quello su cui si è dovuto lavorare è stata la creazione e il mantenimento di un appropriato setting interno, non avendo nulla di strutturato e strutturabile intorno se non tende, containers, gazebo e strade.

Come Coordinatore dell'Ordine, il mio servizio si è concentrato sul supporto ai Centri di Coordinamento.

Il mio ringraziamento va a tutti i Colleghi e non, che da ogni parte della Nazione sono giunti nella mia città a prestare il loro servizio; a chi, dal Veneto e dal resto d'Italia ci sta aiutando a coordinarci; a tutte le Istituzioni che si sono aperte ad uno scambio costruttivo con gli Psicologi. Il mio auspicio è che, seppure dopo i nuovi eventi sismici si vede ancora necessario l'utile supporto da parte degli Psicologi dell'Emergenza, si possa a breve cominciare a concepire l'idea che se è vero che la Psicologia dell'Emergenza nasce da quella Sociale, in quella direzione sarà necessario sviluppare i prossimi interventi con un forte sostegno da parte della Clinica sia ospedaliera che libero professionale.



## Effetti del trauma sullo sviluppo di sintomi psicopatologici a sei settimane dal Terremoto dell'Abruzzo

di **Di Giuseppe, M.\*†**, **Di Pietro, M.**, **Del Sordo, A.**,  
**Corsi, V.**, **Piotti, M.†**, **Collevecchio, L. †**

\* Dipartimento di Psicologia Dinamica e Clinica,  
Università "Sapienza" di Roma

† Coordinamento Psicologi dell'Emergenza Abruzzo -  
Comune di Giulianova

In seguito al terremoto avvenuto a L'Aquila il 6 aprile 2009, molti sopravvissuti sono stati costretti a lasciare le loro case e a trasferirsi lungo le coste abruzzesi. Con questa ricerca abbiamo voluto rivolgere l'attenzione alla risposta psicopatologica all'esperienza traumatica del sisma nelle prime sei settimane successive alla catastrofe. Sono stati considerati 74 soggetti, temporaneamente residenti a Giulianova (TE), che hanno richiesto (richiesta spontanea o su segnalazione) alle Unità Locali di Emergenza Psicologica (ULEP), un sostegno psicologico per problematiche post-traumatiche. Dalle *schede di triage* è stato possibile analizzare gli effetti dell'entità del trauma sulla risposta sintomatologia e la natura dell'intervento necessario considerando fattori di rischio e protezione, come le risorse individuali e collettive, la disponibilità a ricevere aiuto e la presenza di traumi o psicopatologie preesistenti. I risultati preliminari mostrano una relazione significativa tra la comparsa di sintomi depressivi e di scompenso psicotico entro le prime 6 settimane e la gravità dell'indice di psicopatologia post-traumatica, legate alla scarsità di risorse individuali e familiari, alla presenza di psicopatologia pregressa e all'entità del trauma subito. Ulteriori studi sono necessari per verificare la persistenza di tali riscontri a medio e a lungo termine.

**G**li effetti dovuti a catastrofi naturali rappresentano una delle questioni centrali per la sanità pubblica nazionale. Il terremoto può essere classificato come un evento catastrofico inatteso che produce un'alterazione delle normali condizioni di vita nella popolazione colpita. Il risultato di tale alterazione si esplica in un evidente squilibrio tra i bisogni di cura e di supporto alle vittime e le effettive capacità e risorse disponibili nelle zone colpite (Tamer, 2006). Tra le conseguenze di un evento sismico, oltre ai disagi legati alla distruzione e inagibilità di strutture pubbliche, abitazioni, attività commerciali e industriali, di estrema importanza sono i problemi psico-sociali che possono svilupparsi in seguito all'esperienza traumatica (lutti, perdita della casa, del lavoro, delle attività quotidiane, difficoltà ad immaginarsi in un futuro pros-

simo). A questo si aggiungono evidenti e variamente persistenti difficoltà fisiologiche, come disturbi del sonno, problemi gastrointestinali, cefalee, legate ad un innalzamento dell'*arousal* dovuto all'esposizione diretta e riesperita dell'evento traumatico (McMillan, North, Smith, 2000), o disturbi psichiatrici più strutturati, come il Disturbo Post-Traumatico da Stress (DPTS) e la Depressione Maggiore (DM) (Wagner, Heinrichs, Ehler, 1998; Sharan Chaudhary, Kavathekar, Saxena, 1996)

Numerose ricerche hanno messo in luce gli effetti a medio e lungo termine delle catastrofi naturali sullo sviluppo di disturbi psichiatrici, in particolare disturbi post-traumatici da stress, fobie specifiche e disturbi dell'umore (Rubonis, Bickmar, 1991; Green, Lindy, 1994; Goenjian et al., 2000; Basoglu et al., 2004), ma

solo pochi studi si sono occupati di indagare la reazione immediata e la sintomatologia a breve termine in risposta ad un grave evento sismico, come il terremoto che il 6 aprile 2009 ha colpito l’Abruzzo con una scossa di magnitudo 5,8 della scala Richter (Soldatos, Paparrigopoulos, Pappa, Christodoulou, 2006).

Obiettivo della nostra ricerca è indagare la risposta sintomatologica immediata ad un evento traumatico di ampia portata, in particolare: 1) gli aspetti psicopatologici, come la remissione dei sintomi, la rigidità e intensità di tali manifestazioni sintomatiche, lo sviluppo di quadri psicopatologici strutturati e persistenti; 2) la scelta dell’intervento più appropriato e di possibile realizzazione nei contesti dell’emergenza; 3) le correlazioni tra caratteristiche del trauma, risorse individuali e collettive, tipologia dei sintomi emersi dai colloqui con i sopravvissuti al terremoto, tipo di intervento offerto dagli Psicologi volontari nelle zone ospitanti gli sfollati e presenza di un eventuale condizione psicopatologica preesistente; 4) le differenze significative tra i sottogruppi di variabili considerate (*Variabili sociodemografiche*: età, sesso; *Entità del trauma*: lutti, perdita della casa, del lavoro, gravi lesioni a se stessi o a parenti e amici, ecc.; *Sintomi*: ansia, depressione, scompenso psicotico; *Fattori di rischio*: problemi psicologici pregressi, con o senza terapia farmacologica; *Fattori di protezione*: le risorse individuali e familiari, la disponibilità a ricevere un sostegno psicologico o farmacologico).

Ulteriori studi di follow up saranno necessari per valutare gli effetti a medio e a lungo termine del trauma sul campione considerato.

## Metodologia

### Descrizione dell’evento

L’intera penisola italiana è considerata un territorio altamente sismico, che raggiunge i suoi massimi livelli di pericolosità nelle zone dell’Appennino centro-meridionale e delle Alpi Orientali (INGV, 2009). Dal 1990 numerose catastrofi si sono abbattute sul territorio italiano causando 1155 morti accertati, migliaia di feriti e circa 100.000 senzatetto (Tab. 1). La più recente di queste stragi, il terremoto del 5,8 grado della scala Richter, avvenuto il 6 aprile 2009 nell’Aquilano, è stata anche quella più devastante degli ultimi vent’anni, contando un totale di 299 vittime, circa 1500 feriti e oltre 65.000 sfollati e rendendo inagibili circa il 60% degli edifici pubblici e privati. I numerosi disagi incontrati nelle settimane seguenti al sisma, la persistenza delle scosse di assestamento di media ed alta intensità, nonché la necessità di accertare lo stato di agibilità degli edifici, hanno reso necessario un intervento di evacuazione dei residenti delle zone colpite dal terremoto, trasferiti presso le tendopoli prontamente allestite dalla Protezione Civile o presso le strutture alberghiere della costa Abruzzese.

**Tabella 1 – Eventi catastrofici avvenuti in Italia dal 1990 al 2009.**

Data	Nome comune	Vittime	Luogo	Colpevoli	Commenti
6 aprile 2009	Terremoto in Abruzzo	299 vittime [senza fonte]	L’Aquila, il terremoto è stato avvertito fino a Roma. Distrutta la frazione di Onna.	Da accertare	
29 maggio 2008	Alluvione e colata di detrito nel comune di Villar Pollice	4 vittime	Villar Pellice, Torino		A causa delle forti piogge, nell’alveo del Rio Cassarot, tributario del torrente Pellice, si genera una colata detritica torrentizia che travolge una casa e ne danneggia altre 3 in Borgata Garin (Villar Pellice). Le vittime sono 4 (Lollino G. & C., 2008)
6 dicembre 2007	Incendio Thyssen Krupp Acciai Speciali SpA	7 vittime	Torino	Scarse misure di sicurezza	Un incendio devasta lo stabilimento provocando la morte di 7 operai.
6 agosto 2005	incidente dell’aereo ATR-72	16 vittime, 23 feriti	mare Tirreno, 12 miglia dalla costa di Palermo		L’aereo precipita in mare a causa del serbatoio vuoto, l’indicatore del carburante era stato sostituito con uno non adatto.
7 gennaio 2005	Incidente Ferroviario di Crevalcore	17 vittime e 80 feriti	Crevalcore		Scontro, per la scarsa visibilità dei segnali dovuta alla nebbia, tra un treno merci ed un interregionale.
31 ottobre 2002	Terremoto di San Giuliano di Puglia	30 vittime	San Giuliano di Puglia		A causa di un terremoto crollò il solaio di una scuola.

18 aprile 2002	Grattaciolo Pirelli	3 (più 70 feriti)	Milano	Luigi Fasulo	Luigi Fasulo (pare per suicidarsi) si schianta col suo aereo contro il Pirellone
8 ottobre 2001	Disastro aereo di Linate	118 vittime	Aeroporto di Milano-Linate	8 persone hanno subito o patteggiato condanne	L'aereo di linea in fase di decollo ha travolto un piccolo aereo privato che aveva invaso la pista.
13-16 ottobre 2000	alluvione in Piemonte	23 vittime, 11 dispersi, 40.000 sfollati	varie zone in Piemonte, Valle d'Aosta, Liguria, Lombardia		L'evento interessò il fiume Po e gran parte dei suoi affluenti in Valle d'Aosta, Piemonte, Liguria e Lombardia.
9 settembre 2000	alluvione in Calabria	12 vittime	Soverato		A causa di un grosso nubifragio fu inondato un campeggio.
1 novembre 1999	Crollo di un palazzo a Foggia in via Giotto	67 vittime	Foggia		Un palazzo residenziale alle prime luci dell'alba crolla all'improvviso su se stesso a causa di un cedimento strutturale.
24 marzo 1999	Incendio nel tunnel del Monte Bianco	39 vittime	Tunnel del Monte Bianco		Un camion prende fuoco fermandosi dentro il tunnel. L'incendio, alimentato dalle materie combustibili presenti nel veicolo, è amplificato dall'effetto forno causato dal tunnel e in breve tempo raggiunge dimensioni colossali, avvolgendo decine di veicoli: i pompieri impiegheranno 53 ore per domarlo. 39 persone muoiono carbonizzate.
16 dicembre 1998	crollo di una palazzina a Roma in via di Vigna Jacobini	27 vittime	Roma	tutti assolti gli imputati	Le cause principali del crollo furono il sottodimensionamento dei pilastri portanti e la cattiva qualità del calcestruzzo impiegato.
5 maggio 1998	Alluvione di Sarno e Quindici	159 vittime	valle del Sarno (fiume), Vallo di Lauro in Campania	cause naturali e dissesto del territorio	Decine di eventi franosi sul fianco del monte Pizzo d'Alvano provocano enormi colate di fango che si riversano sulle abitazioni.
3 febbraio 1998	Strage del Cermis	20 vittime	Cermis	2 imputati sono stati assolti dall'accusa di omicidio, ma condannati per intralcio alla	Una cabina di una funivia precipita, a causa di un aereo militare che incidentalmente tranciò il cavo della funivia.
31 ottobre 1997	Incendio ospedale ortopedico Galeazzi a Milano	11 vittime	Milano	6 persone dello staff dell'ospedale sono state, a vario titolo, condannate.	A causa di un mancato controllo, un paziente porta all'interno della camera ipobarica uno scaldino per le mani. Lo strumento innesca un incendio che uccide tutti i pazienti che erano in terapia in quel momento nella camera.
26 settembre 1997	Terremoto di Umbria e Marche	11 (più 32.000 senzatetto)	Marche, Umbria		A causa di una scossa crolla parte della volta della basilica superiore di Assisi, uccidendo 4 persone. Il crollo viene ripreso da una videocamera e le immagini fanno il giro del mondo
12 gennaio 1997	Incidente ferroviario di Piacenza	8 vittime e 29 feriti	Piacenza	Guasto tecnico	Un treno con a bordo l'ex presidente della repubblica Francesco Cossiga deraglia all'entrata della stazione, facendo pensare ad un attentato. L'ipotesi più credibile resta comunque il guasto tecnico.
giugno 1996	alluvione in Toscana	13 vittime, 1500 senzatetto	Versilia		Una cella temporalesca locale non prevista formatasi a causa dell'umidità, scarica 474 mm di pioggia in 12 ore, causando esondazioni del fiume Versilia e centinaia di frane di versante in un bacino idrografico molto ristretto, con esiti devastanti per il fondovalle e l'allagamento di ampie zone della pianura di uscita.
13 dicembre 1995	Disastro aereo di Villafranca	49 vittime, di cui 28 italiane	Campagna di Caluri (Verona)	Probabile cedimento del motore destro. Inoltre ghiaccio sulle ali	Durante una nevicata, un Antonov 24 con 49 persone a bordo diretto da Verona a Timișoara (Romania) precipita alle 19.56 appena dopo il decollo a 1300m dalla pista. Tutti morti gli occupanti del velivolo.
novembre 1994	alluvione in Piemonte	70 vittime, 2226 senzatetto	fiume Tanaro e tratta basso-piemontese del fiume Po		Le acque del Tanaro allagano Asti, Alba, Ceva e Alessandria; il Po esonda a Palazzolo Verellese, allaga Trino, Casale Monferrato e numerosi altri paesi fino a Valenza (AL).
notte tra il 10 e 11 aprile 1991	incendio del traghetto Moby Prince	140 vittime	porto di Livorno	grave ritardo nei soccorsi	il traghetto si scontrò con una petroliera e fu investito da un getto di circa 100 tonnellate di petrolio fuoriuscito, che provocò un grave incendio. Su 141 persone a bordo, ci fu un solo sopravvissuto.
6 dicembre 1990	Strage dell'Istituto Salvemini	12 vittime, 72 feriti	Casalecchio di Reno	Incidente Aereo	Per cause accidentali un aereo militare è precipitato contro una scuola.

