



ICS (X)
Insieme Contro la Solitudine
Insieme andrà tutto bene



SUPPORT THE SUPPORTERS

KIT

di supporto di secondo livello
per coordinatori e operatori
degli interventi psicosociali
nella pandemia da Covid-19

RISORSE - STRUMENTI - LINEE GUIDA
PRATICHE - SUGGERIMENTI - ANALISI

Versione 1.0



artwork-gaetano.toldonato



Con il Patrocinio di:



CITTA' DI TORINO

Maggior sostenitore:



Fondazione
Compagnia
di San Paolo

KIT
di supporto di secondo livello
per coordinatori e operatori
degli interventi psicosociali
nella pandemia da Covid-19

RISORSE - STRUMENTI - LINEE GUIDA
PRATICHE - SUGGERIMENTI - ANALISI

Progetto: "ICS- INSIEME CONTRO LA SOLITUDINE"

Azione: Support the Supporters

Realizzato con il contributo della Compagnia di San Paolo

Linee guida Versione 1.0 - Maggio 2020

Quest'opera è distribuita con Licenza

[Creative Commons Attribuzione - Non commerciale 4.0 Internazionale](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/)



ICS (X)
Insieme Contro la Solitudine
Insieme andrà tutto bene



CORONAVIRUS_{PSI}

Linea diretta con gli Psicologi dell'Emergenza

In questo periodo siamo tutti impegnati su più fronti e, oltre ai problemi sanitari, economici, di distanziamento sociale, dobbiamo anche far fronte alle problematiche di ordine psicologico:

- sentimenti di incertezza e paura per noi stessi e i nostri cari
- ansia
- difficoltà ad organizzare la nostra giornata
- solitudine
- preoccupazione per un familiare ricoverato
- preoccupazione per i nostri anziani in RSA o nelle case di riposo
- lutto per la morte di un nostro caro

Telefona ai numeri:

011 011 377 82

011 011 377 40

dal lunedì alla domenica, dalle 10 alle 18, risponderà uno psicologo di Psicologi per i Popoli Torino

Grazie al contributo della Compagnia di San Paolo, abbiamo la possibilità di offrire tre colloqui gratuiti di supporto per fronteggiare l'emergenza.

Chiedere aiuto non è un segno di debolezza o vulnerabilità, ma un atto di coraggio.

Riconoscere i propri limiti e chiedere aiuto ci permette di proteggere noi stessi e gli altri.



artwork.gaetano.toldonato

Con il Patrocinio di:



CITTA' DI TORINO

Maggior sostenitore:



Fondazione
Compagnia
di San Paolo

CONTESTO

L'azione "**Support the Supporters**" è parte del progetto "ICS- INSIEME CONTRO LA SOLITUDINE" finanziato dalla Compagnia di San Paolo, ed è promosso da Psicologi per i Popoli Torino in collaborazione con Esprì, Psicologi nel Mondo Torino e l'Associazione Leon Battista Alberti.

L'azione si propone di attivare un Comitato Scientifico multidisciplinare per svolgere attività di **supporto di secondo livello** agli operatori volontari o pubblici della psicologia dell'emergenza che stanno affrontando l'emergenza da coronavirus e stanno fornendo sostegno psico-sociale alle diverse vittime e fasce deboli dell'area metropolitana Torinese.

L'obiettivo primario di tale comitato è quello di raccogliere i bisogni nello scenario inedito dell'attuale pandemia e, col sostegno di desk research, **elaborare un "Kit" di linee guida o raccomandazioni, pratiche, analisi e strumenti per mitigare i rischi che possono compromettere la resilienza - connessi allo stress e alle possibili traumatizzazioni secondarie - degli operatori pubblici e del terzo settore, che stanno supportando la salute mentale di cittadini e sanitari.**

Il Comitato Scientifico è composto da: **Maria Teresa Fenoglio**, presidente Psicologi per i Popoli Torino (Unito); **Monica Agnesone**, responsabile della psicologia Aziendale (ASL Città di Torino); **Vittoria Ardino**, psicotraumatologa (presidente SISST, ESTSS); **Alfredo Mela**, sociologo (Polito, Psicologi nel Mondo Torino); **Massimo Mari**, psichiatra (ASUR Marche); **Fabio Sbattella**, Responsabile dell'Unità di ricerca in psicologia dell'emergenza (UniCatt Milano, Esprì); **Luca Guglielminetti**, vittimologo e esperto di resilienza (UniBg, Ass. LBA), coordinatore.

Hanno contribuito o stanno collaborando a questa azione altre persone in forma volontaria che ringraziamo: Tiziana Celli, Daniela Dallorto, Monica Delmonte, Lucia Accornero, Massimo Cerrina.

La documentazione raccolta e prodotta è disponibile su Google Drive:

<https://drive.google.com/open?id=177FJRNUfKWzf0WoedBwlUYhHugWrh07n>

Gli output dell'attività e l'ultima versione di questo KIT sono all'interno

della cartella "Tools e Guide":

<https://drive.google.com/open?id=1GdLQMN4p677IYG7ISAN3F08NWQaF-DdC>

INDICE

- TAVOLA SINOTTICA – p. 6
- GLOSSARIO – p. 7
- COLLABORARE AL KIT E ALLA RICERCA – p. 7
- PREMESSA METODOLOGICA – p. 8
 - [La sfida dell'incertezza totale nelle relazioni](#) - Parole chiave - [Fattori di rischio e di protezione nell'emergenza COVID](#)
- LUTTO RITO MEMORIA – p. 13
 - [Le criticità](#) - [Ospedalizzazione: accorciare le distanze](#) - [Elaborazione del lutto ovvero la costruzione delle memorie \(La pratica dell'ASL Città di Torino\)](#) - [Rituali e terapie personali e di gruppo per dire addio al proprio caro \(Arteterapia - Fototerapia - La dimensione religiosa e interculturale - La dimensione tecnico-amministrativa\)](#) - [Accompagnare nel lutto persone fragili e minori](#) - [Accompagnare nel lutto gli adolescenti \(Disabilità intellettuale e autismo: consigli per gli operatori\)](#) - [Commemorazione collettiva o riumanizzazione delle vittime](#)
- L'UTILIZZO DELLA NARRAZIONE COME SUPPORTO E AUTO-SUPPORTO DEI SOCCORRITORI – p. 27
 - [Premessa](#) - [Strumenti per la raccolta di narrazioni](#) - [Consigli utili per la conduzione di un colloqui di ricerca](#)
- LA PREVENZIONE DEL TRAUMA PSICOLOGICO AL TEMPO DEL COVID – p. 32
 - [Che cosa possono fare i soccorritori](#) - [Test di autovalutazione della qualità professionale](#)
- IL CALL CENTER DI SOSTEGNO PSICOLOGICO IN EMERGENZA COVID 19 – p. 36
- PRIMA PARTE: Riflessioni in tempo reale (marzo-aprile 2020)
 - [Prima dell'intervento](#) - [L'importanza del corpo, fin dall'inizio](#) - [Durante il servizio - Saper cogliere gli indizi](#) - [Ancora sulla dimensione corporea in una relazione d'aiuto invisibile](#) - [Concludere la telefonata](#)
- SECONDA PARTE: Il call-center di sostegno psicologico in emergenza nell'ambito del sistema di protezione civile – p. 44
 - [Il Call-center in un contesto di Protezione Civile](#) - [Da chi e come è stato pensato il call center](#) - [Breve vademecum del primo aiuto psicologico per via telefonica](#)
- TERZA PARTE: Prosemica emozionale e nuovi media: Una ricerca – p. 52
 - [Questionario e focus group](#)
- ORGANIZZAZIONE IN EMERGENZA – p. 61
 - [12 principi di supporto organizzativo](#) - [L'organizzazione dell'aiuto psico-sociale in emergenza: Massimo Mari intervistato da Maria Teresa Fenoglio](#)
- ALLEGATI – p. 72
 - [Bibliografie](#) – Note sugli Autori



Analisi/Suggerimenti



Linee Guida/Pratiche



Strumenti



Risorse/Info

TAVOLA SINOTTICA

Contesti	Analisi/Suggerim. 	LineeGuida/Pratiche 	Strumenti 	Risorse/Info 
Generale	- La sfida dell'incertezza totale nelle relazioni p. 8		- Test di autovalutazione della qualità professionale p. 35	- Bibliografie (in allegato) p.72
Ospedalizzazione		- Ospedalizzazione: accorciare le distanze p. 14 - Elaborazione del lutto ovvero la costruzione delle memorie p. 16 (La pratica dell'ASL Città di Torino p. 17)		
Accompagnamento del lutto	- Le criticità p. 13 - Commemorazione collettiva o riumanizzazione delle vittime p. 26	- Rituali e terapie personali e di gruppo per dire addio al proprio caro p. 18		- Arteterapia p. 19 - Fototerapia p. 20 - La dimensione religiosa e interculturale p. 21 - La dimensione tecnico/amm.va p. 21
Supporto telefonico	- Il Call-center in un contesto di Protezione Civile p. 45	- Riflessioni in tempo reale p. 36 - Breve vademecum del primo aiuto psicologico per via telefonica p. 49		
Comunicazioni con nuovi media		- Ospedalizzazione: accorciare le distanze p. 14	Questionario per ricerca p. 53	
Riorganizzazione dei servizi	- Fattori di rischio e di protezione nell'emergenza COVID-19 p. 12 - Da chi e come è stato pensato il call center p. 47			
Target				
Malati Covid-19		- Ospedalizzazione: accorciare le distanze p. 14		- La dimensione tecnico/amm.va p. 21
Minori, Disabili, Adolescenti		- Accompagnare nel lutto persone fragili e minori p. 22 - Accompagnare nel lutto gli adolescenti p. 24		- Disabilità intellettuale e autismo: Consigli per gli operatori p. 25
Operatori psico-sociali e sanitari	- La prevenzione del trauma. Che cosa possono fare i soccorritori p. 32 - L'organizzazione dell'aiuto psico-sociale in emergenza: p. 66	- Strumenti per la raccolta di narrazioni come supporto e auto-supporto dei soccorritori p. 27 - 12 principi di supporto organizzativo p. 61	- Consigli utili per la conduzione di un colloquio p. 30 - Test di autovalutazione della qualità professionale p. 35 - Questionario per ricerca p. 53	- Bibliografie (in allegato) p.72

GLOSSARIO

Protocolli e procedure sono norme obbligatorie dentro una data organizzazione. Si tratta di prescrizioni per l'impostazione di comportamenti e *modus operandi*.

Linee guida sono, tecnicamente, delle raccomandazioni (non obbligatorie) di azione per sviluppare buone pratiche (cioè interventi appropriati e in grado di offrire alti standard di qualità) Esse costituiscono riferimento autorevole in un certo ambito professionale. Sono il frutto concordato di un'ampia comunità (e non la pensata di un singolo soggetto o ente) e sono create sulla base delle conoscenze scientifiche costantemente aggiornate.

Practices sono le descrizioni complete, trasparenti e oneste dei modi con cui i professionisti operano. Che siano procedure efficaci ed efficienti è ancora da dimostrare, anche se ovviamente sono sviluppate a partire da ipotesi teoriche ed esperienze ben fondate.

Suggerimenti sono invece opinioni, magari anche autorevoli, proposti da professionisti sulla base della loro esperienza professionale.

COLLABORARE AL KIT E ALLA RICERCA

Considerando umilmente che, durante questa pandemia, tutti stiamo imparando e pochi dei suggerimenti qui presenti in termini di "Linee Guida" e "Practices" sono certificati come "best practices" o "good practices", **sarebbe utile se ciascun lettore, utilizzatore di questo KIT, dedicatesse del tempo a documentare ciò che fa**, prendendo nota di dati, tempi, scelte, contenuti, risposte emotive etc.

Altrettanto utile è **utilizzare gli strumenti qui proposti**, come il test di autovalutazione, per valutare la propria qualità professionale, o i questionari e focus group predisposti per aiutare a rispondere all'analisi dei bisogni individuati.