### Il campione

Il campione considerato nel presente lavoro è costituito da 74 soggetti, vittime del terremoto in Abruzzo, temporaneamente alloggiati in hotel e campeggi del comune di Giulianova (TE), che si sono rivolti spontaneamente o sono stati segnalati da terzi all'Unità Locale di Emergenza Psicologica (ULEP), affiancata per sette settimane dai volontari della Società Italiana Psicologia dell'Emergenza (SIPEM).

I dati sono stati ottenuti attraverso la compilazione di una scheda di triage (DPC, 2001; Covello, Sandman, 2001; Bruce, 2002; Milleri, 2002) per ogni singolo intervento psicologico, in cui veniva chiesto al soggetto di acconsentire al trattamento dei propri dati personali e sensibili a scopo di ricerca. Durante le sei settimane successive alla catastrofe sono state compilate un totale di 94 schede di triage, di cui solo 74 (78,7%) sono risultate attendibili per qualità e completezza dei dati. Come verificatosi anche in precedenti studi (Soldatos, Paparrigopoulos, Pappa, Christodoulou, 2006), il campione è prevalentemente composto da donne (76% contro 24% di uomini) ma non ci sono differenze significative nell'età media dei soggetti in relazione al genere (età media complessiva: 41 anni; età media delle donne: 42,5 anni; età media degli uomini 39,5 anni). Il 39,2% dei soggetti ha un'età inferiore a 35 anni, il 35,1% ha un'età compresa tra 36 e 55 anni, mentre il 25,7% supera i 56 anni di età. Solo il 10,8% delle persone inserite nel campione ha subito lutti di parenti di primo grado, mentre circa il 75% aveva invece subito gravi danni a beni immobili e attività lavorative.

Dei 74 soggetti valutati, 28 (37,8%) presentavano problematiche psicologiche preesistenti, di cui 13 (17%) seguivano un trattamento psico-farmacologico. La distribuzione dei quadri psicopatologici nel campione di riferimento può essere così rappresentata: il 16,2% presentava disturbi dell'umore e/o disturbi d'ansia, il 5,4% un disturbo dell'area psicotica, il 5,4% altri disturbi appartenenti all'Asse I, il 2,7 disturbi appartenenti all'Asse II, mentre l'8,1% presentava delle rilevanti problematiche di tipo relazionale.

Rispetto alla sintomatologia reattiva al trauma, si è potuto rilevare che il 75% delle persone manifestava in prevalenza di sintomi d'ansia, il 31% riportava sintomi depressivi, il 19% entrambi i sintomi (ansia e depressione). Sintomi di evitamento e ostilità erano presenti in circa il 19% del campione, mentre il 7% aveva accusato sintomi dissociativi o veri e propri episodi di scompenso psicotico.

### Le schede di triage

Il metodo del triage viene utilizzato prevalentemente in ambito ospedaliero (Pronto Soccorso) con lo scopo di

stabilire un ordine di emergenza dell'intervento e sistematizzare le informazioni dei pazienti che vi giungono. Questo metodo risulta particolarmente appropriato nei casi di insufficienza di mezzi e personale, come in casi di calamità, disastri, guerre. Adottare il metodo di triage, compilando e ordinando numericamente le schede di ogni intervento, è funzionale a far sì che tutto l'impianto del soccorso funzioni efficientemente, dovendo a volte scegliere di dirigere le cure solo verso chi, soccorso prontamente, ha più probabilità di sopravvivere (DPC, 2001).

Esistono anche forme di *Triage psicologico*, utilizzate in situazioni di crisi e calamità, che contengono l'insieme dei criteri su cui l'operatore deve basarsi per classificare i soggetti in classi di priorità di trattamento (gravità della condizione clinica, differibilità/indifferibilità dell'intervento terapeutico, il tipo e le modalità di invio del paziente alle strutture sanitarie della catena dei soccorsi). Esso deve consentire la valutazione delle conseguenze psicologiche o psichiatriche dell'evento catastrofico ed essere prioritariamente rivolto alle vittime, alle categorie a rischio ed ai soccorritori che presentano un'evidente condizione di disagio che può interessare la sfera emotiva, cognitiva e comportamentale (Morra, Ciancamerla, 1991).

La scheda di triage psicologico utilizzata in questo studio ha consentito di estrapolare e valutare le seguenti variabili:

- Sesso: (M= 1, F= 2);
- Diagnosi: (nome diagnosi);
- Trauma: (1= esperienza del terremoto con possibile perdita di casa, lavoro e beni materiali, 2= esperienza del terremoto con lutto in parenti di primo grado)
- Sintomo: (ansioso, depresso, scompenso) valutato attraverso una scala Likert da 0 a 3 (0= non presente, 1= lieve, 2= medio, 3= grave);
- Gravità o indice di psicopatologia post-traumatica: media dei tre sintomi precedenti;
- Farmaco: uso di psicofarmaci;
- Risorse (individuali e collettive), valutate attraverso una scala Likert da 1 a 3 (1= scarse, 2= presenti, 3= buone);
- Disponibilità a ricevere aiuto, valutata attraverso una scala Likert da 1 a 3 (1= mancata richiesta esplicita di intervento, 2= richiesta esplicita di intervento accompagnata da resistenze, 3= richiesta esplicita di intervento realmente motivata);
- Trattamento: valutata attraverso una scala Likert da 1 a 3 (1= un colloquio, 2= da 2 a 4 colloqui, 3= superiore a 4 o invio per un intervento);
- Problemi pregressi: valutato attraverso una scala Likert da 0 a 3 (0= nessuna sintomatologia, 1= sintomatologia lieve, 2= sintomatologia di gravità intermedia, 3= sintomatologia grave).

Le variabili emerse dall'analisi delle schede di triage sono state analizzate utilizzando il programma statistico *SPSS version.15* e applicando ai dati i test Chi Quadrato per il confronto tra medie, il Coefficiente di Pearson per le correlazioni tra variabili e il modello di Regressione Lineare e Regressione Lineare Parziale per valutare la predittività dei sintomi.

## Risultati

### *Analisi della varianza*

Dal confronto tra le medie dei sottogruppi (test statistico Chi quadrato) sono emerse significative differenze ( $p=.005$ ) su tutti i gruppi di variabili escluse l'età e la disponibilità a ricevere aiuto (Tab.2). In linea con quanto sottolineato in precedenti studi (Soldatos, Paparrigopoulos, Pappa, Christodoulou, 2006), questo dato sembrerebbe suggerire un certa rilevanza degli effetti prodotti dall'entità del trauma subito, delle condizioni sintomatologiche (variabili: ansioso, depressivo, scompensato, gravità), delle risorse individuali e familiari disponibili, del tipo di trattamento ricevuto nelle sei settimane successive al terremoto e della presenza/assenza di problematiche psicologiche preesistenti. Nel nostro campione non risultano invece confermati i risultati pubblicati in altre ricerche rispetto alle differenze per genere sessuale nella risposta al trauma (Wen Kuo et al., 2007; Rubonis, Bickman, 1991) e alla disponibilità a ricevere aiuto dagli psicologi dell'emergenza (Salcioglu, Basoglu, Livanou, 2006). È lecito ipotizzare che tali differenze possano essere collegate alle caratteristiche del campione presentato in questo studio, pertanto sarebbe opportuno aumentare la numerosità ed eterogeneità del tale campione al fine di migliorare l'attendibilità dei risultati.

### *Analisi delle correlazioni*

Dall'analisi delle correlazioni (Tab.3) è emerso che, tra le variabili sociodemografiche considerate, l'età è significativamente correlata ai soli sintomi depressivi ( $r=.323$ ;  $p=.005$ ) mentre non c'è nessuna correlazione significativa tra l'età e il genere sessuale e altre variabili psicologiche.

Per quanto riguarda le caratteristiche del trauma, le analisi mostrano come la presenza di lutti in familiari di primo grado correla positivamente con i sintomi depressivi ( $r=.431$ ;  $p=.000$ ) piuttosto che con altri sintomi di ansia e scompensato o con l'indice generale di gravità della risposta psicopatologica. Questo dato in parte conferma i risultati emersi dallo studio di Bland et al. (2006) che metteva in luce la gravità delle risposte post-traumatiche, con particolare attenzione ai sintomi depressivi e la tipologia dello stress subito, come ferite

alla persona, perdita di familiari, della casa o di altri beni, del lavoro e trasferimento. Per una corretta interpretazione dei risultati bisogna sottolineare che, al momento del contatto con le vittime (tra la prima e la sesta settimana successive al terremoto), nessuno dei soggetti intervistati aveva accesso alla propria abitazione e attendeva dagli organi devoluti al controllo e alla messa in sicurezza delle strutture risposte definitive sull'agibilità e la possibilità di recupero dei propri beni.

Il livello di gravità della risposta psicopatologica al trauma, misurata con una scala Likert 0-3 sulla base della presenza ed intensità di sintomi d'ansia (accelerazione del battito cardiaco, tremori, sudorazione, sensazioni di nausea e dolori addominali, difficoltà nell'addormentamento, incubi ricorrenti, paura di morire, tensione muscolare, irritabilità), dei sintomi depressivi (inappetenza, crisi di pianto eccessivo, mancanza di aspettative positive, senso di sconforto e inutilità, mancanza di piacere nello svolgere le attività, sfiducia nelle autorità e nei servizi devoluti al supporto nei terremotati, senso di solitudine, isolamento) e degli episodi di alterazione dell'esame di realtà (sintomi dissociativi, negazione dei sentimenti associati al trauma, comportamenti bizzarri, allucinazioni, deliri.), è risultato correlato sia alla tipologia dei sintomi sviluppati (sintomi d'ansia:  $r=.335$ ;  $p=.004$ ; sintomi depressivi:  $r=.477$ ;  $p=.000$ ; sintomi di scompensato:  $r=.486$ ;  $p=.000$ ) sia alla presenza di problematiche psicologiche preesistenti ( $r=.572$ ;  $p=.000$ ) ma anche all'intensità del intervento psicologico attivato ( $r=.505$ ;  $p=.000$ ). La gravità dei sintomi è risultata inoltre negativamente correlata alle risorse individuali e familiari disponibili ( $r= -.307$ ;  $p=.008$ ), andando a confermare i dati riportati in alcune ricerche sulla relazione tra la reazione post-traumatica e le strategie di coping attivate in risposta all'evento traumatico (Thompson, Norris, Hanacek, 1993; Amaya-Jackson et al. 1999). È interessante sottolineare che solo i sintomi depressivi ( $r= -.230$ ;  $p=.048$ ) e i sintomi di scompensato psicotico ( $r= -.296$ ;  $p=.011$ ) risultano negativamente correlati con le risorse individuali e collettive disponibili, laddove per i sintomi d'ansia non esiste una correlazione statisticamente significativa. Questo dato sembra suggerire una certa generalizzabilità della reazione ansiosa all'evento stressante, che renderebbe tale variabile più simile ad una costante che ad una discriminante nel determinare la gravità del disagio psicologico post-traumatico (Soldatos, Paparrigopoulos, Pappa, Christodoulou, 2006). A confermare questa ipotesi contribuiscono anche le correlazioni tra le tre tipologie di sintomi e altre variabili considerate, come l'intensità dell'intervento attivato e le problematiche psicologiche preesistenti. I sintomi d'ansia sono gli unici a non pre-

sentare una correlazione statisticamente significativa con nessuna di queste variabili, mentre i sintomi depressivi e di alterazione dell'esame di realtà risultano ben correlati sia con la presenza di una psicopatologia pregressa sia con il tipo di intervento necessario. Dai dati relativi alla presenza di problemi psicologici

pregressi emerge infine una buona correlazione con la gravità della risposta al trauma ( $r=.572$ ;  $p=.000$ ) e l'intensità del trattamento attuato (uno o più colloqui di sostegno psicologico, gruppi di debriefing, terapia farmacologica, ospedalizzazione).