Collaborare con chi fa ricerca o almeno documentare ciò che si è fatto permetterà in futuro di rileggere e ripensare ad errori e scoperte. Anche questo significa rielaborare i vissuti e **trasformare eventuali stress o potenziali traumi in crescita post traumatica**.

Per contatti, feedback, contributi al Comitato Scientifico:

Email: luca.guglielminetti@gmail.com - Telefono: 335.6619003

PREMESSA METODOLOGICA

LA SFIDA DELL'INCERTEZZA TOTALE NELLE RELAZIONI

 <relazione terapeutica> <comunicazione> <linguaggio> <filosofia>

di Luca Guglielminetti

Nell'intervista a Massimo Mari sul Resto del Carlino, lo psichiatra che coordina nelle Marche gli psicologi e psichiatri in questa emergenza, afferma: "Sicuramente oggi terapeuti e pazienti sono immersi nella stessa situazione e nelle stesse preoccupazioni, senza tempo precedente per nessuno per elaborarle. Ciò porta a una **'relazionalità psicoterapeutica' totalmente diversa**, rispetto alla situazione classica in cui, si sa, il terapeuta dovrebbe essere meno implicato possibile nella tematica analizzata o comunque dovrebbe averla ben elaborata nella sua persona. Questo che stiamo vivendo è un trauma improvviso ma prolungato nel tempo che dà una clinica molto diversa rispetto allo shock traumatico definito in un tempo limitato. Posso solo dire che stiamo vedendo una grande sofferenza psicologica nei singoli, nelle famiglie, nelle istituzioni, nella comunità e nelle relazioni fra le nazioni nel mondo intero". (<https://www.ilrestodelcarlino.it/macerata/cronaca/coronavirus-psichiatra-1.5096466>)

Più in generale possiamo affermare che **ogni comunicazione interpersonale ha un nuovo ed inedito limite cognitivo**: quello che gli scienziati chiamano 'viaggio nel tempo mentale', più correttamente, viaggi nel tempo mentale orientati al futuro (FMTT): quando, cioè, noi immaginiamo eventi futuri come 'pre-esperienze' (Michaelian et al. 2016 and Michaelian, Kourken & Perrin, Denis. 2017).

Noi speculiamo quotidianamente su come le nostre vite sarebbero diverse, nel bene e nel male, per aiutarci a prendere decisioni importanti. Sia che il futuro in questione sia tra cinque ore o tra cinque anni, la ricerca mostra che ci proiettiamo mentalmente in avanti nel tempo all'incirca una volta ogni 15 minuti dacché siamo svegli. I nostri cervelli ci permettono di visualizzare cosa faremo in futuro attingendo ad una funzione importante come le nostre memorie. Sono le nostre esperienze memorizzate che ri-esploriamo tutti giorni per prendere le decisioni più abituali sul futuro prossimo quotidiano o meno. Per cui, all'opposto, i malati di Alzheimer, che spesso perdono l'accesso a così tanti dei loro ricordi di vita, hanno anche grandi difficoltà a descrivere in dettaglio cosa potrebbero fare in futuro.

Ora, il punto è che di fronte a questa pandemia non abbiamo esperienze e memorie che ci aiutino a visualizzare il nostro futuro a breve, medio o lungo termine.

Gli operatori di supporto psicologico alla popolazione possono fornire una serie di consigli per prevenire gli effetti psicologici negativi, tra cui sintomi di stress post-traumatico, confusione e rabbia nella quotidianità delle nostre nuove vite di reclusi in casa, ma possono raggiungere il limite posto dal dato che nessuno ha esperienza di pandemie nel mondo contemporaneo che possa richiamare dalla banca della sua memorie, per affrontare il futuro. Vale a dire che **le strategie di coping possono funzionare con il limite cognitivo, di memoria, ai quali siamo tutti sottoposti quando comunichiamo con l'altro**, al di là dei ruoli ricoperti.

Il Comitato scientifico di "Support the Supporters sta raccogliendo i bisogni degli operatori psico-sociali, i dati sulle reazioni psicologiche che stanno emergendo, così come i possibili processi di traumatizzazione, e **con questo KIT** sta provando ad individuare alcuni principi guida, pratiche, suggerimenti, sviluppando risorse e strumenti utili all'analisi per cercare **risposte che alimentino prevenzione e resilienza**.

Al netto delle sperequazioni nelle condizioni sociali in cui ciascuno affronta la pandemia, abbiamo una nuova 'livella', per usare la metafora dei morti di Totò ("*Nuje simmo serie... appartenimmo à morte!*"), che ci rende oggi tutti seri ed uguali: nessuno conosce abbastanza il nuovo coronavirus. **L'incertezza è cifra più profonda e trasversale** di quanto stiamo vivendo. Nessuno può oggi esprimere certezze sul futuro di ciascuno di noi in termini di salute fisica e mentale, lavoro, benessere, relazioni sociali, politiche e ambientali.

Di fronte alle domande più cogenti, gli scienziati, almeno i più seri tra loro, non possono che ammettere, come Socrate, di non sapere (la "docta ignorantia"). Questo perché alla ricerca serve tempo per affrontare e ricavare dati sui vari livelli clinici, sanitari ed epidemiologici.

In questi ultimi mesi abbiamo assistito a come la comunicazione pubblica del rischio dei governi soggiaccia a questa pesante incertezza, con i risultati caotici di disorientamento dell'opinione pubblica. Tuttavia proprio chi lavora in prima linea per fornire sostegno ai cittadini, le fasce più deboli ed isolate, non può prendere tempo. **L'operatore si trova come terminale ultimo della catena di comunicazione che deve rispondere dell'incertezza generale**, trovandosi, per la prima volta, in una condizione non diversa da colui che dovrebbe e vorrebbe aiutare.

L'operatore non è più una contro-parte dell'utente, ma, per il tratto più profondo di qualsiasi dialogo intraprenda intorno al tema della pandemia, **diventa** una "com-parte", cioè **un partner dell'utente, col quale giocare una partita su un campo in cui le regole, parzialmente ignote, vanno ri-disegnate insieme**.

Questa situazione rende urgente delle **linee guida** che ribadiscano alcuni punti noti:

- 1) la necessità di fornire una **rete di supporto** agli operatori in prima linea sulla quale possano poter contare senza timore di essere giudicati e che mitighino la possibilità che il loro lavoro diventi controproducente.
- 2) la necessità di fornire **indicazioni e suggerimenti** agli operatori in prima linea **aggiornati** che considerino i fattori di novità rispetto le emergenze già note. Linee guida e pratiche che sono evidenziate **in verde**, pubblicate e mantenute aggiornate nelle versioni di questo KIT e su Goole Drive di "Support the Supporters".
- 3) la necessità che gli operatori abbiano **strumenti di autovalutazione**, o una periodica supervisione di terzi, per misurare la loro salute in termini di *Compassion Fatigue, Burnout e Compassion Satisfaction*, e gli strumenti di rilevazione del disagio rispetto alle persone a cui danno il loro supporto. (si veda l'autovalutazione ProQOL di Stamm a pag. 35 e il questionario sull'uso dei nuovi media a pag. 53)
- 4) la necessità più generale di puntare l'attenzione ai **fattori di rischio e di opportunità** nella gestione di questa pandemia sotto il profilo organizzativo, dei bisogni emergenti e delle risorse disponibili (si veda a pag.12 e le analisi sui Call center a pag. 45 e 47 e i principi organizzativi a pag. 60).

Una situazione che presenta i caratteri di **una nuova sfida**. Infatti, l'attività maieutica per cui l'operatore esercita l'utente all'esercizio del dialogo con domande e risposte tali da spingere l'interlocutore a ricercare dentro di sé la 'verità', cioè le risposte più adatte a migliorare la sua salute mentale, adesso diventa **un vero dialogo socratico**, in cui le due parti partono, come gli scienziati di fronte al coronavirus, dal "so di non sapere".

A prima vista sembra di aggiungere incertezza ad incertezza, ma talvolta occorre essere contro-intuitivi, è ora di sovvertire un vecchio adagio: "Primum vivere deinde philosophari" («prima [si pensi a] vivere, poi [a] fare della filosofia»). Oggi, in 'lockdown', siamo spinti all'applicazione più esasperata del "primum vivere", senza comprendere che il vivere richiede di avere le parole e i concetti che forniscano senso alle più semplici delle azioni quotidiane, come quella di restare a casa. Utilizzare un vecchio arsenale di parole e di concetti è esattamente il motivo per cui non riusciamo a rispondere, a sopportare e comprendere bene quanto accade e accadrà domani. Del resto, come ha notato il matematico Giordano Bruno (2009): "Una persona impara solo attraverso l'incertezza. Ciò che è certo non può pretendere di essere fonte di apprendimento". **La proprietà detta "apprendimento" emerge proprio nell'emergenza**: "all'interno del processo di interazione continua tra noi è il mondo, tra noi e l'incerto. Sotto l'assillo della crisi si sviluppano allora concezioni nuove e verità nuove", sempre relative ma efficaci ad affrontare e gestire la crisi.

La nuova 'relazionalità psicoterapeutica' di cui parla Massimo Mari o la relazione di aiuto degli operatori dei *call center* attivati per la pandemia, sono esattamente **un problema di filosofia del linguaggio**, che ci sfida verso la costruzione di un nuovo arsenale: si chiama **metanoia**.

Metanoia non certo nell'accezione di 'conversione' religiosa di un tempo, quando di fronte ad una catastrofe si alzava sul popolo la voce del predicatore che chiedeva a gran voce la conversione per emendare le colpe che hanno portato a quella punizione divina. **Metanoia come dialogo tra pari su questa comune esperienza stressante che aiuti a riorganizzare le nostre priorità e le nostre "certezze pratiche"**.

La più recente ricerca filosofica (Avanessian, Hennig, 2014) ci dice che: "Il linguaggio sviluppa la nostra comprensione del mondo nello stesso modo e nella stessa misura in cui continua a svilupparsi. Il principio del linguaggio non è l'arbitrarietà, ma la contingenza. Il linguaggio, in altre parole, si sviluppa all'interno di un quadro di possibilità in continuo cambiamento costituito dai suoi legami con il pensiero e con il mondo. Ecco perché le possibilità di una nuova comprensione sono immediatamente legate alla ricerca o all'invenzione di un nuovo linguaggio". Esattamente quando assistiamo a cambiamenti epocali radicali, quando crolla il mondo, la metanoia interviene con la sua funzione poetica del linguaggio. Infatti "(L)a metanoia non è solo un problema di comprensione, ma sposta un rapporto esistente tra pensiero e mondo". Un **gioco linguistico nel quale si riconfigura il significato delle parole in modo che acquistino un senso e un movimento nel nuovo contesto**. Un gioco linguistico che ha l'obiettivo di vedere "sotto una nuova luce" termini e concetti che hanno informato il nostro pensiero (e quindi le nostre priorità) fino a ieri e che vengono 'resettati'.

In altri termini, affinché l'alta pressione ansiogena ci spinga con forza a riordinare le nostre priorità, occorre dare a queste un nome. È la pratica di gioco linguistico che la nostra specie ha sempre utilizzato per adattarsi all'incertezza delle vite sulla terra: spostare il peso, il senso, la distanza specifici dalle singole parole che usiamo nel nostro 'mindset' per interagire col mondo. **Tradotto in pratica, si tratta di plasmare l'incertezza del non sapere il futuro in un linguaggio, come fece Anna Frank nel suo diario** chiusa all'interno del suo nascondiglio, radicalmente incerta come noi oggi. **La narrativa terapeutica**, al di là del mezzo o lo stile utilizzato, una volta espressi i disagi (*pars destruens*), quando giunge alla parte costruttiva (*pars construens*) di consapevolezza della realtà **interrogherà** - parimenti l'utente e

l'operatore o il terapeuta – sulle caratteristiche della futura realtà ai quali ricondurre i messaggi positivi e **le nuove priorità**. È proprio **la metanoia** che “radicalizza la poiesis”, cioè il carattere ricorsivo della linguistica che può, aprendosi al mondo, aumentare il contenuto della realtà. **Una 'realtà aumentata'** non dalla realtà virtuale ma **dalle doti 'poetiche' o creative di ciascuno**, anche con il supporto (virtuale) a distanza di operatori e terapeuti.

Torino, 14 Maggio 2020

Approfondimento metodologico

Cartella “Lecture” su Google Drive:

<https://drive.google.com/drive/folders/1AhEuNP14VnoUFboeGSr2rE4zXvcq7QuR>

File: E_se_lincertezza_avesse_un_senso.pdf

AA.VV. Il tema dell'incertezza nel pensiero sistemico. Riflessioni Sistemiche - Rivista Italiana di Studi Sistemici, N° 1 agosto 2009. Edito dalla AIMES, l'Associazione Italiana di Epistemologia e Metodologia Sistemiche

PAROLE CHIAVE

<relazione terapeutica> <comunicazione> <linguaggio> <filosofia> <organizzazione> <lutto> <stigma>
<psicologia> <antropologia> <lutto> <narrativa> <biografia> <memoria><trauma> <traumatologia>
<colloquio biografico> <arte terapia> <fototerapia> <coesione sociale> <vittimologia> <psicologia
sociale> <psicologia clinica> <analisi organizzativa> <organizzazione dei soccorsi psicosociali> <teoria
della tecnica psicosociale> <prossemica>
<protezione civile> <contesto degli aiuti> <ospedale> <nuovi media> <call center psicologico>
<malati covid-19> <minori> <adolescenti>

FATTORI DI RISCHIO E DI PROTEZIONE NELL'EMERGENZA COVID-19



<analisi organizzativa> <contesto degli aiuti>

A cura di Fabio Sbattella

a) **IMPATTO GENERALE DELLA PANDEMIA.** La pandemia da COVID-19 si è caratterizzata e ancora oggi si profila come un fenomeno che crea, nella mente dei singoli, dei gruppi, delle organizzazioni e delle comunità:

- clima di incertezza diffusa;
- compromissione della capacità immaginativa sul futuro;
- impossibilità ad utilizzare le strategie relazionali consuete;
- necessità di creare nuove metodologie di aiuto psicosociale;
- aumento esponenziale del bisogno di contenimento emotivo;
- annullamento della distinzione tra persone “esterne” ed “interne” all'emergenza

b) **BISOGNI EMERGENTI NELLE AZIONI SOLIDALI.** Il crescere per numero, intensità e durata dei bisogni psicologici e relazionali della popolazione ha sollecitato l'impegno creativo, concreto e costante di tutti i professionisti delle relazioni d'aiuto e ha spinto anche molte persone ad iniziare queste azioni solidali. L'esposizione prolungata a richieste di:

- informazioni,
- contenimento emotivo,
- riorientamento esperienziale,
- supporto sociale,

si accompagna a nuovi bisogni negli stessi operatori della relazione d'aiuto. Tra essi:

- aggiornamento costante, rapido e autorevole;
- confronto e coordinamento con altri operatori attivi sulla stessa popolazione;
- riflessione e sedimentazione dell'esperienze fatte per trarre apprendimenti;
- protezione da potenziali traumi secondari;
- rielaborazione tempestiva dello stress legato inefficienze, identificazioni, ritmi stressanti, labilità dei confini tra area personale e professionale, spiazamento tecnico e cognitivo.

c) **RISORSE.** A questi bisogni (propri ed altrui), gli operatori possono fare fronte a condizione che dispongano di:

- a. reti, tempi e strumenti di confronto tempestivo con i loro pari
- b. informazioni e criteri validati dalla ricerca scientifica, per operare scelte innovative ma non azzardate
- c. legittimazione istituzionale e contenitori organizzativi adeguatamente flessibili.

Si veda: BIBLIOGRAFIA #1 in allegato

LUTTO RITO MEMORIA

A cura di Luca Guglielminetti (*)

LE CRITICITÀ



<lutto> <stigma> <linguaggio> <psicologia> <antropologia>

La psicologa li definisce **lutti "sospesi"**. "I lutti dovuti alla pandemia stanno assumendo un aspetto che potremmo definire lutti "sospesi". Quando le persone vengono private della possibilità di accostarsi alla morte attraverso il necessario corredo dei riti che intorno alla morte sempre sono stati efficaci per lenire il dolore del lutto, **il processo di elaborazione inevitabilmente si complica**. (...) (1) lutti di questa pandemia ci stanno ponendo tutti di fronte ad una questione terribile: l'orrore della assenza nel momento del trapasso dei cari, l'orrore dell'assenza nel momento del rito di tumulazione o cremazione dovuto alle restrizioni". (1)

L'antropologa li definisce **lutti "mutilati"**. "Ai tempi del Coronavirus si muore soli: i familiari sono lontani, non sono accanto alla persona che amano nel momento della morte, e non possono nemmeno salutarla degnamente. Il fatto che venga meno quello che potremmo definire "culto dei morti" segna **una frattura eccezionale**, dal punto di vista storico, culturale e, quindi, antropologico. (...) Il funerale (che altro non è che uno dei tanti riti con cui il genere umano saluta i propri cari) ha a che fare con la **gestione collettiva del dolore**. Ci sono dei riti che servono ai vivi per poter capire quello che è successo: è l'addomesticamento della morte". (2)

Ho espunto dalle citazioni il riferimento alle guerre contenuti in entrambi i testi perché, al di là che fossero oggettivamente o approssimativi o errati, **la pulizia linguistica è il primo tassello per trattare dei temi e delle preoccupazioni intorno alla pandemia. Le metafore sbagliate hanno un vero effetto controproducente**, tali da poter incidere sulla salute mentale. Un effetto che spesso sottovalutiamo perché sottostimiamo il potere dello storytelling così come abbiamo sottostimato l'importanza di lavarsi bene e spesso le mani prima della pandemia. "Le verità troppo evidenti, e che dovrebbero esser sottintese, sono invece dimenticate", scriveva Alessandro Manzoni nella *Storia della colonna infame*. Se la pandemia fosse una guerra, allora il virus sarebbe un nemico, ma poiché il virus vive in noi, chi è infetto diverrebbe il nemico: da qui il famoso stigma dell'untore, il cui meccanismo di persecuzione abbiamo visto includere via via diversi gruppi sociali o singoli capri-espiatori.

Due dati sfuggono nelle due prospettive, psicologica ed antropologica, dei due testi sul lutto in pandemia e sotto distanziamento sociale dai quali siamo partiti.

Il primo è la pressione esterna dello **stigma dell'untore, o capro espiatorio** (Girard, 1989), **che colpevolizza e produce vergogna** e che si presenta fin dall'insorgere delle diagnosi, cioè prima della morte della vittima da COVID-19, e che può coinvolgere i famigliari ...anche se

funerali si potessero tenere normalmente (!).

Il secondo giunge sempre dal medesimo testo manzoniano: "l'adoprar doppio peso e doppia misura" cui i famigliari della vittima subiscono da parte del contesto mediatico. Se il loro defunto non è un "VIP", cioè una celebrità in qualche campo, o un "eroe", cioè un medico, per l'opinione pubblica sarà solo un numero annegato nella fredda conta dei report quotidiani. Quei **numeri disumani** che, al contrario delle umane storie individuali, sono scientemente utilizzati nella comunicazione ufficiale del rischio pandemico per permettere all'opinione pubblica di mantenere la dovuta **distanza emotiva** dalla prolungata mattanza.

Mi pare utile che gli operatori siano consapevoli del fatto che, anche nel caso si potessero svolgere i normali riti funerari, o quando saranno organizzate cerimonie future per colmare le limitazioni attuali (3), la gestione collettiva del dolore relativa al **defunto** in questa pandemia sarebbe comunque diversa perché comunque **sottoposta ad una de-umanizzazione legata allo stigma e ai numeri**.

C'è un ultimo punto da evidenziare utile all'operatore di fronte ai parenti in lutto. **La percezione 'naturale' o 'politica' della causa** profonda all'origine **della morte** del loro caro. La morte è sempre percepita come ingiusta, ma sappiamo che le percentuali di insorgenza di disturbo come il Disturbo Post Traumatico da Stress (DPTS) cambiano se abbiamo delle vittime sopravvissute ad un disastro naturale o un attentato terroristico. Risulterà quindi rilevante se i parenti percepiscono le comorbilità o l'origine 'naturale' del coronavirus, come fattore prevalente, o meno, sui fattori politici, come la mancata prevenzione, il tardivo intervento sanitario, l'origine 'dolosa' o 'politica' del virus, al di là che siano veri o presunti.

(1) Articolo della Dottoressa Flavia Facco, Psicologa Psicoterapeuta, recuperato su:

<https://www.psiconline.it/articoli/benessere-e-salute/dal-lutto-sospeso-nella-pandemia-covid-19-alla-elaborazione-collettiva.html>

(2) Dall'intervista a Marta Villa, docente di antropologia culturale all'Università di Trento

<https://www.ildolomiti.it/societa/2020/la-morte-ai-tempi-del-coronavirus-lantropologa-non-poter-dire-addio-ci-sconvolge-il-lutto-ci-rende-umani-e-va-al-di-la-delle-religioni>

(3) [Si vedano le informazione aggiornate sulle disposizioni relative ai riti funebri nella sezione](#)

LA DIMENSIONE TECNICO-AMMINISTRATIVA

OSPEDALIZZAZIONE: ACCORCIARE LE DISTANZE



<ospedale> <malati covid-19> <comunicazione> <nuovi media>

- Rielaborazione tratta da "Dire addio da distante" (E. De Soir e L. Scaut, 2020)

Al ricovero di un familiare, per qualsiasi ragione avvenga in periodo di pandemia, si può parzialmente supplire alla distanza imposta con **questi consigli da parte degli operatori agli utenti**:

- Se avete bisogno di portare un membro della famiglia in ospedale o al ricovero con ambulanza, potete portare con voi, o fargli portare **la foto** di un parente stretto o di tutta la famiglia. Informare il personale infermieristico della foto in modo che possa darle un posto nella stanza. In questo modo tutti sono visivamente presenti nella stanza.

Support the Supporters

- Cercate di mantenere il **contatto telefonico o video** il più a lungo possibile, attraverso lo smartphone o il tablet del paziente, o in rotazione al personale ospedaliero. Tuttavia, arriverà un momento in cui questo non sarà più possibile.
- Lasciate un messaggio sulla segreteria telefonica del telefono della persona amata in modo che il ricoverato possa ascoltarlo in ospedale. Si può registrare un **messaggio vocale** (via Whatsapp o altra app), confortante e amorevole, che il vostro familiare possa ascoltare, tramite smartphone o tablet, ogni qualvolta ne senta il desiderio, compatibilmente con le regole ospedaliere.
- Nel periodo in cui la persona amata sta morendo, non avendo la possibilità di stargli accanto, si dipende dal personale. Per esempio, potete chiedere loro di mettere la foto che avete dato sul corpo della persona amata. Questa può essere, ad esempio, una foto di tutta la famiglia o dei figli e/o nipoti del malato, o potrebbe anche essere una foto di un paesaggio. Il punto fondamentale è che sia una foto cara al paziente, a cui si senta affezionato, e che lui “vorrebbe avere” in quel momento. Sarebbe preferibile quindi, che la foto in esame, o le foto, facciano parte di quel corredo biografico, già messo a punto nella fase precedente, di isolamento domiciliare.
- Potrebbe essere utile chiedere al personale ospedaliero di **scattare delle foto** con lo smartphone del paziente, **sia prima che dopo la morte**. Queste foto potranno essere utili in un secondo momento per ricostruire gli ultimi giorni e le ultime ore della persona amata.
- Quando non solo è impossibile stare con la persona che sta morendo, ma anche stare insieme come una famiglia, è importante consigliare alla famiglia allargata di cercate insieme una via di collegamento che vi si addice. Magari lasciando la **video chat con i parenti aperta per un lungo periodo** di tempo senza doversi costantemente sedere davanti ad essa: può aiutare per stare insieme a distanza. Un altro suggerimento: concordate un'azione comune come, ad esempio, mettere la stessa foto al centro delle diverse famiglie, accendere una candela, riportando ricordi e condivisione in una chat di famiglia, ecc.