**Tabella 2: Test Statistics - Chi Squared.**

	età	sesso	trauma	ansioso	depressivo	scompenso	gravità	Risorse	Trattamento	problemi pregressi	disponibilità all'aiuto
Chi-Square(a, b,c,d)	39.838	17.514	45.459	31.730	17.135	58.541	19.973	10.486	22.892	55.189	3.757
df	38	1	1	3	3	3	2	2	2	3	2
Asymp. Sig.	.388	.000	.000	.000	.001	.000	.000	.005	.000	.000	.153

a 39 cells (100.0%) have expected frequencies less than 5. The minimum expected cell frequency is 1.9.

b 0 cells (.0%) have expected frequencies less than 5. The minimum expected cell frequency is 37.0.

c 0 cells (.0%) have expected frequencies less than 5. The minimum expected cell frequency is 18.5.

d 0 cells (.0%) have expected frequencies less than 5. The minimum expected cell frequency is 24.7.

**Tabella 3: Pearson Correlations.**

		età	sesso	trauma	ansioso	depressivo	scompenso	gravità	risorse	disponibilità	trattamento	problemi pregressi
età	Pearson Correlation Sig. (2-tailed)	1	.032	.126	-.124	.323**	-.012	.076	-.079	-.129	.107	-.062
sessso	Pearson Correlation Sig. (2-tailed)	.787	1	.286	.291	.005	.917	.517	.504	.273	.365	.598
trauma	Pearson Correlation Sig. (2-tailed)	.032	.787	1	.205	.112	.185	.203	-.181	.099	.109	.085
ansioso	Pearson Correlation Sig. (2-tailed)	.126	.205	.080	1	-.101	-.086	.215	-.203	.062	.034	.061
depressivo	Pearson Correlation Sig. (2-tailed)	.286	.080	.343	.393	1	.464	.066	.084	.600	.771	.604
scompenso	Pearson Correlation Sig. (2-tailed)	-.124	.112	-.101	-.101	.431**	1	.335**	-.105	.186	-.045	.103
gravità	Pearson Correlation Sig. (2-tailed)	.291	.343	.393	.041	.000	.425	.004	.374	.112	.701	.383
risorse	Pearson Correlation Sig. (2-tailed)	.323**	.205	.431**	-.238*	.114	.477**	1	-.230*	-.020	.379**	.412**
disponibilità	Pearson Correlation Sig. (2-tailed)	.005	.080	.000	.041	.334	.000	.486**	.048	.867	.001	.000
trattamento	Pearson Correlation Sig. (2-tailed)	-.012	.185	-.086	.094	.114	1	-.293*	-.102	.374**	.371**	.371**
problemi pregressi	Pearson Correlation Sig. (2-tailed)	.076	.203	.215	.335**	.477**	.486**	1	-.307**	.107	.505**	.572**
		.517	.083	.066	.004	.000	.000	-.307**	1	.364	.000	.000
		-.079	-.181	-.203	-.105	-.230*	-.293*	-.307**	1	.173	-.244*	-.238*
		.504	.123	.084	.374	.048	.011	.008	.140	1	.036	.041
		-.129	.099	.062	.186	-.020	-.102	.107	.173	.173	1	.015
		.273	.401	.600	.112	.867	.388	.364	.140	.140	.111	.899
		.107	.109	.034	-.045	.379**	.374**	.505**	-.244*	.187	1	.544**
		.365	.357	.771	.701	.001	.001	.000	.036	.111	.036	1
		-.062	.085	.061	.103	.412**	.371**	.572**	-.238*	.015	.544**	.544**
		.598	.473	.604	.383	.000	.001	.000	.041	.899	.000	.000

\*\* Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

\* Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

### Regressione lineare

A verifica dei risultati emersi dal confronto tra le medie e dalle correlazioni tra le variabili analizzate, sono state condotte ulteriori prove utilizzando la Regressione Lineare Parziale, con lo scopo di valutare: 1) la predittività dei sintomi sulla gravità della psicopatologia sviluppata in seguito al trauma; 2) la predittività di una preesistente psicopatologia rispetto all'indice di gravità sintomatologica riscontrata dopo il terremoto.

Dai risultati emerge una relazione significativa ( $p=.000$ ) tra tutti i predittori (problemi pregressi, sintomi ansiosi, sintomi depressivi, sintomi di scompensamento) e l'indice di gravità al momento del colloquio, che evidenzia la relazione tra il tipo di sintomi sviluppati e la presenza di una condizione psicopatologia precedente al trauma rispetto all'indice di psicopatologia emerso dalla scheda di triage (Tab. 4). Sono state poi ricavate le regressioni parziali tra la variabile dipendente e i diversi predittori con lo scopo di evidenziare quali variabili sono maggiormente predittive dell'indice di gravità post-traumatica a 1-6 settimane dal terremoto. Come illustrato nei diagrammi di dispersione riportati

di seguito (Fig.1), è possibile evidenziare indici di relazione diversi a seconda del predittore che prendiamo in considerazione. Tra i sintomi la maggiore predittività sul disagio post-traumatico è associata alla presenza di sintomi depressivi ( $RSqLinear=.273$ ) e sintomi d'ansia ( $RSqLinear=.259$ ), mentre minore è la relazione con i sintomi dissociativi e di alterazione dell'esame di realtà ( $RSqLinear=.181$ ) e con le problematiche psicologiche pregresse ( $RSqLinear=.094$ ). Così riportati questi dati appaiono confutare quanto emerso dalle analisi dei coefficienti di correlazione. In realtà ciò suggerisce un'interessante spunto di riflessione: come confermano numerose ricerche, i sintomi ansiosi e depressivi che emergono in risposta ad un trauma di grosse dimensioni predicono in misura maggiore l'innalzamento dell'indice di gravità del quadro post-traumatico (Shore, Tatum, Wollmer, 1986; Wagner, Heinrichs, Ehler, 1998) ma non determinano lo strutturarsi di un vero e proprio disturbo psicopatologico. Quest'ultimo, secondo i dati emersi nel nostro campione, sembra invece altamente correlato alla presenza di una pregressa psicopatologia e alla prevalenza di sintomi di scompensamento psicotico e depressivi in risposta all'evento traumatico.

**Tabella 4: Regressione lineare - variabile dipendente: gravità del disturbo.**

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	.572(a)	.327	.317	.546
2	.643(b)	.413	.397	.513
3	.701(c)	.491	.469	.481
4	.789(d)	.623	.601	.417

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	10.400	1	10.400	34.931	.000(a)
	Residual	21.437	72	.298		
	Total	31.838	73			
2	Regression	13.164	2	6.582	25.025	.000(b)
	Residual	18.674	71	.263		
	Total	31.838	73			
3	Regression	15.632	3	5.211	22.506	.000(c)
	Residual	16.206	70	.232		
	Total	31.838	73			
4	Regression	19.834	4	4.959	28.504	.000(d)
	Residual	12.003	69	.174		
	Total	31.838	73			

a Predictors: (Constant), probl pregressi

b Predictors: (Constant), probl pregressi, scompensamento

c Predictors: (Constant), probl pregressi, scompensamento, depressivo

d Predictors: (Constant), probl pregressi, scompensamento, depressivo, ansioso

e Dependent Variable: gravità

a Predictors: (Constant), probl pregressi

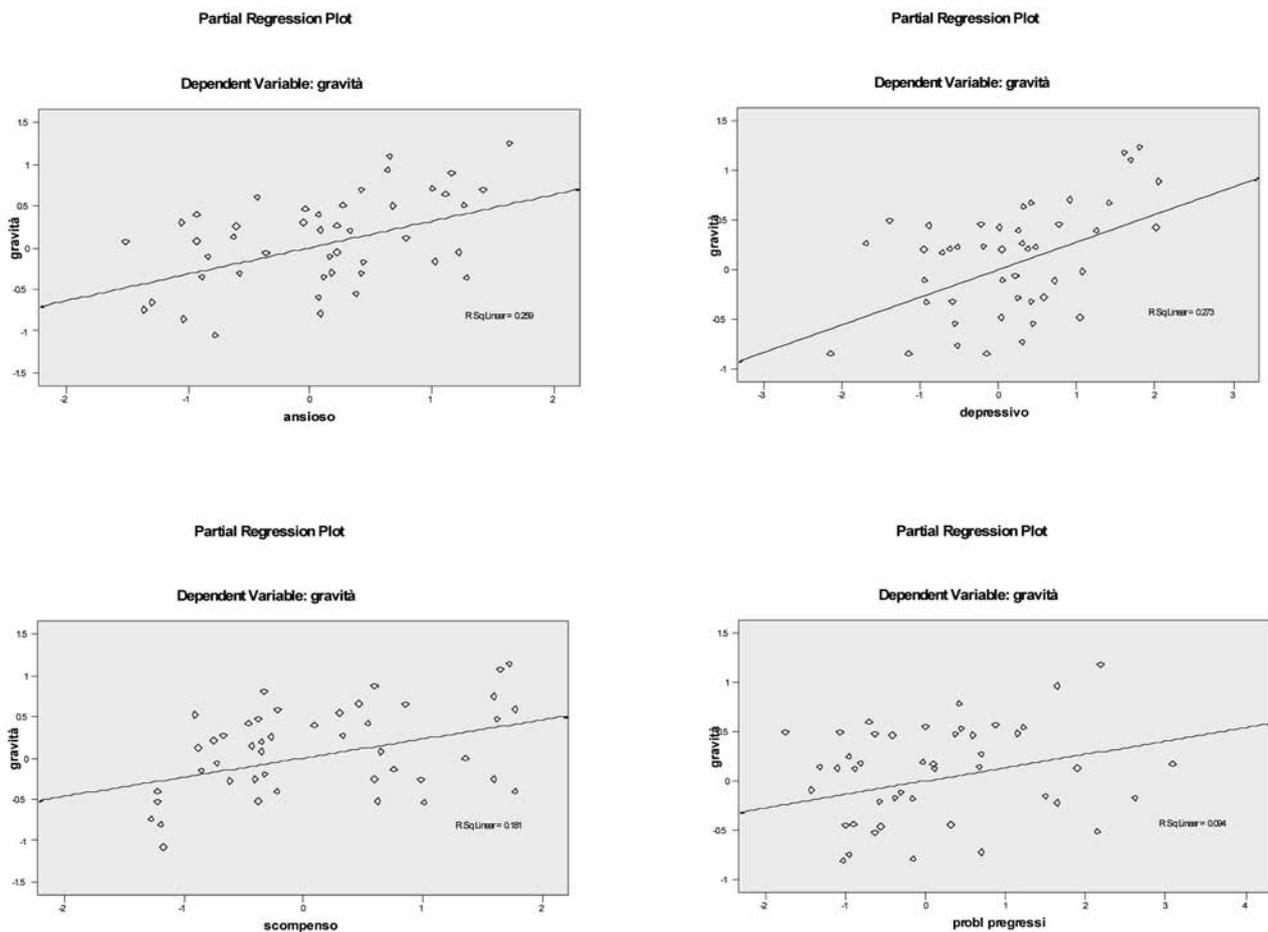
b Predictors: (Constant), probl pregressi, scompensamento

c Predictors: (Constant), probl pregressi, scompensamento, depressivo

d Predictors: (Constant), probl pregressi, scompensamento, depressivo, ansioso

e Dependent Variable: gravità

**Figura 1: Diagrammi di dispersione e retta di regressione dei sintomi e della psicopatologia pregressa sulla variabile gravità della condizione post-traumatica.**



## Discussione

Secondo quanto emerso dalle analisi dei dati relativi ad un campione di 74 vittime del terremoto dell'Abruzzo, alloggiate presso strutture turistiche della costa teramana, nel comune di Gulianova (TE), che avevano ricevuto un'intervento di varia intensità dai volontari dell'Unità Locale di Emergenza Psicologica (ULEP), è stato possibile verificare i risvolti psicopatologici a breve termine reattivi all'esposizione ad un evento catastrofico, in particolare il ruolo funzionale o disfunzionale che i sintomi ricoprono nella fase immediatamente successiva al trauma (1-6 settimane dal terremoto). I dati ricavati dalle schede di triage compilate ad ogni intervento svolto dalla ULEP (DPC, 2001; Covello, Sandman, 2001; Bruce, 2002; Milleri, 2002) hanno permesso di valutare variabili sociodemografiche (età, sesso), il tipo di trauma subito (lutti, perdita della casa, del lavoro, gravi lesioni a

se stessi o a parenti e amici), i sintomi sviluppati in risposta al trauma (ansia, depressione, scopenso psicotico, indice di gravità dei sintomi), alcuni fattori di rischio (problemi psicologici pregressi, con o senza terapia farmacologica) e alcuni fattori di protezione (risorse individuali e familiari, disponibilità a ricevere un sostegno psicologico o farmacologico). Tali dimensioni sono state successivamente analizzate con varie metodologie statistiche, come il test Chi Quadrato per il confronto tra medie, il Coefficiente di Pearson per le correlazioni tra variabili e il modello di Regressione Lineare e Regressione Lineare Parziale per indagare la predittività dei sintomi.

I risultati emersi dal test Chi Quadrato (Tab.2), dimostrano l'esistenza di significative differenze all'interno del campione analizzato rispetto ai sintomi sviluppati e alla loro gravità in relazione al trauma subito, sia relativamente alla condizione psicologica precedente all'evento, in termini di risorse disponibili o psicopato-

logia preesistente. A differenza di quanto pubblicato in altri studi, il nostro campione non presenta differenze per genere sessuale nella risposta al trauma (Wen Kuo et al., 2007; Rubonis, Bickman, 1991) né sulla disponibilità a ricevere aiuto dagli psicologi dell'emergenza (Salcioglu, Basoglu, Livanou, 2006).