All'interno delle “GUIDA AL LUTTO IN TEMPO DI COVID-19”- **all'operatore sanitario si consiglia:**

- Quando un paziente viene ricoverato in ospedale, il personale può chiedere alla famiglia se desiderano dargli una fotografia.
- Chiedete anche se il paziente ha con sé un cellulare e sa come usarlo. È possibile che la famiglia abbia con sé alcune foto, messaggi video o clip audio che il paziente può vedere o ascoltare.
- Se il personale è troppo occupato al momento dell'ammissione in ospedale o in ambulanza, può chiedere alla famiglia quanto sopra per telefono in un momento successivo e più tranquillo.
- Finché il paziente è ancora in grado di utilizzare il cellulare da solo, è possibile chiedere regolarmente se ha guardato o ascoltato messaggi audio o video. Se il paziente non è più in grado di fare questo stesso, gli operatori sanitari possono far partire la registrazione per lui, in modo che il paziente possa ancora sentire le voci della famiglia o la sua musica preferita.

ELABORAZIONE DEL LUTTO OVVERO LA COSTRUZIONE DELLE MEMORIE



<lutto> <narrativa> <biografia><trauma><memoria>

- Adattamento da "GUIDA AL LUTTO IN TEMPO DI COVID-19" (2020)

Quando la psicologa Facco nel testo si riferisce all'ulteriore dramma dei parenti per la mancata vicinanza nel momento estremo della morte dovuta all'ospedalizzazione in reparti per loro off-limit, la descrive come "perdita del ruolo di testimone". Ma, in verità, quando indica **la principale cura di questi lutti sospesi**, dove distanza e immaterialità pongono un serio problema di dignità a questo contesto, chiede ai familiari esattamente di rivestire il ruolo di testimoni:

"Si tratta quindi di mettere in campo delle tecniche di narrazione finalizzate alla costruzione di una biografia della persona attraverso immagini, lettere, racconti, aneddotica, stampati e raccolti in un libro. Il gruppo familiare che sarà in grado di portare avanti autonomamente la costruzione della biografia potrà farlo da sé. Gli altri andranno e devono essere aiutati. Non sarà difficile trovare dei volontari coordinati da psicologi o da educatori che possano dedicarsi a ricostruire le biografie".

Le agenzie di pompe funebri provano a sostituire il rito inviando ai familiari fotografie o brevi filmati (**funerale on streaming**). Altre linee guida ("GUIDA AL LUTTO IN TEMPO DI COVID-19") consigliano la realizzazione di un rito via call conference, nella quale, previo accordi tra familiari, si svolga una **cerimonia o incontro virtuale** dove ognuno (inclusi bambini, persone anziane o diversamente abili) potrà dire alcune parole o portare un oggetto che rappresenti la persona deceduta, o ciò che desidera condividere.

Tuttavia spostare l'elaborazione del lutto nella costruzione di una **narrativa biografica è sicuramente la strada più efficace per fornire una dimensione collettiva al dolore privato**, perché ha il pregio di essere un'attività **partecipata** da tutti coloro che si sentono vicini al defunto, nella quale ciascuno ha la possibilità di seguire i suoi tempi e le sue capacità espressive, e che produce un **output concreto**.

È infatti rilevante per gli operatori psico-sociali essere consapevoli che:

1) Tale attività di **raccolta di memorie**, in funzione della narrativa biografica del defunto, potrebbe non riguardare solo il **gruppo familiare**, ma o un solo **singolo** o anche un circolo di persone esterno più ampio: **gli amici** che vogliono portare le loro testimonianze o documenti di memoria in loro possesso;

2) L'esito del racconto potrebbe non essere soltanto agiografico, perché **i testimoni sono coloro che offrono il racconto di un trauma**. E' quindi importante mettere in conto, e saper gestire, la possibilità che in tali biografie possa trovare spazio anche **l'espressione di rabbia e risentimento** che ci si può aspettare espresso in funzione di quanto minore o maggiore sia la lettura 'naturale' o 'politica' della causa di morte nel gruppo familiare.

3) Rispetto all'esito dell'oggetto libro è consigliabile maggiore **flessibilità**. Le modalità di testimonianza e di memoria possono trovare la loro espressione in altre forme da quelle elencate dalla psicologa Facco: poesia e musica, ad esempio. Occorre **lasciare libero il campo di espressione del dolore alle diverse forme di creatività** di ciascun membro del gruppo familiare o amicale. Allora l'**output** di questa opera di memoria potrebbe essere

multimediale: un Power Point, ad esempio, avrebbe il vantaggio di poter ospitare anche musica e video e la sua dimensione digitale avrebbe l'ulteriore vantaggio di poter essere veicolata e diffusa più agevolmente nelle reti sociali, a fronte di un file di Word che necessita di una stampa, una minima rilegatura e un invio fisico. Le due opzioni, libro e video/slide, non sono necessariamente in antitesi, ma potrebbero essere due step in tempi diversi.

La pratica dell'ASL Città di Torino (a cura di Monica Agnesone)

*Un'esperienza interessante è in atto presso i reparti degli ospedali dell'ASL Città di Torino dove gli psicologi in collaborazione con gli operatori sanitari direttamente coinvolti nella gestione dei pazienti affetti da Covid-19 mantengono, su indicazione dei curanti stessi, contatti telefonici con i familiari di molti dei pazienti ricoverati. L'obiettivo dell'intervento, tutt'ora in atto, è di rivestire il **"ruolo di testimone"** offrendo ai familiari lo **"sguardo negato"** dal virus. Se per ragioni che si connettono al bene dell'intera comunità, le persone sono costrette a stare lontane dai propri cari che soffrono, chi per ruolo professionale può sostare nei luoghi di cura assume il ruolo di collegamento tra il malato e la famiglia, raccontando, anche nei particolari, ai familiari cosa avviene intorno al malato. Per molte persone, a loro volta isolate dalla quarantena, tale funzione ha rappresentato una risorsa da cui attingere rassicurazioni e a cui affidare il compito di garantire cura e rispetto della dignità del proprio caro. Lo psicologo come tramite con gli operatori sanitari, si prende cura della persona su delega del familiare garantendo che l'istituzione si faccia da tramite per azioni di cura cariche di significato ed affetti. L'attività svolta dagli psicologi durante il ricovero e anche dopo il decesso ha tra le sue finalità la **prevenzione del lutto complicato**, ma svolge anche il ruolo di sostegno alle azioni degli operatori sanitari che si sentono supportati in una funzione molto gravosa in un momento in cui i decessi sono troppo numerosi e il tempo ridotto da dedicare alle relazioni con i familiari fa sentire inadempienti e a volte impotenti. Uno degli obiettivi, quindi, di queste azioni di collegamento risulta essere quello di **contrastare la disumanizzazione** della morte causata dal virus o da qualsiasi altro accidente in un momento in cui il familiare non può accompagnare il proprio caro al trapasso. Il sistema sanitario, quando non può più curare si prende cura e garantisce che le persone abbiano un trattamento esclusivo e vengano riconosciute come uniche anche dopo la morte. Tale condizione permette anche se con estremo dolore di elaborare comunque l'evento luttuoso.*

*Un rito collettivo che dia modo ad una rappresentanza di sanitari di **narrare storie di cura** adoperata nei confronti delle salme nei momenti più difficili della vicenda Covid-19 restituirebbe forse alle persone e alle famiglie che nel giro di poco hanno perso uno o più cari come trascinati in uno spazio indefinito e confuso un senso di compiutezza e di definizione che ora molti stentano a trovare.*

RITUALI E TERAPIE PERSONALI E DI GRUPPO PER DIRE ADDIO AL PROPRIO CARO



<lutto> <narrativa> <nuovi media> <colloquio biografico> <arte terapia> <fototerapia>

- Adattamento da "GUIDA AL LUTTO IN TEMPO DI COVID-19" (2020)-

La situazione eccezionale di *lockdown* e il distanziamento sociale nei modi attuali, presenti e futuri, potrebbe indurre in taluni il bisogno di non condividere **il momento del lutto** con altri ma **da soli**, in modo più intimo, almeno per un certo tempo. È un loro diritto da rispettare: ognuno ha i suoi modi, i suoi tempi e i suoi spazi. È importante che cerchi di spiegarlo ai parenti e amici così come esprima loro ciò di cui sente bisogno e che percepisce come giusto per lui. In questo caso si consiglia:

- Di preparare un **testo scritto in qualsiasi forma e stile narrativo**, da condividere, se lo vuole, sul social network o su siti dedicati come <https://www.memorie.it/>.

Conosciamo **il valore terapeutico delle tecniche narrative** che fornisce conforto e aiuta nell'elaborazione del dolore e che possono essere gestite **a distanza**. Le persone possono indirizzare tali testi a se stessi, alla persona che è mancata o al mondo, esprimendo ciò che è successo, i sentimenti tutti: dall'amore al perdonare, dal rammarico alla rabbia. Le forme narrative possono essere le più diverse, e non ci deve essere remora se è la prima volta che si usano: una lettera, una poesia, il testo di una canzone, attingendo, ispirandosi o anche solo copiando testi/poesie/canzoni scritti da altri autori che esprimano sentimenti e stati dell'animo con cui si identifichi in questo momento. Con i loro testi possono rivolgersi a un'emozione concreta (**Lettera alla mia tristezza, rabbia, etc.**) o a una **entità astratta**, come a Dio, all'Universo, alla Vita o a un'entità **concreta** come agli altri parenti, agli amici, ai sanitari, ai politici. La forma del **diario** permette di dare continuità di espressione nel tempo senza problemi di coerenza. Accompagnare il diario con disegni è a sua volta utile. Per alcune persone è prezioso raccogliere materiale grafico e audiovisivo e creare un **album o un mini-documentario** dedicato alla vita passata insieme. Allora montare slide-show di fotografie o video o creare **play-list musicali** permette di esprimere emozioni e sentimenti in modo simbolico, quando le parole non riescono più a esprimerlo. Nell'uso della terapia narrativa è importante che col tempo i messaggi inizino ad assumere una **direzione positiva** e una valenza proattiva, dando alla persona una crescita di **consapevolezza della realtà**. Questo **obiettivo finale è oggi sotto sfida** perché c'è una difficoltà oggettiva nella definizione della realtà. A quale normalità vanno ricondotte le persone che vogliamo aiutare? La futura realtà non la conosciamo perché mai come oggi è incerta. **La futura normalità sappiamo già che richiederà una revisione della norma, dell'abitudine comportamentale e cognitiva da parte di entrambi gli attori in gioco**: l'operatore che aiuta e la persona che chiede aiuto. Quindi la sfida terapeutica narrativa risiedere nei limiti cognitivi espressi nella premessa metodologica a queste guide (pp 6-8).



Per approfondire si veda il capitolo sul colloquio biografico in L'UTILIZZO DELLA NARRAZIONE COME SUPPORTO E AUTO-SUPPORTO DEI SOCCORRITORI a p. 27

- **L'Arteterapia** aiuta ad esprimere stati emotivi difficilmente comunicabili attraverso le sole parole, accompagnando la persona nel riconoscimento delle proprie risorse. In questo senso, può essere un valido aiuto nell'elaborazione di eventi luttuosi. E' particolarmente utile per chi ha difficoltà a comunicare verbalmente i propri pensieri e le proprie emozioni perché troppo dolorose, pur desiderando un aiuto e un sostegno per stare meglio. Non occorre avere doti spiccatamente artistiche in quanto, più che il valore estetico del prodotto finale, ciò che conta è il processo creativo della sua realizzazione. Nel lavoro sul lutto consente di esprimere le emozioni connesse alla memoria (inclusa quella corporea), integrando presente e passato e dando voce al lutto inespresso raccontando, anche senza parole, l'impatto che questo evento ha avuto nella propria vita. **Soprattutto nell'approccio con i bambini**, le forme artistiche sono particolarmente adatte per entrare in contatto con il loro mondo interno ed aiutarli ad elaborare le separazioni traumatiche attraverso uno strumento che padroneggiano meglio rispetto al linguaggio. I ricordi sono strutturati prevalentemente come immagini e come tali permangono all'interno della mente. L'Arteterapia permette di rappresentare queste immagini, attraverso il materiale artistico che ciascuno ritiene più adatto a rappresentare il proprio stato d'animo con e con qualsiasi modalità che possa aiutare la narrazione del proprio vissuto. Poter **dare una forma al dolore** al vuoto, alla disperazione, alla rabbia e a tutte le tante emozioni legate alla perdita attraverso il **disegno, la creta, la fotografia, il collage** permette innanzitutto di dare significato e senso alla propria esperienza, trasportando fuori da sé le emozioni distruttive e dando spazio a qualcosa di profondamente personale ed unico. In questo modo i pensieri e le sensazioni più terribili e dolorose possono essere osservate, attraverso il lavoro realizzato, anche da un punto di vista esterno, prendendo un po' di distanza da quell'oggetto o quell'immagine, che rappresenta una parte della propria esperienza di vita.