Con lo scopo di approfondire la comprensione di quanto emerso dal confronto tra medie, è stata effettuata l'analisi dei coefficienti di correlazione tra le variabili considerate, applicando successivamente il test della Regressione Lineare Parziale sulla variabile del grado di psicopatologia post-traumatica presente al momento dell'intervento, al fine di rintracciare la relazione tra la reazione al trauma, il tipo di sintomatologia presentata e la condizione psicologica pregressa. Anche in questo caso i risultati hanno confermato ipotesi: in linea con i dati presenti in letteratura (Bland et al. 2006), le analisi mostrano come la presenza di lutti in familiari di primo grado correli positivamente con i sintomi depressivi ( $r=.431$ ;  $p=.000$ ) piuttosto che con altri sintomi (ansia, dissociativi, scopenso psicotico) o, più in generale, con l'indice di gravità della risposta psicopatologica. Quest'ultimo, misurato con una scala Likert 0-3 sulla base della presenza ed intensità di sintomi d'ansia, depressivi e di scopenso, è risultato correlato sia alla tipologia dei sintomi sviluppati, sia alla presenza di problematiche psicologiche preesistenti ( $r=.572$ ;  $p=.000$ ), sia all'intensità del intervento psicologico attivato ( $r=.505$ ;  $p=.000$ ). La gravità dei sintomi risulta inoltre negativamente correlata alle risorse individuali e familiari disponibili ( $r=-.307$ ;  $p=.008$ ), andando a confermare i dati riportati da precedenti ricerche che consideravano la relazione tra la reazione post-traumatica e le strategie di coping attivate in risposta all'evento traumatico (Thompson, Norris, Hanacek, 1993; Kessler, 2000; Amaya-Jackson et al. 1999). Nello specifico, sembra che la risposta ansiosa seguente al forte stress, sia generalizzabile a tutto il campione e non determinante condizioni psicopatologiche allarmanti, poiché strettamente legata all'evento traumatico e alla conseguente elevazione dell'arousal. Di contro, la presenza di sintomi depressivi, negativamente correlata con le risorse individuali ( $r=-.230$ ;  $p=.048$ ) e positivamente con la gravità della condizione post-traumatica ( $r=.477$ ;  $p=.000$ ), necessita di un'attenzione clinica maggiore, sia perché frequentemente associata alla presenza di lutti in familiari di primo grado e disturbi dell'umore preesistenti, sia perché, a differenza dei sintomi d'ansia, dove è spesso sufficiente un intervento di ascolto e normalizzazione dei sintomi, richiede una maggiore attenzione nell'intervento (numerose colloqui di supporto o un vero e proprio invio alle strutture sanitarie

per un trattamento psicoterapico e/o farmacologico). Simili risultati sono stati riscontrati nelle correlazioni tra sintomi di scopenso e gravità psicopatologica ( $r=.486$ ;  $p=.000$ ), risorse disponibili ( $r=-.296$ ;  $p=.011$ ) e tipo di intervento attuato ( $r=.374$ ;  $p=.001$ ): molti dei soggetti che presentavano questo tipo di sintomi erano già in trattamento o avevano ricevuto diagnosi psichiatriche prima dell'evento traumatico ( $r=.371$ ;  $p=.001$ ).

Quanto riportato dall'analisi delle correlazioni è confermato dal test di Regressione Lineare Parziale dove è emerso che, tra le tre tipologie di sintomi considerati, la maggiore predittività sul disagio post-traumatico è associata alla presenza di sintomi depressivi ( $RSqLinear=.273$ ) e sintomi d'ansia ( $RSqLinear=.259$ ), mentre minore è la relazione con i sintomi dissociativi e di alterazione dell'esame di realtà ( $RSqLinear=.181$ ) e con le problematiche psicologiche pregresse ( $RSqLinear=.094$ ). Numerosi studi dimostrano che sintomi ansiosi e depressivi, sviluppati in risposta ad un trauma di grosse dimensioni, predicono l'innalzamento dell'indice di gravità della condizione post-traumatica (Shore, Tatum, Wollmer, 1986; Wagner, Heinrichs, Ehler, 1998). Quello che emerge nel presente studio in parte conferma questo dato: i sintomi d'ansia, presenti in circa il 75% del nostro campione, rappresentano la manifestazione di disagio predominante nelle vittime del terremoto, ma non predicono lo strutturarsi di un vero e proprio disturbo psicopatologico, che invece sembra maggiormente collegato alla presenza di una pregressa psicopatologia e alla prevalenza di sintomi depressivi e di scopenso psicotico. Dal punto di vista clinico questo risultato può essere facilmente riscontrato nelle tecniche d'intervento da utilizzare: soggetti che si sono rivolti all'ULEP per problematiche di natura ansiosa, come paura di morire, incubi notturni, difficoltà a prendere sonno, cefalee, difficoltà gastrointestinali, ecc., hanno spesso trovato giovamento dal singolo colloquio individuale o dalla partecipazione al gruppo di debriefing, mentre per soggetti con sintomi depressivi, dissociativi, di evitamento relazionale, o altri sintomi di natura psicotica, è stato necessario intraprendere un trattamento più strutturato e calibrato sulla base delle risorse e della disponibilità del paziente e delle strutture sanitarie locali.

Ulteriori studi di follow up sono necessari per valutare gli effetti a medio e a lungo termine del trauma sulla formazione di quadri psicopatologici nosograficamente diagnosticabili nel campione esaminato. Tra le ipotesi di ricerca consideriamo la verifica dell'efficacia del trattamento, l'analisi delle modificazioni della struttura di personalità in risposta al trauma e la valutazione

della persistenza ed intensità dei sintomi considerati nel presente studio a distanza di 1 anno.

### Ringraziamenti:

Un particolare ringraziamento va a coloro che hanno contribuito alla realizzazione di questa ricerca: i volontari psicologi che hanno lavorato sul territorio di Giulianova durante l'Emergenza Terremoto, **Angelo Napoli** (Presidente SIPEM Lazio) **Michele Cusano** (Presidente SIPEM Puglia) **Marialori Zaccaria**, Presidente Ordine Psicologi Lazio) e **Giuseppe Bontempo** (Presidente Ordine Psicologi Abruzzo).

### Bibliografia

- Amaya-Jackson, L., Davidson, J.R., Hughes, D.C., Swartz, M., Reynolds, V., George, L.K. (1999). Functional impairment and utilization of services associated with posttraumatic stress in the community. *Journal of Traumatic Stress*, 12, 709–24.
- Basoglu, M., Kilic, C., Salcioglu, E., Livanou, M. (2004). Prevalente of posttraumatic stress disorders and comorbid depression in earthquake survivors in Turkey: an epidemiological study. *Journal of Trauma and Stress*, 17, 133-141.
- Bland, S. H., O'Leary, E. S., Farinaro, E., Jossa, F., & Trevisan, M. (1996). Long-term psychological effects of natural disasters. *Psychosomatic Medicine*, 58(1), 18–24.
- Bruce, H. et al. (2002). *L'assistenza Psicologia nelle Emergenze*. Trento: Erickson.
- Covello, V., Sandman, P.M., (2001) "Risk Communication: Evolution and Revolution" in Wolbarst A.(ed.) *Solutions to an Environment in Peril*. John Hopkins University Press 164-178.
- Dipartimento della Protezione Civile (Decreto pubblicato nella Gazzetta Ufficiale *Criteri massima per l'organizzazione dei soccorsi sanitari nelle catastrofi*- Predisposta dalla Presidenza del Consiglio dei Ministri 1995— serie generale- n.81 del 6 aprile 2001).
- Goenjian AK, Steinberg AM, Najarian LM, Fairbanks LA, Tashjian M, Pynoos RS. (2000). Prospective study of posttraumatic stress, anxiety, and depressive reactions after earthquake and political violence. *American Journal of Psychiatry*. 157, 911–6.
- Green, B.L., Lindy, J. (1994). Post-traumatic stress disorder in victims of disasters. *Psychiatric Clinics of North America*, 17, 301-309.
- Hsien Wen Kuo, Shu Jen Wu, Tso Ching Ma, Ming-Chu Chiu, Sze-Yuan Chou. (2007). Posttraumatic symptoms were worst among quake victims with injuries following the Chi-chi quake in Taiwan. *Journal of Psychosomatic Research*, 62, 495– 500
- Istituto Nazionale di Geofisica e Vulcanologia (2009). *I rapporti tecnici*. Centro Editoriale Nazionale INGV. Roma.
- Kessler, R.C. (2000). Posttraumatic stress disorder: the burden to the individual and to society. *Journal of Clinical Psychiatry*, 61, 4–14.
- McMillan, J.C., North, C.S., Smith, E.M. (2000). What parts of PTSD are normal: Intrusion, avoidance or arousal?. *Journal of Trauma Stress*, 13, 57-75.
- Milleri, A. (2002). Previsione del rischio e pianificazione sociale delle emergenze. *La professione di Psicologo*, 3.
- Morra A., Ciancamerla G., *Organizzazione dei soccorsi sanitari in caso di catastrofe*. Regione Piemonte, Collana Protezione Civile e ambiente – II edizione, Torino, 1991.
- Rubonis, A. V., Bickman, L. (1991). Psychological impairment in the wake of disaster: The disaster–psychopathology relationship. *Psychological Bulletin*, 109(3), 384–399.
- Salcioglu, E., Basoglu, M., Livanou, M. (2007). Effects of live exposure on symptoms of posttraumatic stress disorder: The role of reduced behavioral avoidance in improvement. *Behaviour Research and Therapy*, 45, 2268–2279.
- Sharan P, Chaudhary G, Kavathekar SA, Saxena S. (1996). Preliminary report of psychiatric disorders in survivors of a severe earthquake. *American Journal of Psychiatry*, 153, 556-558.
- Shore JH, Tatum EL, Vollmer WM. (1986). Psychiatric reactions to disaster. The Mount St Helens Experience. *American Journal of Psychiatry*, 143, 590- 595.
- Sgaran, P., Chaudhary, G., Kavathekar, S.A., Saxena, S. (1996). Preliminary report of psychiatric disorders in survivor of a severe earthquake. *American Journal of Psychiatry*, 153, 556-558.
- Soldatos, C.R., Paparrigopoulos, T.J., Pappa, D.A., Christodoulou, G.N. (2006). Early post-traumatic stress disorder in relation to acute stress reaction: An ICD-10 study among help seekers following an earthquake. *Psychiatry Research*, 143, 245– 253.
- Tamer, A. (2006). 1999 Marmara Earthquakes: a review of epidemiologic findings and community mental health policies. *Turkish Journal of Psychiatry*, 17 (3), 1-9.
- Thompson, M. P., Norris, F. H., & Hanacek, B. (1993). Age differences in the psychological consequences of Hurricane Hugo. *Psychology and Aging*, 8(4), 606–616.
- Wagner, D., Heinrichs, M., Ehler, U. (1998). Prevalence of symptoms of posttraumatic stress disorder in german professional fire fighters. *American Journal of Psychiatry*, 155, 12-21.
- Wen Kuo, H., Wu, S.J., Ching Ma, T., Chiu, M., Chou, S. (2007). Posttraumatic symptoms were worst among quake victims with injuries following the Chi-chi quake in Taiwan. *Journal of Psychosomatic Research*, 62, 495– 500.
- Young, B.H et al (2002), *L'assistenza psicologica nelle emergenze*. Erickson, Trento.



## La Psicologia di comunità per lo sviluppo della professione

*Intervista alla Prof.ssa Donata Francescato*

di **Raffaele Felaco**

Coordinatore Editoriale "La Professione di Psicologo"



**Prof.ssa Francescato nel suo ultimo libro "Lavorare e decidere meglio in organizzazioni empowering e empowered" parla delle nuove "sfide glocali" ci vuole spiegare a cosa si riferisce e qual è il contributo che può dare la psicologia al loro superamento?**

I principali mutamenti finanziari e commerciali avvenuti negli ultimi dieci anni, in seguito al diffondersi di una "seconda globalizzazione" hanno portato ad una crescita rapida nei paesi emergenti, ma hanno anche creato nuovi pericoli ed opportunità nelle diverse realtà locali dei paesi occidentali. In Italia ad esempio le possibilità degli psicologi di trovare lavoro nelle imprese come ricercatori e formatori è grandemente diminuita, perché molte nostre imprese per far fronte alla competizione internazionale hanno tagliato ulteriormente le attività di formazione e ricerca, facendoci raggiungere il primato negativo tra i paesi europei. Invece molte aziende, altri paesi Europei anche con aiuti statali hanno aumentato gli investimenti nella ricerca e nella formazione e si sono specializzate in settori ad alta tecnologia.