Alcune proposte che possono essere utilizzate sia per adulti che per bambini:

- a. collage realizzati con immagini e scritte ritagliate da giornali e riviste sia per esprimere le proprie emozioni sia che ci ricordino la persona defunta
- b. utilizzo del colore, anche in modo astratto per esprimere il proprio sentire
- c. decorazione con tecnica e materiali a scelta di una 'scatola dei ricordi' ove riporre fotografie, scritti, disegni, oggetti appartenuti o dedicati alla persona cara
- d. disegno/dipinto o collage che rappresenti un momento felice vissuto insieme alla persona cara



In questo complesso e delicato percorso il terapeuta accompagna e guida la persona anche proponendo se occorre temi particolari da sviluppare, sostenendola e ascoltandola, accogliendo le parole e i silenzi, lavorando assieme a lei per completare il percorso di elaborazione della sua perdita.

Per approfondire il gruppo di lavoro sull'**Arteterapia** è a disposizione degli operatori:

Contatti: Daniela Dallorto, dallorto.d@gmail.com 334.6694626

- Tra i percorsi terapeutici, di sostegno e accompagnamento all'elaborazione del lutto può essere intrapreso quello che utilizza fotografie e immagini, magari da ricercare inizialmente, ad esempio nel contesto di un gruppo, per facilitare una naturale conversazione in ambito sociale o per sviluppare dei temi scelti insieme, per poi "dare voce" alle "storie", anche profonde, che esse contengono, a cui a volte è più facile accedere in tal modo con la comunicazione verbale. Attraverso l'esplorazione delle immagini, create dalla persona o che appartengono al suo "album di famiglia", o che vengono selezionate in base all'esplorazione di specifici temi, è possibile aiutare i singoli partecipanti a far luce sulle proprie associazioni inconsce e sui propri sentimenti, dando ad ognuno la possibilità di "narrarsi" raccontando la fotografia presa in esame. Le fotografie possono, infatti, essere sia agenti attivi che oggetti sui quali riflettere come comunicazione emotiva molto diretta, e non solo produzioni artistiche. Riflettere sulle foto permette di ottenere un buon livello di introspezione che può favorire dei cambiamenti di "sguardo" e del "sentire". Per fare tutto ciò **la FotoTerapia** può venire in aiuto proponendo una serie di tecniche per terapeuti già formati, adattabili ai propri modelli terapeutici e alle difficoltà di chi ci si prende cura, nonché al tipo di persone e ai contesti in cui si trova a lavorare. Così spiega Judy Waiser che da molti anni utilizza il materiale fotografico in ambito terapeutico: può favorire quel "dialogo" con le persone, che ad esempio stanno vivendo un lutto, ma non solo, perché costituiscono aiuto a riportare alla memoria informazioni e ricordi dimenticati, frenati o rimossi, che entrando in contatto con il "**linguaggio fotografico**" **può aprire a orizzonti inesplorati e a nuove consapevolezze. Alcune proposte che potrebbero coinvolgere adulti, ma anche adolescenti e ragazzi, sia individualmente che in gruppo**, con particolare riferimento alle "perdite" che si stanno vivendo, e proponibili anche in modo combinato e "creativo":
 - a. lavorare con il materiale fotografico esplorando temi di interesse, che scaturiscono da progetto di "co-costruzione" con gli interessati
 - b. lavorare con autoritratti
 - c. lavorare con fotografie scattate o collezionate dai partecipanti
 - d. lavorare con gli album di famiglia e altre fotografie autobiografiche



Per approfondire il gruppo di lavoro sulla **Fototerapia** è a disposizione degli operatori:

Contatti: Monica Delmonte, delmonte.m191@tiscali.it, 3284591667

- Può essere utile destinare un piccolo spazio domestico a diventare un **luogo del ricordo**, che possa essere un luogo tranquillo e intimo, consacrato al ricordare e onorare e comunicare con la persona cara. Puoi collocare una sua fotografia o un oggetto che simbolizzi la tua relazione con questa persona. Omaggiarla adornando questo luogo come più gli piace: candele, fiori, musica, una poltrona comoda, etc., o quanto realizzato con l'arteterapia. La ritualità sarà in relazione alle tradizioni culturali e religiose del soggetto, il quale, se ha bisogno di consigli in merito, può rivolgersi ai riferimenti nel punto successivo: LA DIMENSIONE RELIGIOSA E INTERCULTURALE. Ogni volta che lo desidera potrà accomodarsi in questo luogo e stare in silenzio o pregare o esprimere ciò che sente, parlarle e raccontarle come si sente adesso che lei

non c'è più, come crede che sarà la sua vita a partire da adesso, senza di lei, ricordare i bei momenti passati insieme o le cose che piacevano o non piacevano di lei, spiegarle perché ha dovuto lasciarla in questo modo inumano e come avrebbe voluto accompagnarla e dire addio. Puoi pregare, meditare o semplicemente raccoglierti in silenzio nel suo ricordo.

LA DIMENSIONE RELIGIOSA E INTERCULTURALE

Per far fronte alla diversità culturale del tessuto sociale dell'**utenza locale** si segnala che a Torino è attivo lo sportello informativo-orientativo sul tema del fine vita che opera in un'ottica multiculturale, multireligiosa o laica. Lo sportello offre un servizio di pubblica utilità, gestito da professionisti nelle relazioni d'aiuto, che opera nel rispetto e nella valorizzazione della **diversità culturale e religiosa**, facilitando il processo di integrazione tra istituzioni, operatori, cittadini e comunità/associazioni religiose e non.

Servizi offerti:

- indirizzamento verso le comunità religiose preposte
- assistenza e diritti del morente
- pratiche funerarie, anche alternative
- sostegno al lutto
- pratiche burocratiche
- educazione e formazione sul fine vita

Gli operatori potranno quindi rivolgersi ai seguenti recapiti:

E-mail: oltre@benvenutiinitalia.it

N. di telefono: 339.4824348

LA DIMENSIONE TECNICO-AMMINISTRATIVA

Si vedano le **FAQ sulle disposizioni riguardanti il fine vita** valide nel Comune di Torino e nella Regione Piemonte a cura della Fondazione Benvenuti in Italia:

File "04b_FAQ_FineVita_Torino"

Nella cartella di Google Drive:

<https://drive.google.com/open?id=1GdLQMN4p677IYG7lSAN3F08NWQaF-DdC>

ACCOMPAGNARE NEL LUTTO PERSONE FRAGILI E MINORI



<lutto> <minori> <suggerimenti>

- Adattamento da "GUIDA AL LUTTO IN TEMPO DI COVID-19" (2020)-

Quando avviene un lutto in una famiglia in cui sono presenti bambini e/o persone con fragilità è importante **comunicare** che la persona è morta **con naturalezza, chiarezza e senza aspettare** troppo tempo. **Le persone più vicine** a questi soggetti sono le più adeguate a comunicare le notizie di questo tipo ed è consigliabile la presenza di almeno due persone al momento della comunicazione per gestire possibili forti reazioni.

È davvero importante informarli su ciò che sta succedendo intorno a loro: solo così potranno decidere come partecipare e avere reazioni adeguate.

- Nella comunicazione è bene **non usare eufemismi** tipo: "Sta dormendo", "Se n'è andato...". Comunicare con sensibilità che la persona è morta e che nessuno potrà più vederla. E' importante, soprattutto con i bambini, spiegare la gravità e la eccezionalità della situazione, spiegando loro che la persona che è mancata stava **"molto, molto, molto male/era molto grave"**, in modo che quando altri si ammaleranno non emerga la paura che possano morire. E' importante che i bambini ricevano **spiegazioni chiare** e il più possibile realistiche sulle circostanze della morte del familiare, in modo da **evitare pensieri disfunzionali** prodotti da resoconti troppo semplicistici (potrebbero se no sviluppare ad esempio la paura degli ospedali, convinzioni che ad una certa età la morte sia ineluttabile o che la persona sia morta per azioni che ha compiuto lei stessa)), ma al tempo stesso evitando descrizioni di fatti ed avvenimenti non necessari che potrebbero risultare traumatiche. È sufficiente rispondere alle domande in modo semplice e appropriato. Nel caso non si sappia cosa rispondere è importante. Non offrire una realtà inventata: rispondere piuttosto con onestà dicendo che: "È molto difficile rispondere adesso ad un tale quesito".

- Molto importante è stare attenti alle reazioni emotive che seguono la comunicazione di morte della persona cara e valorizzarle. È consigliato trovare momenti di tranquillità per poter prestare attenzione a come gli individui reagiscono emotivamente. È fondamentale esserci per accogliere e consolare quando necessario.

- E' possibile che, comunicata la perdita, in un primo momento i soggetti interessati non manifestino particolari emozioni, ad esempio che i bambini, tutto subito, vadano a giocare come se niente fosse accaduto e non riprendano più l'argomento. Rispettiamo questa reazione, dichiarando la nostra disponibilità ad esserci quando avranno voglia di parlarne. Altri soggetti potranno **attirare l'attenzione con cambiamenti nel loro comportamento** o stato d'animo abituale o **reazioni aggressive** o preoccupazioni eccessive e ossessive o sintomi fisici. Altri ancora potranno tornare a tenere comportamenti che avevano già superato (come non voler dormire da soli). In questi primi momenti, il **compito degli adulti** che sono vicini è quello di **osservare rimanendogli accanto e senza spaventarsi** davanti ai modi anche inaspettati che l'individuo trova per rappresentare il suo dolore. Accogliamo l'espressione delle **emozioni** quali rabbia, ira, tristezza, impotenza, etc. senza lasciarci spaventare dall'intensità e, una volta esaurite, proponiamo delle attività come la scrittura, la pittura, la lettura di un racconto, etc.

- **Ognuno ha i propri modi e i tempi di reazione ed elaborazione. Non imponiamo i nostri.**

È fondamentale che in un momento così doloroso non compaiano mai sulla bocca degli adulti frasi come: “Non piangere, sii forte, non serve arrabbiarsi...”. Si possono usare espressioni come “Anche per me è molto difficile, è normale piangere, essere spaventato...”. Anche se sentiamo un dolore che ci porterebbe a chiuderci in noi stessi, ricordiamo di **dedicare ai piccoli e ai più fragili il tempo di cui hanno bisogno**, affetto ed attenzione.

- L'espressione dei sentimenti di tristezza in presenza dei soggetti più fragili è ammessa, seppur sia importante non dare ai piccoli il carico di tenere tutto il nostro sconforto. Non è efficace nascondere i nostri sentimenti, la tristezza o il pianto in loro presenza, ma graduarne l'espressione ricordandoci che **il nostro dolore non deve aggiungersi al loro**. Sintonizzarsi sui rispettivi stati emotivi, magari anche piangere insieme, può dare ai più piccoli la possibilità di capire che è **normale essere tristi** e che condividere le emozioni può far sentire meno soli. L'importante è non confondere i ruoli, ricordando chi è l'adulto!

Davanti ai bambini è **importante mantenere comportamenti equilibrati** e non lasciarsi prendere da momenti di estrema disperazione o comportamenti auto/etero distruttivi. Se i genitori o chi ne ha cura è molto sconvolto dall'accaduto, è importante cercare una figura adulta significativa che garantisca loro l'attenzione emotiva necessaria mentre i genitori si riprendono. Bisogna però **limitare la separazione del minore per periodi troppi lunghi dalle figure di riferimento**, altrimenti il bambino, soprattutto se piccolo, oltre al lutto deve affrontare anche la separazione (che potrebbe suscitare la paura di un'ulteriore perdita).

- Nelle persone in lutto e in particolare riguardo ai soggetti più fragili è importante **scoraggiare idee e sentimenti che richiamano la colpevolezza** di qualcuno/qualcosa per la morte del familiare.

- **Se non sai rispondere alle domande** che ti fanno, non offrire una realtà inventata: rispondi piuttosto con onestà dicendo che “In questo momento non lo sai” oppure che “È molto difficile rispondere adesso”.

I bambini e le persone fragili hanno bisogno di partecipare, di essere ascoltati, hanno bisogno di qualcuno che si prenda cura dei loro bisogni nei momenti difficili. Se gli facciamo vedere **che essere fragili in certe circostanze è normale**, li aiuteremo a creare strumenti che useranno nei momenti difficili.

Dobbiamo sempre ricordare che ogni individuo indipendentemente dall'età ha bisogno di sentirsi tranquillo, sapendo che c'è qualcuno che si prenderà cura di lui nei momenti più difficili.

In circostanze eccezionali come quelle vissute durante la pandemia da Covid-19 è fondamentale spiegare il perché non si è potuto salutare per l'ultima volta la persona cara e che **si può trasmettere l'amore senza essere presenti** mandando affetto attraverso dei pensieri, dei gesti affettuosi, disegnando, o facendo delle video-chiamate con altre persone che le hanno voluto bene.

- In seguito ad un lutto, in famiglia, è importante **mantenere la stessa la routine**: questo farà sentire al sicuro.

ACCOMPAGNARE NEL LUTTO GLI ADOLESCENTI



<lutto> <adolescenti>

- *Adattamento da "GUIDA AL LUTTO IN TEMPO DI COVID-19" (2020)*

L'adolescenza è un periodo che ha delle caratteristiche particolari. Per gli adolescenti le condizioni di isolamento causate dalla pandemia sono più difficili da tollerare. Se a questa situazione difficile si aggiunge il lutto di una persona cara le cose si complicano.

- Il lutto potrebbe far sentire l'adolescente più isolato del solito, quindi è importante fare molta attenzione a come il giovane esprime le proprie emozioni, perché la principale differenza con il mondo degli adulti, è **l'intensità con cui un adolescente vive ed esprime le sue emozioni**. Il suo modo di comunicare potrebbe diventare particolarmente **rabbioso** e potrebbe essere difficile sostenere con questo una conversazione. Altri invece, potrebbero manifestare le emozioni ritirandosi, **senza esternare nulla**.

In ogni caso è importante **dedicare tempo e premura alla relazione con l'adolescente** e con pazienza, permettergli di esprimere il dolore. Bisogna tenere presente che l'adolescenza è un processo faticoso, che normalmente richiede all'individuo di assimilare grandi cambiamenti. È importante trasmettere al giovane il messaggio che non è lasciato solo in questa situazione. A questo scopo **non è indicato nascondere i sentimenti**, ma è altresì opportuno dividerli per far sentire gli adolescenti meno soli facendo capire che si è presenti **pur non avendo tutte le risposte**. Con gli adolescenti può risultare utile suggerire modi di esprimere le proprie emozioni: musica, scrittura, film, letture e proporre di fare dell'esercizio fisico per sfogare la rabbia. Nei momenti di tensione è fondamentale **tollerare i modi provocatori** che gli adolescenti tendono a mettere in atto. È necessario, inoltre, **facilitare il dialogo in famiglia evitando di esprimere giudizi squalificanti nei confronti del ragazzo**, incitandolo a condividere i suoi sentimenti e non minimizzare quello che sente.

Anche per l'adolescente, vedere l'adulto che esprime le proprie emozioni tristi per la perdita della persona cara, è utile per capire che i sentimenti che prova sono normali e le emozioni si possono gestire; ciò può aiutarlo nell'esprimere le sue emozioni.

- È essenziale tenere i giovani **aggiornati** durante l'evoluzione della malattia di una persona cara e, in caso di morte, informarli tempestivamente stando alla giusta distanza, **coinvolgendoli nella presa di decisioni familiari durante la malattia e dopo il decesso**; per esempio, si può condividere pensieri su come avrebbe voluto essere ricordato il nonno, lo zio, il papà o il fratello deceduto. Gli adolescenti possono essere di grande aiuto con le **nuove tecnologie**; è quindi indicato **dar loro un ruolo** importante nella gestione di questo momento così difficile chiedendo al momento del funerale un aiuto per fare un video con le immagini della persona amata o per organizzare una cerimonia 'virtuale'. È importante anche **esprimere il riconoscimento** nei confronti del giovane per l'aiuto che sta offrendo, così da evitare sensi di impotenza.

-È indispensabile offrire all'adolescente attenzioni nel quotidiano e **chiedere la sua opinione** in diversi ambiti tenendone **conto** nelle decisioni.

- Per un adolescente è molto difficile immaginare la vita senza la persona che ha appena perso. Una delle **paure più grandi** per lui/lei è generalmente quella di **dimenticare la persona** che è morta. Aiutarlo a fissare il ricordo, per esempio suggerendo di fare un video, può essere un valido

aiuto. È bene ricercare momenti in cui ricordare con affetto e magari humor la persona che è appena mancata per renderle omaggio condividendo i ricordi con i ragazzi. Questo li aiuterà anche rispetto alla loro paura di dimenticare.

- Per un adolescente è importante avere **un suo spazio in cui potersi rifugiare: è fortemente consigliato** rispettare i suoi tempi e allo stesso tempo chiedergli opinioni e ascoltare le sue idee. Solo così sarà possibile farlo sentire più coinvolto. È importante anche incoraggiare i ragazzi a confrontarsi anche su un piano "orizzontale" o "peer to peer".

- Le reazioni di un adolescente posso essere varie: minimizzare il suo dolore (per proteggerlo, in realtà, o per non sentirsi diverso dai coetanei che non hanno subito un lutto), nascondere per proteggere gli altri familiari o respingere la possibilità di dividerlo in famiglia e cercare contatto perenne con gli amici. È indispensabile **dare valore a qualsiasi reazione** rispettando la situazione e cercando di facilitare l'emergere dei vissuti più intimi anche se per brevi periodi.

- Tra i giovani possono manifestarsi **comportamenti a rischio** quali il consumo di sostanze o riferimenti al suicidio. È compito dell'adulto vigilare e chiedere aiuto ad un professionista se necessario.

- Un elemento di stabilità risulta essere legato al mantenere le abitudini precedenti al lutto come ad esempio gli orari della famiglia ma, allo stesso tempo, è fondamentale cercare di **condividere momenti comuni tramite** attività che prima magari non si facevano.

- È da scoraggiare l'utilizzo dei mezzi informatici per ricevere informazioni a oltranza: meglio proporre di avere delle parti della giornata in **"modalità aereo"**, per disconnettersi dai mezzi di comunicazione/social.

Disabilità intellettuale e autismo.

Si veda: "Emergenza COVID-19. Consigli per gli operatori sanitari coinvolti nella cura e nell'assistenza alla persona con disabilità intellettiva e autismo con necessità elevata e molto elevata di supporto". Versione 1.3

Nome del file: "scudo psicologico alla COVID-19 per clinici DNS_1.3_8_5_20.pdf"

Su Google Drive a questo link:

https://drive.google.com/open?id=1V_uOLew9r_adMQrjuazfhN9MuUhWOoYq

COMMEMORAZIONE COLLETTIVA O RIUMANIZZAZIONE DELLE VITTIME



<coesione sociale> <memoria collettiva><vittimologia>

A quanto sopra manca il discorso pubblico istituzionale, l'espressione della *pietas* che fornisca una elaborazione collettiva alle decine di migliaia di morti di questa pandemia.

Le richieste di celebrare una commemorazione istituzionale dedicata alle vittime del coronavirus, di **una tregua che permetta di riumanizzare le vittime** ora ridotte, con poche eccezioni, a numeri (1), è stata volutamente omessa fino ad oggi, in attesa del tempo opportuno.

Il momento opportuno sarà certamente incerto e piuttosto critico, non solo perché non sappiamo un termine di fine pandemia, ma perché quando anche fosse determinato avrebbe il carattere di una drammatica provvisorietà. Le pandemie di influenza, infatti, hanno cicli stagionali e se anche questo primo tragico ciclo si concludesse tra poche settimane, la celebrazione dei morti resterebbe sotto l'ombra inquietante di tre dati: l'assenza di molte vittime dai computi ufficiali, decedute in case e in RSA senza diagnosi; l'assenza delle vittime future dei cicli secondari di epidemia; e quella, passate e future, indirette: cioè, i malati gravi non-Covid e i malati cronici deceduti per l'interruzione delle cure e i suicidi a causa del deterioramento della salute mentale e sociale.

La cura psicosociale in questo contesto, esula dai singoli operatori, e può configurarsi solo come richiesta delle loro organizzazioni della società civile alle istituzioni nazionali e locali.

Soprattutto **a livello locale**, è forse più agevole per le organizzazioni della società civile richiedere da subito **una pianificazione per tappe delle commemorazioni** che tenga conto delle suddette criticità nei tempi e nell'inclusione di tutti i gruppi colpiti, **per garantire una memoria collettiva condivisa** (Guglielminetti, 2017) che, non lasciando fuori nessuno, riumanizzi le vittime garantendo **la ricostruzione della coesione e dei legami sociali della comunità**.

(1) Si vedano le dichiarazioni di Luca Guglielminetti nell'articolo di Luca Rolandi *L'ultima guerra. Pensieri su Covid-19* su La Porta di Vetro il 14/03/2020 <http://www.laportadivetro.org/lultima-guerra-pensieri-su-covid-19/>

Versione dell' 11 Maggio 2020

() Hanno contribuito: Daniela Dallorto, Irene Guglielminetti, Monica Agnesone, Monica Delmonte*

Si veda BIBLIOGRAFIA #2

L'UTILIZZO DELLA NARRAZIONE COME SUPPORTO E AUTO-SUPPORTO DEI SOCCORRITORI

<narrazione> <colloquio biografico> <psicologia sociale> <psicologia clinica>



di Maria Teresa Fenoglio

Nel lavoro di sostegno ai supporter occorre predisporre per decisori, operatori locali, volontari, leader formali o informali, **uno spazio in cui attraverso la raccolta di narrazioni della propria esperienza attuale**, vengano messe in rilievo le rappresentazioni delle realtà incontrate e quindi confrontate con quelle di altri. Predisponendo uno spazio dedicato liberato dall'azione impellente e senza che si intervenga con suggerimenti esterni, **viene favorito il decentramento e quindi la capacità di pensare a possibili alternative** (“pensarsi diversi”, Kaneklin e Scaratti, 1998).

Premessa

Lo strumento della narrazione, negli ultimi anni molto descritto e praticato nel lavoro sociale, trova nella **psicologia sociale e clinica e in quella dell'emergenza** una propria specifica collocazione.

A partire dagli studi di Bruner (1992) e di Ricoeur (1965) essa ha guadagnato uno spazio significativo nel processo di cura psicosociale, sia rivolta al singolo, che ai gruppi o alla comunità. Recentemente (Ardino 2019) l'utilità dei metodi narrativi si è rivelata appieno all'interno delle fasi di ricostruzione a seguito di eventi catastrofici (Fenoglio 1996, 1998, 2006).

L'esperienza traumatica spezza la continuità tra le dimensioni del passato/presente/futuro attorno a cui si articola la continuità del senso di identità personale e sociale.

Dopo una catastrofe si determina nei soggetti una collocazione psichica centrata sul presente, favorita dalla propria condizione de-localizzata, destabilizzata, spesso reificata nel sistema standardizzato dei soccorsi (Pezzullo, 2007). I soggetti tendono a rimanere intrappolati oltre che in un eterno presente, nella ruminazione di un passato di cui non si riesce ad elaborare la perdita. Perdendosi il contatto con le fonti che avevano animato il passato, oggi congelato in un luogo senza tempo e perciò non re-investibile in maniera rinnovata, il futuro non può essere immaginato. Al blocco dello scorrere del tempo corrisponde un blocco della narrazione. Se questa si interrompe e si impoverisce, come avviene nelle prime fasi del lutto e nel lutto complicato, può intervenire nel soggetto una “crisi della presenza” (E. De Martino) e un disordine post traumatico.