Esistono due aspetti complementari della globalizzazione: l'interconnessione che trasferisce la conoscenza da un luogo all'altro e la differenziazione che la radica in un luogo determinato. Non a caso, in Italia, un certo tipo di capitalismo familiare di piccole e medie imprese ha trovato un vantaggio competitivo proprio nel proprio radicamento territoriale. Sono infatti gli spazi locali dove si fa rete, dove si compete e si coopera, dove le imprese si aggregano, dove la comunità ha una identità forte e offre appartenenza e senso che si riesce a rendere il territorio una componente di rilievo di tutte produzioni che lì vengono realizzate. Le nostre organizzazioni private, pubbliche e del terzo settore, già appesantite da "vecchi problemi" presenti in molte aree della società italiana, si trovano oggi a dover affrontare le difficili sfide poste dalla nuova competizione internazionale e hanno bisogno di aiuto per divenire organizzazioni empowered ed empowering, cioè in grado di prendere le migliori decisioni strategiche tenendo conto della pluralità dei fattori che incidono sul loro benessere e la loro performance. Una organizzazione è empowered quando riesce a "leggere" il più accuratamente possibile i processi di

cambiamento in corso nei contesti locali, regionali, nazionali e internazionali in cui opera. Questa "lettura" dei territori permette di cogliere opportunità ed individuare possibili minacce, a cui far fronte tramite mutamenti strategici e organizzativi interni da un lato; e dall'altro individuando partner con cui fare rete per raggiungere obiettivi non ottenibili singolarmente. Una organizzazione è empowered quando riesce a fare questo lavoro di analisi globale per comprendere come alcuni cambiamenti in atto a livello internazionale, intrecciati a specifiche problematiche nazionali e locali, possono incidere sul proprio futuro. Diviene una organizzazione anche empowering quando riesce a coinvolgere i propri membri in questo processo di acquisizione di competenze, aumentando le loro capacità individuali e collettive di incidere sulle decisioni organizzative e la loro motivazione ad attuare quanto deciso.

La psicologia del lavoro e di comunità possono aiutare nel generare comprensione della multideterminazione delle relazioni che legano individuo e contesto, organizzazione e ambiente, pratiche organizzative pratiche sociali ed aiutare singoli, gruppi e organizzazioni a incrementare la loro capacità di leggere una realtà interna ed esterna, personale e relazionale di grande complessità

Le modalità di valutazione ed intervento proposte dagli psicologi comunità, come i profili di comunità, l'analisi organizzativa multidimensionale e la formazione empowering vanno in questa direzione. Purtroppo come emerge anche da una recente indagine dell'Ordine (Ponzio 2008) è urgente formare psicologi che sappiano intervenire in contesti più ampi di quelli individuali. In Italia invece domina il modello dello psicologo cristallizzato nel meccanismo diagnosi-terapia. Anche bei libri come "La diagnosi in psicologia clinica" (Dazzi, Lingiardi e Gazzillo 2009) che illustrano i più recenti e sofisticati approcci, propongono una valutazione **del-l'individuo o al massimo della famiglia** senza esaminare l'impatto dei moderni contesti in cui viviamo, (ad esempio l'esposizione massiccia ai media), nella costruzione del nostro immaginario mentale e del nostro benessere o malessere.

**Una nozione che vorrei approfondire con Lei è il concetto dello spettro dell'inutilità che per così dire si "aggira per l'Europa"**

Il sociologo francese Alain Ehrenberg (2006) ritiene che la globalizzazione abbia comportato un passaggio a un diverso statuto del soggetto. Mentre prima il cittadino era sottomesso alla responsabilità e alla disciplina che implicano il divieto e la cui infrazione comporta il senso

di colpa, attualmente l'individuo è sottoposto al dovere di essere capace, altrimenti si sente inutile. Si è passati da un modello di riferimento basato sul binomio dovere-colpa, prevalente nel periodo agricolo e industriale, ad uno centrato su successo-competizione vs insuccesso-incapacità, sviluppatosi nella società post industriale. Secondo lo psichiatra Nicola Lalli (2008) il raggiungimento della felicità e del benessere è divenuto un obbligo. Obbligo di essere felici, dinamici, avere successo: chi non riesce a raggiungere questi standard si sente fallito ed è rapidamente emarginato come inutile. Lo sviluppo del potenziale di alcuni si coniuga con la paura di molti di divenire inutili, di essere socialmente svalutati. Aumentano il numero di depressi e ansiosi che si rivolgono al medico del lavoro, per essere stimolati sia per lavorare che per divertirsi, si spiega anche così l'alto consumo di cocaina. Interi gruppi, donne, anziani, immigrati vengono emarginati. Secondo Kaneklin e Gilardi (2007) c'è una nuova domanda sociale di psicologia e di psicologi che sappiano interrogarsi ed affrontare problemi sociali complessi.

Interessarsi ai problemi sociali e ai contesti relazionali più ampi richiede lo sviluppo della consapevolezza socio-politica dell'interazione tra benessere personale, relazionale e collettivo, processo difficile da attuare in un periodo in cui i media, per l'appunto, promuovono valori e comportamenti individualisti. Processo che noi psicologi dovremmo incoraggiare nei nostri contesti formativi, in particolar modo perchè la stragrande maggioranza degli psicologi è composta da donne.

Dalla ricerca di Hofstede (1998) l'Italia risulta avere una cultura di tipo maschile, in cui i valori dominanti sono il potere, la realizzazione personale, il successo, la competizione, un clima emotivo di tipo negativo. La cultura maschile enfatizza, inoltre le differenze di genere. In una cultura femminile, invece, i valori dominanti sono: il supporto sociale, l'interdipendenza, il prendersi cura degli altri, la qualità della vita. Vi è, inoltre, una minore differenziazione dei ruoli di genere. Il Giappone detiene il primato tra le culture maschili (punteggio 95) seguito dall'Austria (79), dal Venezuela (73) e dalla Svizzera ed Italia (70) I paesi scandinavi si trovano, invece, ai livelli inferiori (Svezia 5. Norvegia 8) e vengono descritti, quindi, come paesi con cultura femminile.

In Italia, molti uomini e donne sono ancora oggi socializzati in "culture deificate e narrative" in parte differenti, sono insomma situati (Mebane 2008):. Molte ragazze scelgono in massa le professioni dove bisogna educare o prendersi cura e molte studentesse di psicologia sono spinte a scegliere la professione per essere d'aiuto come emerge anche dalle ricerche di Renzo Carli sugli studenti delle triennali e delle specialistiche. Come donne tendono, ancora più dei loro

colleghi maschi, a “privatizzare i problemi”, cioè a vederne chiaramente il versante individuale e meno quello socio-politico. La formazione universitaria potrebbe offrire l'opportunità di riflettere sulla loro situazione di donne e sul legame tra genere e scelte professionali e scelte di specializzazione in ambito psicologico. Tuttavia la maggior parte delle materie che si studiano nei nostri attuali corsi di laurea e il modello psicologo-psicoterapeuta oggi dominante, le aiuta a divenire ancora maggiormente centrate sulle relazioni intrapsichiche e interpersonali insomma molto attente al “dentro” e poco al “fuori”.

Per affrontare le problematiche legate all'immigrazione e alla segregazione di genere nel mondo del lavoro e della scuola, sarebbe importante per gli psicologi avere accesso alle conoscenze sugli stereotipi sessuali ed etnici latenti, sulle nuove forme di razzismo e sessismo, sui pregiudizi, sulle identità sociali e sulle dinamiche di identificazione ed esclusione nei gruppi, elaborate dalla psicologia culturale, dalla psicologia politica e dalla psicologia per le pari opportunità. Nell'ambito di queste discipline, oggi spesso assenti nei nostri corsi di laurea, sono state elaborate strategie di promozione della convivenza tramite progetti di formazione all'interculturalità, per la prevenzione della violenza sulle donne e i bambini. Sono stati anche elaborate metodologie per diminuire i conflitti etnici, i tassi di bullismo e mobbing anche tramite interventi formativi online, basati sull'apprendimento collaborativo.

**Nel suo libro racconta di esperienze con la piccola impresa italiana, ci racconti la Sua riflessione su questo mondo tanto mitizzato dai media e dalla politica.**

Questo mondo è costituito da 4,3 milioni di imprese che occupano circa 17 milioni di persone. Credo che siano un mercato potenziale per noi psicologi, praticamente ancora quasi tutto da conquistare. Nel libro descriviamo come l'analisi organizzativa multi dimensionale, (AOM) che esplora i punti forza e le aree problema di una organizzazione da quattro diversi punti di vista sia uno strumento particolarmente adatto per la consulenza alle piccole imprese e illustriamo come l'AOM è stata utilizzata in imprese diverse come aziende agricole, aziende manifatturiere,, pizzerie alberghi, cinema, palestre centri sportivi, servizi di informatica, centri servizi educativi ecc.

L'AOM permette di tener conto di quattro diverse chiavi di lettura, contemporaneamente operanti in modo sistemico: le dimensioni strategica, funzionale, psicodi-

namica e psicoambientale. Le prime due si occupano di variabili hard in quanto descrivono gli aspetti più oggettivi e misurabili, la storia strategica, gli obiettivi iniziali, i principali mutamenti avvenuti negli anni, il posizionamento, e l'articolazione dei ruoli, dei flussi e delle funzioni organizzative. L'epistemologia di riferimento è positivista. Le dimensioni psicodinamica e psicoambientale si occupano di variabili soft, legate ad aspetti affettivi e relazionali, sia consapevoli che inconsci, della realtà organizzativa, percepita in una ottica costruttivista. Gli strumenti variano dalla raccolta degli aneddoti più divertenti, alla stesura di una sceneggiatura di un “film” sull'organizzazione che poi viene anche recitato, disegni e associazioni libere, questionari sul clima ecc. Il poter analizzare contemporaneamente aspetti giuridici, economici, strategici e funzionali e vissuti emotivi e processi psicodinamici è particolarmente importante per le aziende a conduzione familiare, dove potere, denaro, amore e lavoro sono inesorabilmente intrecciati. L'AOM e la formazione empowering sono strumenti particolarmente adatti ad affrontare un problema sociale, di gigantesche proporzioni che diventerà sempre più evidente nei prossimi due decenni: il passaggio generazionale. Secondo Lodi e Zamboni (2008) le imprese familiari sono in Italia il 90% delle imprese, il 98% ha meno di 20 dipendenti. Il 53% degli imprenditori è sopra i 60 anni, dunque una grande parte delle imprese familiari italiane dovrà affrontare a breve il problema della successione. La Commissione Europea sottolinea che solo il 33% delle aziende supera il primo passaggio generazionale. Psicologi in grado di usare efficacemente queste metodologie elaborate dagli psicologi di comunità potrebbero trovare opportunità lavorative in questo ambito e al contempo contribuire ad affrontare una sfida importante per il nostro paese, dove le piccole imprese familiari giocano un ruolo così rilevante.

**La sua ricerca si è occupata anche di Pubblica Amministrazione. Si può veramente cambiare? Lo si può fare con tecniche psicologiche?**

Abbiamo dedicato un intero capitolo a questa tematica cruciale. La Pubblica Amministrazione impiega circa 3.632.000 lavoratori, dei quali 42% dipendenti da Enti locali, il 56% dallo Stato centrale e il resto dagli Enti di previdenza. Per questo abbiamo analizzato sia municipi di piccoli comuni, che in Italia sono più di settemila, ( che potrebbero anche loro divenire datori di lavoro per psicologi formati per rispondere alle loro specifiche esigenze) sia uffici di ministeri: Credo che la formazione empowering che prevede che membri di

una stessa unità lavorativa, frequentino insieme, dirigenti ed impiegati, lo stesso corso di formazione, diluito nel tempo, con incontri ad intervalli regolari e collaborative learning online durante le pause sia una tecnica psicologica abbastanza efficace nel potenziare l'empowerment dei singoli e del gruppo di lavoro. Anche se, dalla scuola all'università, dagli enti locali ai ministeri occorre anche sviluppare un sistema premiante più efficace, metodi di selezione dei dirigenti che tengano conto dei meriti e delle competenze più che delle reti politiche e amicali. Questo richiede mutamenti a livello legislativo e culturale che gli psicologi da soli possono solo stimolare ma non certo attuare.

**Ormai in Italia molti servizi ai cittadini vengono forniti da Enti e Associazioni del così detto terzo settore, anche queste organizzazioni possono beneficiarsi di interventi di psicologi del lavoro, ci vuole raccontare un'esperienza?**

Molti psicologi clinici e di comunità già operano in questi ambiti, dove per molti è possibile perseguire i propri ideali lavorando in contesti amicali, purtroppo con precarie risorse finanziarie.

Proprio nelle cooperative sociali, nelle associazioni di volontariato abbiamo effettuato una grande varietà di esperienze riportate nel libro. In una cooperativa che si occupava di anziani e dipendeva sempre dalle con-

venzioni del comune per i propri finanziamenti abbiamo svolto una AOM che si è rivelata non solo una esperienza divertente ma anche molto fruttuosa. Esplorando le interazioni tra vissuti emotivi ed aspirazioni dei singoli membri e priorità e bisogni dell'organizzazione sono emerse tre problematiche. Alcuni operatori erano stanchi di lavorare con gli anziani, altri avrebbero voluto guadagnare di più, tutti erano molto preoccupati che il presidente della Cooperativa avrebbe dato le dimissioni entro tre anni. Alla fine del percorso di AOM che è durato 4 mesi con un incontro di mezza giornata al mese e "compiti a casa" negli intervalli i membri hanno esplorato i "bisogni inevasi" del loro territorio di riferimento e deciso di creare una casa famiglia per minori maltrattati, e inscrivere alcuni membri a corsi di formazione per prepararli ai nuovi compiti. Inoltre hanno costituito un gruppo di tre persone che ha affiancato il presidente mentre svolgeva alcune funzioni. Queste persone hanno ricevuto un compenso ulteriore per questo lavoro extra soddisfacendo il loro desiderio di maggiori guadagni. Entro due anni, un membro interno, parte del triumvirato è stato eletto Presidente della Cooperativa. In questa cooperativa sono rimasti così soddisfatti degli esiti dell'AOM che ogni anno la rifanno, per valutare l'andamento complessivo dell'organizzazione, progettare cambiamenti desiderati.



## DONATA FRANCESCATO

Ha conseguito il Ph'D in Psicologia Clinica all'Università di Houston nel 1972 ed una Post-doctoral Fellowship all'Università di Brandeis per lo studio dei piccoli gruppi. Dal 1973 al 1980 è professore incaricato di Tecniche di Indagine della personalità all'Università Sapienza di Roma, e nel 1980 diviene ordinario per la stessa disciplina. Ha introdotto in Italia la psicologia di comunità, creando la Divisione di Psicologia di Comunità nella SIPS, di cui è stata coordinatrice. Dal 1985 ad oggi è ordinario di Psicologia di Comunità. Ha fondato l'European Network of Community Psychology ed è membro fondatore del European Network of Affective Education e dell'European Community Psychology Association. E' membro del Comitato Scientifico del *Journal of Community and Applied Social Psychology* e della rivista *Psicologia di Comunità*.

E' autrice di 21 libri, tradotti in spagnolo, portoghese, francese e giapponese e di circa 150 articoli pubblicati in riviste italiane ed internazionali su tematiche di psicologia sociale, (in particolare nei settori psicologia ambientale, psicologia politica, psicologia di comunità e psicologia dei piccoli gruppi) e di psicologia del lavoro e delle organizzazioni, (specialmente negli ambiti attinenti la valutazione di varie modalità di formazione faccia a faccia e on line e lo sviluppo organizzativo di setting privati, pubblici e del terzo settore). Ha tenuto lezioni e seminari nelle università di diversi paesi europei, tra i quali la Gran Bretagna, la Germania, l'Austria ed il Portogallo. E' stata invitata a presentare relazioni d'apertura sui suoi innovativi contributi teorici e metodologici in vari convegni internazionali Budapest 1987, Cambridge 1989, Lisbona 1995, Vienna 1997, Bergen 2000, Berlino 2004, Portorico 2006 e Pasadena (USA) 2007.

Tra i suoi testi più importanti, adottati in diverse Università Italiane e straniere ricordiamo: **Lavorare e decidere meglio in organizzazioni empowered e empowering**, Angeli 2008; **Psicologia di comunità per i mondi del lavoro**, Carocci 2005; **Psicologia di comunità per la scuola, la formazione e l'orientamento. Esperienze faccia a faccia e online**, Il Mulino 2004; **Fondamenti di Psicologia di Comunità**, Carocci 2002; **Oltre la Psicoterapia. Percorsi innovativi in Psicologia di Comunità** Carocci 1995; **Star meglio insieme** Mondadori 1995; **Star bene insieme a scuola**, Carocci 1986-2007.

## Sottoscritto un Protocollo d'Intesa per offrire prestazioni psicologiche ai militari della Guardia di Finanza

di **Dott.ssa Immacolata Tomay**

Coordinatrice Commissione Tariffario e Sviluppo della professione CNOP

Presidente Ordine psicologi Regione Umbria

*Una partnership privilegiata per proporre un'offerta organica e qualificata di prestazioni psicologiche e psicoterapeutiche ai militari – in servizio e in congedo – e loro familiari. Lo scopo è quello di rafforzare le attività di assistenza e protezione sociale realizzate dalla Guardia di Finanza.*

**I**l protocollo stipulato tra il Consiglio nazionale dell'Ordine degli psicologi e la Guardia di Finanza costituisce un importante obiettivo politico raggiunto dalla nostra categoria impegnata a promuovere il benessere psicologico nelle organizzazioni. La centralità delle risorse umane nelle organizzazioni e il loro benessere è un costrutto psicologico che ha permeato le politiche di governance degli ultimi anni.

Oggi anche le Amministrazioni pubbliche sono chiamate sempre più a migliorare la qualità del lavoro nei propri contesti, ponendo al centro del sistema le proprie risorse umane, investendo su relazioni interne salutari e divenendo esse stesse generatrici di salute e benessere. Organizzazioni e risorse umane sono entrambi attori e responsabili della salute.

Il Comando della Guardia di Finanza è impegnato da anni a realizzare servizi per i propri dipendenti allo scopo di rafforzare le attività di assistenza e protezione sociale.

L'approvazione del protocollo si inserisce nell'ambito di un percorso avviato da tempo con il nostro Ordine e costituisce base e premessa di una intensa e proficua collaborazione volta ad incrementare la cultura del benessere e lo sviluppo della qualità della vita in ambito militare. I militari svolgono impegni di grande responsabilità con possibili alti livelli di stress e compromissione della salute, con attivazione di processi

che alterano progressivamente gli equilibri psicologici e con sequenzialmente compromissione della produttività. Il Comando della Guardia di Finanza ha mostrato una particolare sensibilità alla condizione di benessere psico-fisico dei propri militari, per cui le attività di prevenzione psicologica, ed eventuali psicoterapie, sono assolutamente indispensabili e la presenza dello psicologo è percepita come un'esigenza inderogabile più che un'opportunità.

**Le prestazioni erogabili saranno di competenza degli iscritti alla sezione A dell'Albo degli psicologi e, per le prestazioni psicoterapeutiche, dagli iscritti autorizzati all'esercizio della psicoterapia ai sensi degli artt. 3 e 35 della L. 56/89.**

Il primo incontro sarà gratuito e per i successivi sarà previsto uno sconto del 20% sulla tariffa applicata dal singolo professionista.

Il CNOP, in collaborazione con la Guardia di Finanza, si impegna inoltre, a programmare annualmente l'organizzazione di una serie di convegni/conferenze per avviare una campagna di informazione sulle problematiche psicologiche socialmente rilevanti.

Il protocollo potrà essere integrato e modificato di comune accordo per una sempre più proficua collaborazione tra i due Enti.

GLI PSICOLOGI CHE DESIDERANO ADERIRE DEVONO ACCEDERE ALL'AREA SERVIZI DEL SITO [WWW.PSY.IT](http://WWW.PSY.IT) SCARICARE IL MODULO DI ADESIONE E INVIARLO SECONDO LE MODALITÀ INDICATE



GUARDIA DI FINANZA



Ordine Nazionale Psicologi

## PROTOCOLLO D'INTESA

**La GUARDIA DI FINANZA**  
**nella persona del Comandante Generale**  
**Gen. C.A. Cosimo D'Arrigo**

nell'ottica di:

- rafforzare le attività di assistenza e protezione sociale realizzate dalla Guardia di Finanza a sostegno dei militari del Corpo;
- fornire un'offerta organica e qualificata delle prestazioni psicologiche e psicoterapeutiche a livello nazionale agli appartenenti al Corpo ed ai loro familiari;
- favorire l'opportunità di affrontare e risolvere problematiche riguardanti la sfera psicologica per accrescere lo sviluppo di una cultura del benessere e della qualità della vita

e

**il CONSIGLIO NAZIONALE DELL'ORDINE DEGLI PSICOLOGI**  
**nella persona del Presidente del Consiglio Nazionale Ordine Psicologi**  
**Dr. Giuseppe Luigi Palma**

istituito con la Legge 18/02/1989 n. 56, secondo la quale, tra l'altro, "cura l'osservanza delle leggi e delle disposizioni concernenti la professione relativamente alle questioni di rilevanza nazionale" (L. 56/89, art. 28, punto "d"), promuove la professione di psicologo e svolge azione di tutela degli iscritti e degli utenti attraverso l'osservanza del codice deontologico;

considerato che ritiene indispensabile promuovere la professione di psicologo presso aziende, enti e istituzioni pubbliche e private perché possano avvalersi del contributo dello psicologo per lo sviluppo e la promozione del benessere e della salute;

osservato che tra i propri compiti vi è quello di promuovere ogni iniziativa affinché gli Ordini Regionali e Provinciali possano svolgere attività di indirizzo e di coordinamento nei riguardi dei propri iscritti, al fine di qualificare l'intervento dei professionisti nelle loro rispettive attività

1



GUARDIA DI FINANZA



Ordine Nazionale Psicologi

## CONVENGONO QUANTO SEGUE

## Art. 1

Il Consiglio Nazionale dell'Ordine degli Psicologi (di seguito C.N.O.P.), d'intesa con gli Ordini Territoriali, si impegna ad individuare psicologi per fornire le prestazioni professionali, di seguito specificate, a favore dei militari della Guardia di Finanza - in servizio ed in congedo - e loro familiari (di seguito Clienti). Si conviene che il concetto di famiglia è da interpretarsi in forma "estensiva" (conviventi, vedove/i, etc....).

## Art. 2

Le prestazioni saranno erogate dagli psicologi iscritti alla sezione A dell'Albo degli psicologi e dagli psicologi autorizzati all'esercizio dell'attività psicoterapeutica ai sensi degli artt. 3 e 35 della Legge 56/89, che manifesteranno la volontà di aderire al presente Protocollo d'Intesa. Il C.N.O.P. si impegna a pubblicare l'apposito elenco reperibile presso il proprio sito internet [www.psy.it](http://www.psy.it), e presso le sedi di ogni Ordine territoriale dove saranno predisposti gli elenchi, elenco che sarà accessibile anche dalla pagina intranet del Comando Generale della Guardia di Finanza/Ufficio Assistenza e Protezione Sociale.

## Art. 3

Le prestazioni oggetto del presente Protocollo d'Intesa sono quelle indicate nel Testo della tariffa professionale degli psicologi allegato al Codice deontologico, vigente al momento della prestazione.

Le tariffe delle prestazioni verranno così determinate:

- primo incontro: gratuito;
- per le prestazioni successive, si pattuisce uno sconto di almeno il 20% sulla tariffa applicata dal singolo professionista.



GUARDIA DI FINANZA



Ordine Nazionale Psicologi

## Art. 4

Il C.N.O.P. si impegna a programmare annualmente, di concerto con la Guardia di Finanza, l'organizzazione di una serie di convegni/conferenze a favore del personale del Corpo della Guardia di Finanza e suoi familiari, per avviare una campagna di informazione sulle problematiche psicologiche socialmente rilevanti. Dette attività saranno svolte - a titolo gratuito - dal C.N.O.P. e dalla Guardia di Finanza presso locali che saranno di volta in volta messi a disposizione da quest'ultima.

## Art. 5

La Guardia di Finanza potrà attivare - sul proprio sito intranet - uno spazio dedicato alle iniziative scaturenti dal presente Protocollo d'Intesa. In tale spazio verranno collocate eventuali iniziative concordate con le parti.

## Art. 6

Il C.N.O.P. riconosce alla Guardia di Finanza lo status di partner privilegiato per la condivisione di iniziative applicabili su gruppi omogenei di individui, finalizzate alla promozione della salute e del benessere psicologico.

## Art. 7

La Guardia di Finanza si impegna a divulgare il presente Protocollo d'Intesa pubblicizzandolo tra i propri dipendenti per il tramite del sito intranet e di altri canali istituzionali.

## Art. 8

La Guardia di Finanza ed il C.N.O.P. svolgeranno attività finalizzate al contrasto ed alla repressione delle violazioni a danno degli interessi erariali derivanti dall'abusivismo professionale nello specifico settore.



GUARDIA DI FINANZA



Ordine Nazionale Psicologi

Art. 9

Il presente atto costituisce l'avvio di una collaborazione - tra gli Enti firmatari - suscettibile di ulteriori forme di cooperazione, che verranno definite di volta in volta dagli stessi.

Art. 10

Il Protocollo d'Intesa entrerà in vigore dalla data della sottoscrizione, avrà durata annuale e si intenderà tacitamente rinnovato di anno in anno, salvo disdetta di una delle due parti data con lettera raccomandata, almeno 90 giorni prima della scadenza.

Roma, 18 maggio 2009

per  
**IL C.N.O.P.**  
Il Presidente

Dott. Giuseppe Luigi Palma

per  
**LA GUARDIA DI FINANZA**  
Il Comandante Generale  
Gen.C.A. Cosimo D'Arrigo

## La Rivoluzione Inglese: un *new deal* per la depressione

di **Piero Porcelli**

Servizio Psicodiagnostica e Psicoterapia IRCCS  
Ospedale De Bellis

Capita che psicologi e psicoterapeuti, tanto bistrattati nel nostro Belpaese, vengano improvvisamente rivalutati non tanto da medici o dagli stessi psicologi ma dai nuovi *maître-à-penser* del mondo contemporaneo, coloro che dettano le regole del gioco all'intero mondo, ossia gli economisti. E capita così che in Inghilterra si stia compiendo una vera rivoluzione nella politica sanitaria nazionale per il trattamento della depressione, sotto la guida del Professor Lord Richard Layard, direttore del *Centre for Economic Performance* della *London School of Economics and Political Science* (LSE) ([www.lse.ac.uk](http://www.lse.ac.uk)). Un economista, quindi, alla guida di un prestigiosissimo istituto di studi economici, che ha convinto il governo inglese ad implementare un programma di intervento per la prevenzione dei disturbi d'ansia e depressivi con uno stanziamento di 221 milioni di euro entro il 2010. Per fare cosa? Non per dare farmaci a tutti e assecondare il motto "*a drug for any ailment*" adottato dall'industria farmaceutica mondiale ma per impegnare 10.000 psicoterapeuti nel trattamento della depressione a livello dell'assistenza di base. Una vera rivoluzione sanitaria voluta da un economista, quindi, perché Lord Layard ha dimostrato, conti alla mano, che trattare la depressione con la psicoterapia conviene non solo ai pazienti ma soprattutto allo stato.