Il ristabilirsi della capacità di narrare favorisce la riparazione del filo spezzato passato-presente-futuro, consentendo al soggetto di ri-accedere alla perduta “sicurezza ontologica” (Giddens A., 1990, 1991), vale a dire la fiducia nella continuità della propria identità nel proprio ambiente.

La possibilità di narrare, in relazione a un ascoltatore neutrale ma partecipe, consente di ritrovare un contatto con le **presenze interiorizzate ma riposte**, sia personali che sociali. Tale riattivazione

permette il passaggio di queste presenze da una condizione di latenza a quella di riferimenti attivi della interiorità presenti, facendosi capacità riflessiva (Fenoglio MT, Franceschetti GC, 1998).

Un metodo di raccolta di narrazione tra abitanti di quartieri sconvolti dalle recenti immigrazioni o alienati da forme di convivenza socialmente irrilevanti come nelle città dormitorio, hanno rivelato l'utilità della narrazione come possibilità per potersi scoprire diversi nella continuità (Fenoglio 1998) e progettare con i decisori diverse soluzioni abitative.

In esperienze ancora più recenti (le Marche del terremoto), la raccolta di narrazioni centrate sulla resilienza, questa volta presso figure di soccorritori dell'ambito della sanità e del soccorso, si sono rivelate utili per fornire ai protagonisti dell'aiuto psicosociale una forma di rinforzo della capacità di pensare e immaginare il futuro. I responsabili del soccorso, infatti, raramente possono contare su figure esterne ma simpatetiche, che riformulando e restituendo i loro stessi discorsi sull'agire, favoriscono un processo di validazione/chiarificazione del proprio essere nell'esperienza (Fenoglio, 2018)

La narrazione trova collocazione all'interno della "Ricerca intervento a vertice formativo" (Fenoglio 2001), orientata alla "formazione a pensare" (Bion 1961 ; Kaneklin C., Olivetti Manoukian F., 1991). Un intervento di questo tipo è diretta a far acquisire al soggetto un proprio posizionamento all'interno di un contesto (i luoghi, il sociale allargato, il contesto di azione in quel momento...) e di un processo (la storia, individuale e collettiva).

Strumenti per la raccolta di narrazioni



1 - Il colloquio biografico di ricerca

Obiettivi: Il lavoro narrativo orientato alla formazione a pensare si distingue da altri metodi di raccolta di narrazioni. **Non coincide infatti con la storia orale, né con il sondaggio di opinioni in sociologia, né con il giornalismo, tanto meno con il lavoro interpretativo del clinico.** Il suo scopo non è fare un compendio delle cose così come sono state viste e percepite, ma a mettere in luce quello su cui il soggetto investe (il desiderio), o immagina, o da cui trae ispirazione in quanto energie mutuate dal passato. Narrare comporta un'implicazione personale negli eventi descritti e un'assegnazione di significati agli eventi stessi (Bruner) coniugando istanze del mondo esterno con quelle del mondo interno.

Strumento idoneo alla raccolta di narrazioni è il **colloquio biografico di ricerca** (Capello 2001). Esso si basa, oltre che su un attento controllo del controtransfert dello psicologo - che può provocare la perdita della propria condizione "senza aspettative e senza desiderio" che alterano i contenuti da raccogliere- su un metodo di colloquio che prevede ad esempio **periodiche riformulazioni** all'intervistato di quanto egli dice. Al termine (un'ora è il limite massimo, salvo un nuovo appuntamento), l'intervistatore farà un **riassunto generale** in modo che l'intervistato possa intervenire, correggendo o rilanciando.

Le narrazioni possono essere raccolte in forma orale, ma devono **sempre essere trascritte e restituite agli intervistati, perché egli si legga e apporti eventuali integrazioni (v. Allegato 1)**

Una attenzione a parte merita la **raccolta di narrazioni scritte**. La scrittura, infatti, è uno strumento particolarmente potente per l'acquisizione di una visione decentrata. Il racconto di sé in forma

scritta, infatti, avvenendo al cospetto di un interlocutore immaginario privilegiato, diventa in qualche modo “destinato”, vale a dire orientato all’alterità (Capello, 2001)

Oltre alla funzione di Ascolto (per cui si veda il saggio sull’ascolto telefonico), con i suoi corollari di validazione e promozione, la raccolta di narrazioni dovrà essere orientata alla **de-banalizzazione dell’ovvio** (Tesio 1995). Ogni particolare, ogni vissuto, ogni pensiero trasversale, meritano di essere manifestati e focalizzati. In questo modo i soggetti hanno la possibilità di **sottrarsi alle forme routinarie** che si depositano nella coscienza e condannano al senso della irrilevanza.

Le narrazioni, specie se condivise, consentono di accedere a **una esperienza estetica ed epica**, radicata nei semplici gesti del vivere densi di significato.

La restituzione di questa dimensione, da parte dello psicologo, è fondamentale, come di quella della **interdipendenza gli uni dagli altri**.

2 - Il Gruppo

La raccolta di narrazioni può essere realizzata attraverso un gruppo. In questo caso il gruppo costituirà un propulsore in più per la capacità di pensarsi in un contesto di azione, perché consente confronti multipli con rappresentazioni molteplici.

Un gruppo che condivide un progetto e un’azione, inoltre, avrà la possibilità di **costruire un epos collettivo, in grado di collocare i singoli al centro di una storia comune in atto.**

Narrare e intrecciare narrazioni su un oggetto di investimento comune è il presupposto indispensabile a sentire **il proprio racconto inserito in una coralità più vasta**, in cui la voce personale non si disperde ma diventa emblematica di un processo e di un senso che ci trascendono (Fenoglio, 2006).

Nella Emergenza Coronavirus **lo strumento della narrazione è utilizzato nei colloqui telefonici** con utenti di Torino Città Metropolitana. Il call center è stato predisposto dalla Protezione Civile.

E’ in via di attuazione, a partire dalla metà di maggio 2020, una serie di incontri con i volontari di Protezione Civile non psicologi, la cui finalità è quella di poter “serbare memoria” degli eventi che stiamo attraversando. L’ipotesi è che i volontari e il personale di Protezione Civile, appiattiti sulle urgenze, rischino di venir depauperati dallo spessore e dai significati della loro stessa esperienza sul campo.

Si veda la BIBLIOGRAFIA #3 in allegato

Per approfondire sul colloquio biografico

Contatti: Maria Teresa Fenoglio, mariateresa.fenoglio@gmail.com 339.3988309

CONSIGLI UTILI PER LA CONDUZIONE DI UN COLLOQUIO DI RICERCA



<narrazione> <colloquio biografico> <psicologia sociale> <psicologia clinica>

A cura di Maria Teresa Fenoglio

PRIMA	<ol style="list-style-type: none"> 1. Informare l'intervistato sulle ragioni della ricerca e dell'intervista 2. Illustrare i ruoli e gli scopi della committenza e dell'intervistatore 3. Informare l'interlocutore sui tempi e sulla modalità dell'intervista 4. Precisare che l'intervista richiederà un impegno mentale: non fissare interviste subito prima o subito dopo altre cose importanti da fare. Ciò vale sia per l'intervistato che per l'intervistatore 5. Chiedere il consenso alla registrazione garantendo il rispetto della privacy 6. Scegliere possibilmente un luogo "neutrale" ed accogliente privo di eventuali elementi di disturbo (presenza di estranei, rumori, telefono, etc.)
DURANTE	<p>ESSERE UNA GUIDA NELL'INTERVISTA</p> <ul style="list-style-type: none"> • mantenere l'intervista nell'ambito degli obiettivi prefissati • cominciare con una domanda aperta • non fare più di una domanda per volta • alternare domande a carattere generale con altre più specifiche • lasciare la persona libera di organizzare la propria narrazione • riformulare le domande qualora non siano state comprese dall'intervistato • soffermarsi con l'intervistato su eventi particolari o episodi specifici interessanti per l'intervista (metodo della "lente d'ingrandimento") • riformulare con parole proprie i contenuti espressi nell'intervista chiedendo all'intervistato se la riformulazione che si è fatta del suo discorso è corretta, se si è capito ciò che ha detto • accertarsi di aver compreso i punti essenziali del discorso dell'interlocutore e chiedergli eventuali chiarimenti <p>ATTEGGIAMENTO DI NEUTRALITÀ</p> <ul style="list-style-type: none"> • evitare di commentare le affermazioni dell'intervistato • evitare di trasformare l'intervista in una conversazione • evitare di porsi in un ruolo simmetrico rispetto all'intervistato (si è uguali sul piano umano ma in quel momento si hanno ruoli diversi)

DURANTE	<p>LINGUAGGIO COMUNE</p> <ul style="list-style-type: none"> • permettere all'intervistato di usare il proprio linguaggio • utilizzare, per quanto possibile, il linguaggio dell'interlocutore
	<p>ASCOLTO DELL'ALTRO</p> <ul style="list-style-type: none"> • ascoltare con attenzione ciò che l'altro racconta • controllare i propri eventuali pregiudizi. • rispettare il silenzio dell'intervistato ed eventualmente chiederne il senso • non interrompere l'interlocutore
	<p>EMPATIA</p> <ul style="list-style-type: none"> • favorire nel corso dell'intervista un clima di fiducia e di accettazione reciproca • guardare negli occhi l'interlocutore • manifestare assenso ed incoraggiamento a livello non-verbale • manifestare vicinanza emotiva e partecipazione ai contenuti espressi
	<p>CHIUSURA DELL'INTERVISTA</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ricapitolare quanto si è capito dell'intervista con tono interlocutorio in modo da verificarne la correttezza. Sospendere se l'intervistato riprende a narrare precisando il suo discorso 2. chiedere se ci sono aspetti che non sono stati trattati nell'intervista o che si desidera approfondire 3. comunicare all'interlocutore che ciò che egli ha "donato" di sé nell'intervista è stato interessante ed apprezzato 4. chiudere l'intervista
DOPO	<ol style="list-style-type: none"> 1. scrivere le proprie impressioni sull'andamento dell'intervista 2. trascrivere l'intervista 3. restituire all'intervistato la trascrizione dell'intervista 4. restituire agli intervistati i risultati della ricerca.

LA PREVENZIONE DEL TRAUMA PSICOLOGICO AL TEMPO DEL COVID: che cosa possono fare i soccorritori.

 <traumatologia> <suggerimenti>

A cura di Vittoria Ardino

È, ormai, evidente che la pandemia COVID è un problema di salute pubblica che tocca diversi aspetti del benessere della popolazione, tra cui la possibilità di avere ricadute psicologiche ascrivibili a una possibile traumatizzazione. I soccorritori si interfacciano con tali segnali nel lavoro di supporto psicologico che svolgono in diversi contesti e modalità. Il COVID, inoltre, ha “messo in crisi” la psicotraumatologia orientata a studiare e curare gli effetti complessi di eventi passati; la pandemia attuale è di fine incerta e racchiude le caratteristiche dei traumi cumulativi che comportano esiti molto diversi da eventi quali, per esempio, i disastri naturali. Dunque le strategie di prevenzione e sostegno a cui, finora, sono stati chiamati i soccorritori necessitano di un pensiero teorico e metodologico articolato e integrato. Il COVID ci pone di fronte a una sfida nuova, **una nuova tipologia di trauma collettivo** (Ardino, 2020, Javakhishvili, Ardino, Bragesjö, Kazlauskas, Olff e, & Schäfer, in press).

La pandemia COVID – in un’ottica di possibile prevenzione delle sindromi trauma-correlate – mostra che le persone stanno, allo stato attuale, passando da una “stanza di iperaousal” o evitamento, tono dell’umore negativo e senso di disorientamento nonché l’impensabilità del futuro. Nonché le possibili conseguenze per coloro che hanno avuto un’esposizione più significativa al virus: le professioni sanitarie, le persone che hanno contratto il virus o che hanno perso qualcuno a causa del COVID. Non da ultimo, le nuove generazioni che hanno avuto il percorso scolastico e di socializzazione interrotti dalla pandemia.