La decisione del governo britannico è stata seguita da molti commenti sulle riviste scientifiche internazionali ma ha avuto sorprendentemente pochissima eco sulla

stampa italiana. Per gli interessati, allora, il *Depression Report* della *London School* (2006) è scaricabile in rete dal sito della LSE e Lord Layard sarà a Torino per illustrare il *New Deal* inglese al XX congresso dell'*International College of Psychosomatic Medicine* che si terrà nel capoluogo piemontese dal 23 al 26 settembre 2009. In questo intervento, cercherò di esporre lo stato delle conoscenze sul trattamento della depressione per capire appieno il senso del programma inglese.

### Il problema depressione

La depressione è un problema sociale nel mondo occidentale a causa delle cifre spaventose. Secondo le stime dell'OMS, sono depresse circa 330 milioni di persone al mondo (in Italia si stima che attorno ai 5 milioni di persone siano affette da depressione, con il 15% di tutte le donne, contro l'8% dei maschi, e l'8-10% degli adolescenti di età 14-24 anni) e circa la metà dei pazienti con varie malattie fisiche (cancro, ictus, Parkinson, diabete e soprattutto malattie cardiovascolari). Nel 2030 inoltre sarà la seconda causa di disabilità nel mondo ma la prima nei paesi industrializzati (Mathers & Loncar, 2006). Ad esempio, il rischio di ricovero per episodi acuti di asma è del 40% superiore nei pazienti asmatici con comorbilità depressiva rispetto ai pazienti asmatici non depressi (Katon et al,

2007) e i pazienti depressi hanno un rischio di infarto del miocardio superiore all'esposizione al fumo passivo (Wulsin & Singal, 2003) e un rischio di morte altissimo anche per cause non-cardiache (Mykletun et al, 2007).

Le conseguenze sociali della depressione sono altissime. I costi diretti, rappresentati da trattamenti, ricoveri, visite specialistiche, ecc. sono calcolati in Gran Bretagna in circa 16 miliardi di euro, pari all'1.5% del PIL nazionale (Layard, 2006), dei quali circa 9 miliardi ricadono sulle tasse (per copertura dei giorni di malattia e mancato introito fiscale), creando un circolo vizioso per cui la mancanza di lavoro aumenta la depressione che a sua volta rende più difficile il re-inserimento lavorativo.

I costi sociali sono anche indiretti, dovuti cioè alle perdite che il disturbo comporta. Alcuni costi indiretti sono facilmente calcolabili, altri meno. Fra i primi, secondo il *Depression Report* inglese, depressione ed altri disturbi psicopatologici rappresentano la prima causa della disabilità lavorativa con una quota complessiva di circa il 40%, contro appena l'8% dovuto alle patologie respiratorie e all'alcolismo. Inoltre si stima che solo il 20% delle persone con disabilità lavorativa per malattia per oltre 6 mesi torna al lavoro nei successivi 5 anni. I costi non o difficilmente calcolabili sono quelli relativi a conseguenze di lungo periodo o di esiti non immediatamente riconducibili alla depressione. Ad esempio, ci sono prime evidenze di riduzione neuronale e conseguente diminuzione della plasticità cerebrale (con ulteriori conseguenze di lungo periodo, soprattutto negli anziani) nei pazienti con depressione. In uno studio recente di follow-up di 3 anni su pazienti depressi, è stata documentata una riduzione significativa di alcune aree cerebrali (area anteriore del cingolo, amigdala, corteccia prefrontale dorso-mediale e ippocampo) e, indipendentemente dal fatto che avevano continuato o sospeso il trattamento antidepressivo, circa la metà (45%) dei pazienti con recidive nel corso dei 3 anni di follow-up hanno avuto una riduzione delle aree cerebrali in misura significativamente maggiore rispetto ai pazienti con remissione stabile (Frodl et al, 2008). Altre conseguenze indirette difficilmente quantificabili sono rappresentate dal fatto che la depressione è spesso sotto-diagnosticata poiché molti pazienti si presentano con sintomi prevalentemente o esclusivamente somatici (sindromi funzionali che rappresentano circa la metà dei pazienti di medicina di base) (Henningsen et al, 2003) ed è sotto-trattata poiché circa un quarto dei pazienti a cui viene diagnosticata non prende farmaci per svariati motivi (contrari ai farmaci per principio, effetti collate-

rali importanti, idea di potercela fare da soli) (LSE, 2006). C'è il serio rischio, inoltre, di un effetto a cascata trans-generazionale. Indipendentemente, infatti, dalle implicazioni genetiche, la depressione nei genitori può causare un'insufficienza importante delle cure parentali ed esporre i figli ad un rischio elevato di disturbi dell'umore in età adulta. Ad esempio, studi recenti hanno evidenziato che la depressione materna può aumentare di 3 volte il rischio di depressione del figlio a 21 anni, corretto per altre situazioni problematiche alla nascita (Gourion et al, 2008), e che tale associazione permane indipendentemente dal fatto che si tratti di madre biologica o adottiva (Tully et al, 2008).

Se, in poche parole, ci si chiede qual è la causa prima di infelicità nella nostra società, la risposta non è la povertà economica, come molti sono indotti a pensare, ma il disagio mentale: un disturbo depressivo o di altro tipo vissuto 10 anni prima predice 3 volte di più l'infelicità rispetto alle difficoltà economiche attuali (Layard et al, 2007).

### **Il trattamento della depressione: mitologia ed evidenze**

Non c'è dubbio che la risposta primaria al problema depressione è data dai farmaci antidepressivi. In Italia, si fa uso di 30 dosi di antidepressivi per 1000 abitanti (stime dell'Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane), con un incremento dell'8% solo fra il 2005 e il 2006 (dati dell'Agenzia Italiana del Farmaco). Su quali evidenze si basa questa pratica prevalente di approccio terapeutico alla depressione? I trial controllati dimostrano certo che gli antidepressivi sono efficaci. Ma è tutto così chiaro?

A gennaio 2008 il *New England Journal of Medicine* ha pubblicato un interessante lavoro (Turner et al, 2008) in cui sono stati messi a confronto i risultati di 74 trial clinici su 12 antidepressivi pubblicati in letteratura (per un totale di oltre 12.500 pazienti) con quelli derivati dall'analisi del database della *Food and Drug Administration* (FDA), organismo a cui le aziende farmaceutiche devono inviare i dati dei propri trial per la commercializzazione del farmaco. Su 74 trial registrati presso la FDA, 38 studi, pari al 51%, sono risultati a favore del farmaco testato e tutti (tranne uno) sono stati pubblicati. Tuttavia dei 36 studi, pari al 49%, con risultati negativi o dubbi, solo 3 sono stati pubblicati. L'*effect size* (ossia il coefficiente che indica quanto una variabile – in questo caso l'antidepressivo testato – sia associata ad un'altra variabile – in questo caso il punteggio alle scale di depressione come indice del-

l'efficacia del trattamento) è stato, ovviamente, molto superiore negli studi pubblicati rispetto a quelli non pubblicati. L'*effect size* che si ottiene guardando gli studi pubblicati sulle riviste scientifiche (che costituiscono la base scientifica per il marketing del farmaco) è stato di 0.37 (considerato di livello "moderato" nei criteri standard di valutazione delle correlazioni), ossia ben 1/3 più alto rispetto all'*effect size* che si ottiene analizzando i dati FDA ma *non* pubblicati su alcuna rivista scientifica, che è stato di appena lo 0.15 (considerato di livello "non significativo"). L'efficacia degli antidepressivi che si desume dalle pubblicazioni scientifiche è quindi falsata in senso positivo. Inoltre, in un'analisi dei trial pubblicati in 10 anni (dal 1992 al 2002) sulle 4 riviste internazionali più importanti di psichiatria, è risultato che gli studi a favore degli antidepressivi sono significativamente associati allo sponsor farmaceutico, ossia se il trial è finanziato dall'azienda che produce il farmaco studiato, allora l'efficacia è maggiore rispetto ai trial indipendenti (il 78% contro il 28%) (Kelly et al, 2006). Sempre nei primi mesi del 2008, è stata pubblicata una meta-analisi su 35 trial registrati presso la FDA effettuati su 5 degli antidepressivi SSRI più diffusi, per un totale di oltre 5000 pazienti (Kirsch et al, 2008). Il miglioramento, misurato con la scala di Hamilton, è stato statisticamente significativo a favore degli SSRI (9.60 punti) rispetto al placebo (7.70 punti) ma la differenza di 1.80 punti è molto al di sotto di quella di 3 punti richiesta dal *National Institute for Clinical Excellence* (NICE), prestigioso organismo inglese indipendente che, fra l'altro, valuta i criteri di evidenza di trattamento e prevenzione. E la differenza standardizzata delle medie (coefficiente *d* di Cohen) fra trattamento e placebo è risultata di 0.32, anch'essa al di sotto della soglia di 0.50 stabilita dal NICE. Analizzando la risposta terapeutica in relazione al livello di gravità iniziale della depressione, è risultato che la terapia con SSRI raggiunge i criteri di significatività clinica solo nei pazienti gravemente depressi all'ingresso ma l'esito più interessante è stato che ciò è dovuto ad un effetto combinato: il miglioramento aumenta in funzione della gravità iniziale (in poche parole, la terapia farmacologica è utile, sia pure in misura modesta, per i pazienti gravi all'inizio del trattamento) ma perché diminuisce di pari passo l'efficacia del placebo (ossia, l'efficacia del placebo è simile a quella del farmaco nei pazienti meno gravi ma diminuisce progressivamente nei pazienti più gravi).

Ciò che emerge da questo quadro è che l'efficacia degli antidepressivi sembra quanto meno sovrastimata, oltre che viziata da interessi economici, per esprimere un giudizio cauto e politicamente corretto. Quali

sono invece i risultati se si mette a confronto la terapia farmacologica con la psicoterapia?

Se si prendono in considerazione le meta-analisi effettuate con tecniche statistiche più sofisticate, pubblicate dal 1990 in poi, il quadro generale è che non ci sono differenze fra antidepressivi e psicoterapia e, anzi, in alcune di queste, la psicoterapia presenta vantaggi sui farmaci. Il gruppo bolognese di Giovanni Fava, adottando un approccio terapeutico sequenziale, ha trovato che la terapia cognitivo-comportamentale (TCC) è risultata efficace sia nella diminuzione dei sintomi residuali degli episodi acuti che del numero di recidive in 4 anni. Alla sospensione dei farmaci, le recidive sono state del 25% nei pazienti trattati con TCC e dell'80% nei pazienti seguiti con la gestione farmacologica in 2 anni, e del 40% contro il 90% nel follow-up a 6 anni (Rafanelli et al, 2007). In un famoso lavoro di Hollon e colleghi (2005), su 12 mesi di follow-up, il 76% dei pazienti ha avuto riacutizzazioni depressive alla sospensione del trattamento e, di questi, il 47% ha avuto ulteriori episodi anche se sottoposti nuovamente a trattamento con antidepressivi contro il 31% dei pazienti trattati con psicoterapia. Quando è stata esaminata la risposta sostenuta (ossia l'efficacia del trattamento precedente nei 12 mesi successivi alla conclusione del periodo di studio, 12 mesi in cui non c'è stato alcun intervento), ha recidivato il 54% dei pazienti trattati con farmaci contro appena il 17% dei pazienti precedentemente trattati con TCC. In una delle ultime meta-analisi pubblicate (Imel et al, 2008), psicoterapia e farmaci sono risultati egualmente efficaci a fine trattamento ma la psicoterapia è stata più efficace sul lungo periodo e quindi, nelle parole degli autori, "può offrire un effetto preventivo che invece non è assicurato dal farmaco". Risultato che sembra avere anche riscontri neurobiologici: gli SSRI aumenterebbero la disponibilità di serotonina a livello sinaptico, inibendo l'attività dell'amigdala e di altre regioni della porzione ventrale del sistema limbico mentre la TCC consente di "apprendere" come attivare efficacemente i meccanismi della corteccia prefrontale nella regolazione degli stati affettivi, con un effetto di lungo periodo presente anche dopo la fine del trattamento (DeRubeis et al, 2008).

In conclusione, quando si esamina il trattamento con antidepressivi e con psicoterapia, il quadro è molto più convincente rispetto all'efficacia solo del farmaco: 1) la psicoterapia è in generale efficace quanto i farmaci (con qualche dubbio per il trattamento delle forme più gravi di depressione); 2) i farmaci hanno efficacia importante nella fase acuta del trattamento (in alcuni studi, pari alla psicoterapia) ma non hanno effetto di

prevenzione sulle riacutizzazioni depressive, alla conclusione della terapia; 3) la psicoterapia produce effetti maggiori sulla prevenzione delle recidive sul lungo periodo. Sulla base delle evidenze, quindi, quale trattamento è consigliabile per un paziente depresso? Anche prescindendo dagli aspetti più “umanitari” della questione (infelicità, sofferenza, vivere costantemente male) e considerando solo i costi sociali della depressione, a cui si è accennato prima, gli economisti inglesi di Lord Layard non hanno avuto dubbi nel rispondere: meglio la psicoterapia!

### Il progetto inglese di trattamento della depressione nei servizi territoriali

Il progetto di Lord Layard parte dall'assunto che, in attesa di evidenze convincenti per le differenti tipologie di psicoterapia, la TCC è quella che ad oggi ha evidenziato maggiori prove di efficacia. Il tasso tipico di successo della TCC sul lungo periodo è del 50% e la proporzione di recidive nei pazienti trattati con TCC (30-40%) è inferiore rispetto a coloro trattati con i farmaci (50-80%) (Paykel et al, 1999; Fava et al, 2004). Il costo di un trattamento psicoterapeutico breve di 16 sedute è di circa 1000 euro. Senza tener conto del beneficio soggettivo in termini di qualità di vita, il guadagno sociale nei successivi 2 anni (con 12 mesi senza sintomi e almeno un mese di lavoro in più rispetto ai pazienti depressi non trattati) viene stimato in 1500 euro. Se un anno senza sintomi depressivi è stimato in 0.2 QALY (*Quality Adjusted Life Years*; unità di misura impiegata nelle analisi costi-benefici equivalente all'aspettativa di vita di un anno in condizioni di buona salute) e se il corrispettivo economico di un QALY è di 40.000 euro (stima NICE), si ricava che ogni anno privo di sintomi vale circa 8000 euro per la collettività (Layard, 2006). In una parola – è questo è un punto di forza essenziale per il gruppo di economisti inglesi –, *il trattamento di psicoterapia si paga da sé*.

Operativamente, il progetto inglese si articola su un modello *hub-and-spoke*, ossia un modello a raggiera o “a ruota di bicicletta” di collegamento dei centri dislocati sul territorio con un nucleo centrale di coordinamento. Viene costituito un *hub* centrale coordinato da un terapeuta anziano o esperto (supervisore), localizzato in un ufficio, nel quale vengono convogliati gli invii da parte dei medici di base (che filtrano le richieste dei propri assistiti assumendo un ruolo più decisionale rispetto ai medici di base italiani – ad esempio, fornendo direttamente il nome del medico specialista o psicoterapeuta a cui il paziente viene inviato – e poten-

dosi associare in centri poliambulatoriali ed anche ospedalieri di *community health*), viene effettuata la procedura diagnostica ed elaborati i programmi terapeutici. Oltre a metodiche psicodiagnostiche specifiche, tutti i pazienti sono valutati con un unico questionario per monitorare l'andamento della terapia e del follow-up in modo uniforme per tutti i pazienti e quindi avere un quadro nazionale sull'efficacia del trattamento. I servizi terapeutici territoriali sono dislocati presso centri di *community health* della medicina di base, ambulatori dei medici di base, centri di psicoterapia appositamente istituiti, agenzie sociali territoriali, organizzazioni di volontariato ed anche presso alcuni luoghi di lavoro (fabbriche, ospedali, centri commerciali). In sostanza, viene creato un *network* di psicoterapeuti di base che lavorano nel territorio quanto più possibile in prossimità degli utenti ed in rete fra di loro.

L'obiettivo del progetto al 2013 è di trattare 800.000 persone in un anno con 250 gruppi di psicoterapia (un *hub* ogni 250.000 abitanti) con circa 40 psicoterapeuti in ciascuna rete territoriale. Se un terapeuta può trattare in media 80 pazienti in un anno con 16 sedute, ciò significa che il governo inglese prevede di reclutare 10.000 psicoterapeuti. Attualmente lo Stato può disporre di circa 500 psicologi clinici formati e diplomati all'anno, per cui è stato messo in cantiere di formare 5000 psicologi clinici nel 2013. Con amara ironia in confronto alla disperata situazione di disoccupazione degli psicologi italiani, il governo inglese si trova nella condizione di essere in sotto-organico della metà degli psicoterapeuti necessari. Per questo motivo, il progetto prevede di reclutare gli altri 5000 terapeuti fra il personale più anziano e con maggiore esperienza professionale nel campo della salute mentale fra infermieri professionali, riabilitatori, educatori, assistenti sociali e counselors che avranno il titolo di “terapeuti psicologici” (*psychological therapists*). Il costo complessivo a regime, nel 2013, sarà di 800 milioni di euro l'anno, a cui vanno aggiunti oltre 60 milioni di euro per la formazione degli operatori psicoterapeuti.

### Conclusione

Il rationale, le modalità, l'investimento ed il risparmio sociale del progetto inglese si commentano da soliti: centinaia di milioni di euro investiti dal governo centrale a favore del sistema sanitario pubblico, opportunità lavorative per tutti gli psicologi clinici inglesi e per altrettante figure professionali di settori affini della salute mentale, possibilità di partecipare ad un megaprogetto a favore della collettività e quindi di investire la propria attività professionale di valore etico-sociale,

opportunità per tutti i cittadini di accedere alla psicoterapia. Oltre questi aspetti positivi, mi preme mettere in risalto due punti importanti. Uno, per la prima volta viene riconosciuto alla psicoterapia il valore di dignità terapeutica in senso proprio (prevenzione ed efficacia), indipendentemente dai farmaci, anzi in misura maggiore rispetto ai farmaci. Due, per la prima volta viene assegnato un valore economico alla psicoterapia, nella colonna dei “guadagni” e non solo in quella dei “costi”: non solo la psicoterapia *si paga da sé* ma consente di ottenere un guadagno in termini di collettività, oltre che individuale. La “rivoluzione inglese” è, come dicono gli anglosassoni, *food for thought* per noi psicologi italiani che viviamo anni-luce lontani dalle bianche scogliere di Dover.

## Bibliografia

- Angell, M. (2008). Industry-sponsored clinical research. A broken system. *Journal of the American Medical Association*, 300, 1069-1071.
- DeRubeis, R.J., Siegle, G.J., Hollon, S.D. (2008). Cognitive therapy versus medication for depression: treatment outcomes and neural mechanisms. *Nature Reviews Neuroscience*, 9, 788-796.
- Fava, G.A., Ruini, C., Rafanelli, C., Finos, L., Conti, S., Grandi, S. (2004). Six-year outcome of cognitive behavior therapy for prevention of recurrent depression. *American Journal of Psychiatry*, 161, 1872-1876.
- Frodl, T.S., Koutsouleris, N., Bottlender, R., Born, C., Jaeger, M., Scupin, I., Reiser, M., Moeller, H.J., Meisenzahl, E.M. (2008). Depression-related variation in brain morphology over 3 years. *Archives of General Psychiatry*, 65, 1156-1165.
- Gourion, D., Arseneault, L., Vitaro, F., Brezo, J., Turecki, G., Tremblay, R.E. (2008). Early environment and major depression in young adults. A longitudinal study. *Psychiatry Research*, 161, 170-176.
- Henningsen, P., Zimmermann, T., Sattel, H. (2003). Medically unexplained physical symptoms, anxiety, and depression: A meta-analytic review. *Psychosomatic Medicine*, 65, 528-533.
- Hollon, S.D., DeRubeis, R.J., Shelton, R.C., Amsterdam, J.D., Salomon, R.M., O'Reardon, J.P., Lovett, M.L., Young, P.R., Haman, K.L., Freeman, B.B., Gallop, R. (2005). Prevention of relapse following cognitive therapy vs medication in moderate to severe depression. *Archives of General Psychiatry*, 62, 417-422.
- Imel, Z.E., Malterer, M.B., McKay, K.M., Wampold, B.E. (2008). A meta-analysis of psychotherapy and medication in unipolar depression and dysthymia. *Journal of Affective Disorders*, 110, 197-206.
- Katon, W.J., Lin, E., Kroenke, K. (2007). The association of depression and anxiety with medical symptom burden in patients with chronic medical illness. *General Hospital Psychiatry*, 29, 147-155.
- Kelly, R.E., Cohen, L.J., Semple, R.E., Bialer, P., Lau, A., Bodernheimer, A., Neustadter, E., Barenboim, A., Galynker, I.I. (2006). Relationship between drug company funding and outcomes of clinical psychiatric research. *Psychological Medicine*, 36, 1647-1656.
- Kirsch, I., Deacon, B.J., Huedo-Medina, T.B., Scoboria, A., Moore, T.J., Johnson, B.T. (2008). Initial severity and antidepressant benefits: a meta-analysis of data submitted to the Food and Drug Administration. *PLoS Medicine*, 5, e45. doi: 10.1371/journal.pmed.0050045
- Layard, R., Clark, D., Knapp, M., Mayraz, G. (2007). *Cost-Benefit Analysis of Psychological Therapy*. CEP Discussion Paper No 829 [http://cep.lse.ac.uk/pubs/download/dp0829.pdf]
- Layard, R. (2006). The case for psychological treatment centres. *British Medical Journal*, 332, 1030-1032.
- London School of Economics and Political Science (2006). *The Depression Report. A new Deal for Depression and Anxiety Disorders*. www.lse.ac.uk
- Mathers, C.D., Loncar, D. (2006). Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. *PLoS Medicine*, 3, 2011-2030.
- Mykletun, A., Bierkeset, O., Dewey, M., Prince, M., Overland, S., Stewart, R. (2007). Anxiety, depression, and cause-specific mortality: The HUNT Study. *Psychosomatic Medicine*, 69, 323-331.
- Paykel, E.S., Scott, J., Teasdale, J.D., Johnson, A.L., Garland, A., Moore, R., Jenaway, A., Cornwall, P.L., Hayhurst, H., Abbott, R., Pope, M. (1999). Prevention of relapse in residual depression by cognitive therapy: a controlled trial. *Archives of General Psychiatry*, 56, 829-835.
- Rafanelli, C., Fava, G.A., Sonino, N. (2007). Sequential treatment of depression in primary care. *International Journal of Clinical Practice*, 61, 1719-1729.
- Tully, E.C., Iacono, W.G., McGue, M. (2008). An adoption study of parental depression as an environmental liability for adolescent depression and childhood disruptive disorders. *American Journal of Psychiatry*, 165, 1148-1154.
- Turner, E.H., Matthews, A.M., Linardatos, E., Tell, R.A., Rosenthal, R. (2008). Selective publication of antidepressant trials and its influence on apparent efficacy. *New England Journal of Medicine*, 358, 252-260.
- Wulsin, L.R., Singal, B.M. (2003). Do depressive symptoms increase the risk for the onset of coronary disease? A systematic quantitative review. *Psychosomatic Medicine*, 65, 201-210.



## Consiglio Nazionale Ordine degli Psicologi

### SERVIZI GRATUITI AGLI PSICOLOGI ITALIANI: WWW.PSY.IT

È attiva l'area servizi sul Sito Ufficiale del Consiglio Nazionale dell'Ordine degli Psicologi. Tutti gli psicologi italiani possono iscriversi.

All'interno di questa area

- **è possibile** consultare una quotidiana rassegna stampa degli articoli apparsi su 30 principali testate riguardanti la professione di Psicologo
- **è possibile** accedere alla **Banca Dati EBSCO** "Psychology and Behavioral Sciences Collection", dove sono disponibili più di 550 riviste scientifiche in full text consultabili in modo semplice e funzionale
- **è possibile** ricevere tramite e-mail notizie e aggiornamenti direttamente dal Consiglio Nazionale dell'Ordine degli Psicologi
- **è possibile** accedere al Notiziario quotidiano "Tutto sul sociale, Welfare e Minori"

#### COME REGISTRARSI NELL'AREA RISERVATA

Collegarsi a [www.psy.it](http://www.psy.it) cliccare sul link Area Riservata poi su registrazione Psicologi, inserire i dati richiesti e seguire i passaggi successivi indicati dal programma.

#### COME ACCEDERE ALL'AREA RISERVATA

Una volta registrati per accedere ai servizi entrare in Area Riservata del sito cliccare su Login e inserire i propri dati.

Autorizzazione Trib. di Roma, n 28 del 24/01/2002  
Poste Italiane s.p.a. - Sped.abb.post. - D.L. 353/2003  
(conv. in L. 27/02/2004 n°46), art. 1 comma 2, DCB Po

**Editore:** Consiglio Nazionale Ordine degli Psicologi

P.le di Porta Pia, 121 - 00198 Roma

tel. 06 44292351 fax 06 44254348

**Su Internet:** [www.psy.it](http://www.psy.it)

**E-mail:** [ufficiostampa@cnopsicologi.it](mailto:ufficiostampa@cnopsicologi.it)

**Stampa:** Edigraf Editoriale Grafica

**Direttore responsabile:** Giuseppe Luigi Palma

**SIC - Sistema Integrato di Comunicazione**

**Coordinatore Editoriale:** Raffaele Felaco

**Redazione:** Girolamo Baldassarre, Lara Costa,  
Tullio Garau, Antonio Telesca

**Consulente di Redazione:** Maria Pedone

**Collaboratori di Redazione:** Barbara Summo  
Silvana Stifano.

**Redazione:** "La Professione di Psicologo"  
c/o Consiglio Nazionale Ordine degli Psicologi  
Chiuso in redazione il 30/06/2009

---

**L'eventuale cambio di indirizzo o mancato ricevimento della rivista,  
va comunicato esclusivamente al proprio Ordine di appartenenza.**

---

LE LINEE DI INDIRIZZO PER LA CONCESSIONE DEI PATROCINII  
SONO DISPONIBILI ON LINE SUL SITO [WWW.PSY.IT](http://WWW.PSY.IT)