I soccorritori, dunque, si trovano di fronte a una popolazione che teme l’incertezza del futuro, piuttosto che rivolgersi al passato, e non è ancora del tutto chiaro se le possibili vulnerabilità post-traumatiche dipendano da ragioni mediche (non esiste ancora una cura certa), oppure il lockdown, la discriminazione, la solitudine da quarantena, motivi finanziari; ognuno di questi fattori potrebbe essere un fattore di rischio per un’eventuale traumatizzazione (Galea, Tracy, Norris, & Coffey, 2008; Gallagher, 2020). Negli interventi di prevenzione occorre pensare alla fluidità e al cambiamento repentino e veloce delle reazioni “peri-traumatiche” e come queste possano evolvere.

Quali reazioni?

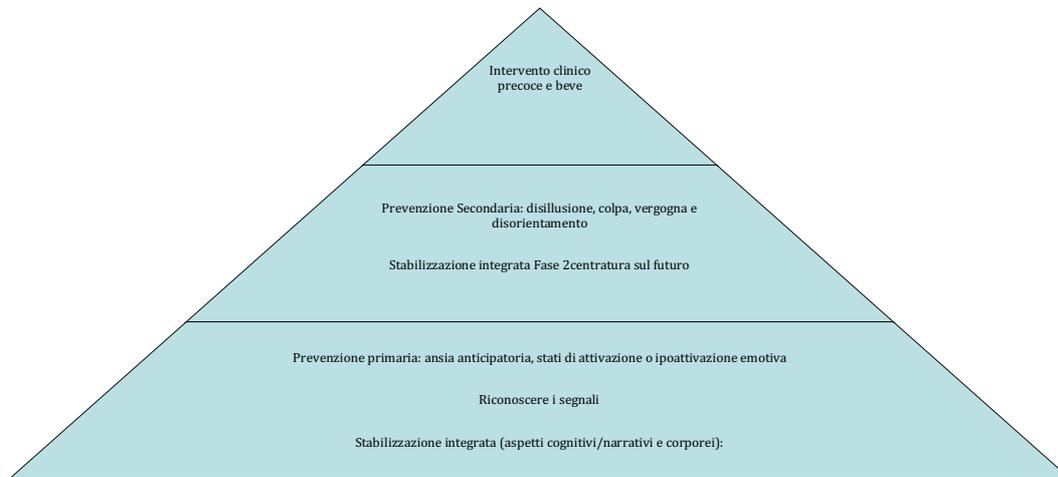
Fase acuta

- Paura e panico di contrarre la malattia che ha impatto sia sulla socializzazione sia sulla salute;
- Frustrazione e noia dovuta all’isolamento e alla quarantena, contatto con i propri cari limitato e perdita delle routine.
- Stress dovuto dall’impossibilità di recuperare oggetti importanti come mascherine, la difficoltà ad accedere ai medici di base; e per le informazioni non chiare e in cambiamento costante.

Fase di cronicizzazione

- Stigmatizzazione, discriminazione e marginalizzazione ed evitamento per la paura del contagio;
- Lutto per i propri cari
- Incertezza economica e perdita del lavoro

Si propone questo modello di prevenzione:



Le strategie di prevenzione dovrebbero tenere in considerazione il paradigma degli interventi precoci da traumatizzazione (Farchi et al., 2018) cercando di creare consapevolezza circa l'impatto del trauma: la psicoeducazione integrata alla stabilizzazione (Ardino, 2020) è uno strumento particolarmente efficace da utilizzare per prevenire gli effetti di una possibile traumatizzazione.

La cosiddetta fase peritraumatica nel COVID sarà lunga, **prevenire i segnali precoci di una traumatizzazione o addirittura i sintomi acuti da stress che non si sono ancora cristallizzati è molto importante** (Hobfoll et al., 2007). Oltre a questo si dovrebbe prestare particolare attenzione ai pazienti e alle loro famiglie, nonché al personale sanitario (Roden-Foreman et al., 2017). I modelli di riferimento circa **la traumatizzazione secondaria, la compassion fatigue, la moral injury e burn out** dovrebbero essere incorporati nelle strategie di intervento e utilizzati con il personale sanitario che ogni giorno ha affrontato o affronta un'esposizione importante a situazioni potenzialmente traumatiche (Van Mol, Kompanje, Benoit, Bakk).

Gli studi presenti hanno mostrato che in precedenti epidemie il personale sanitario ha mostrato pensieri intrusivi, evitamento, anestesia emotiva e iper arousal. Nella popolazione generale il 3.7% mostrava tali sintomi, mentre il 9.6% della popolazione colpita inclusi i professionisti presentava sintomi simili fino ad arrivare al 17.3% durante la SARS (). Il tema dell'"esaurimento" da COVID è uno dei fattori di rischio più importanti per le persone che hanno vissuto la quarantena nonché la difficoltà a riprendere in mano la loro vita e di pensare al ritorno alla normalità. Servono strategie trauma-orientate di prevenzione di sistema che adottino nei modelli di prevenzione i principi della continuità della cura, dell'empowerment della persona, ma che coltivino soprattutto il senso di fiducia e di sicurezza attraverso strumenti di stabilizzazione emotiva multidisciplinari che facilitino la regolazione delle emozioni e il riconoscimento dei trigger – o attivatori – delle possibili risposte di vulnerabilità da trauma che potrebbero nel tempo organizzarsi intorno a una sintomatologia post-traumatica (Ardino, 2014, 2017).

Si veda:

- Raccomandazioni della European Society of Traumatic Stress Studies, position paper (messo dentro la bibliografia, le linee guida non ancora concluse le aggiungiamo appena possibile)
- Introduzione SISST <https://www.sisst.it/wp-content/uploads/2020/04/introduzioneTrauma-InformedCareforCOVIDOutbreak.pdf>
- BIBLIOGRAFIA #4

TEST DI AUTOVALUTAZIONE DELLA QUALITÀ PROFESSIONALE



<traumatologia> <diagnosi>

Dalla recente ricerca promossa dal Centro di Ricerca EngageMinds Hub dell'Università Cattolica del Sacro Cuore, emerge che sette operatori sanitari su dieci, cioè il 70%, impegnati nel fronteggiare l'emergenza Covid-19 nelle Regioni italiane più colpite dall'epidemia da Coronavirus hanno mostrato sintomi di burnout. Nove su dieci hanno dichiarato di avere avvertito nei mesi più drammatici dell'emergenza sanitaria sintomi di stress psico-fisico. (Si veda <https://www.emergency-live.com/it/news/emergenza-covid-19-sintomi-di-burnout-per-7-operatori-sanitari-su-10-stress-psicofisici-per-9-su-10/>)

Affinché gli operatori socio-sanitari possano auto valutare il loro carico in termini *Compassion Fatigue, Burnout e Compassion Satisfaction* e quindi accedere ad supervisione di terzi, abbiamo sviluppato come "Support the Supporters" la versione on-line del test ProQOL_5 di Stamm.

Raggiungibile a questo link:

<https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSdpqY4PK0XMhC6hPg1QxUIZN0Skvrs5COK2c283bqkoyfjZow/viewform>

Test di autovalutazione su:

- *Compassion Fatigue,*
- *Burnout e*
- *Compassion Satisfaction*

per operatori di aiuto e supporto a cittadini e sanitari



Questionario di autovalutazione della vita professionale (ProQOL_5)

Prestare aiuto, comporta entrare a diretto contatto con i vissuti e le esperienze di altre persone. Come avrai probabilmente sperimentato, provare compassione verso coloro che si aiuta comporta aspetti sia positivi sia negativi. Di seguito sono riportate alcune domande a proposito delle tue esperienze, positive e negative, in quanto professionista della relazione di aiuto.

In questo documento [aiutare] e [professionista che offre aiuto] si riferiscono a tutte le categorie di persone che lavorano in ruoli di aiuto alla persona, incluso i volontari, gli psicologi dell'emergenza e quelli delle strutture pubbliche

Considera ognuna delle seguenti affermazioni in relazione a te stesso/a ed alla tua situazione attuale e seleziona la risposta che più è stata vera negli ultimi trenta giorni.

NOTA BENE: Tutti i campi sono obbligatori

CONTROLLARE attentamente la scala di valore "SELEZIONARE" perché non è uguale per tutte le domande. Completato il questionario riceverai subito sull'email indicata i risultati del test con i tuoi valori (alto - medio - basso) di Compassion Satisfaction, Burnout e Compassion Fatigue (Stress Traumatico Secondario).

N.B. La versione cartacea è disponibile, come file pdf, su Google Drive qui:

<https://drive.google.com/open?id=1rPS8PYRQMdjRfnn6lSxiPeRScjsdKhU>

Ma si prega di utilizzare la versione on-line.

Informazioni su ProQOL_5 in inglese qui https://proqol.org/ProQol_Test.html

IL CALL CENTER DI SOSTEGNO PSICOLOGICO IN EMERGENZA IN EPOCA COVID 19 :

Prima parte: riflessioni e raccomandazioni

RIFLESSIONI IN TEMPO REALE E ALCUNE RACCOMANDAZIONI (MARZO-APRILE 2020)



<call center psicologico> <teoria della tecnica psicosociale>

a cura di Tiziana Celli*

Nella nostra attività di psicologi sappiamo quanto sia difficile vivere intensamente un'esperienza professionale nuova e, contemporaneamente, attivare su di essa il pensiero tanto da arrivare a fermarsi per scriverne riflessioni in tempo reale. **Fare vs pensare, elaborare.**

È ancor più difficile se si tratta di un servizio inedito, nato all'interno di un'emergenza davvero straordinaria, dalle caratteristiche drammaticamente insolite. E se a scriverne sono persone nello stesso tempo operatori e vittime.

Le presenti riflessioni hanno quindi i caratteri dell'immediatezza e della non esaustività. In questi tempi incerti si propongono alla lettura dei colleghi per scattare una prima, parziale fotografia di un'esperienza in corso. Ci sarà modo di approfondire sia le analisi qui solo abbozzate, sia la descrizione dell'operatività attuale e delle forme che avrà preso nel prossimo futuro.

PRIMA DELL'INTERVENTO

La cornice in cui inserisco queste riflessioni è la scansione temporale del *prima*, *durante* e *dopo* in cui si iscrive ogni intervento in emergenza.

Il tentativo è di articolarla nell'attività di **call center di supporto psicologico** realizzato **dal 16 marzo 2020 a tutt'oggi (fine aprile 2020)** dalla **Protezione Civile di Torino** per affrontare la pandemia da Covid-19. Tale servizio, al quale partecipo, è effettuato **dall'associazione Psicologi per i Popoli – Torino**, in collaborazione con Psicologi nel Mondo – Torino e Nucleo Psicologi ANA (Associazione Nazionale Alpini).

Inizio con uno sguardo più ampio relativo al contesto di cui trattiamo.

Per operare nelle emergenze psicologiche vi è un *prima* non scontato, indispensabile al buon esito del servizio, che si pone anche a tutela dello stesso psicologo: **occorre avere come base personale**

preesistente dei lavori in corso sul tema della vita, della morte, e del perché di questi due grandi misteri.

Si tratta di **un approccio 'filosofico'**, un tempo proprio di ogni disciplina umanistica e scientifica, forse distante dalla cultura tecnico-operativa della Protezione Civile e anche di alcuni approcci psicologici. Tuttavia a mio parere deve esserci nel nostro bagaglio professionale, perché farà la differenza quando ci siederemo, soli, per rispondere alle telefonate.

Se interiormente non ci riferiamo ad un orizzonte profondo di *ricerca di significato*, il nostro operare psicologico diventa monco, tecnicistico, teso ad un agire non elaborato; affidato a decaloghi standardizzati da imparare a memoria, quindi fragili, rigidi e inefficienti.

Come se fosse possibile per noi psicologi sviare lo sguardo dai grandi misteri della vita. Qualunque sia la strada che si percorre, laica o che contempra la possibilità di un Trascendente.

Aggiungo, a questo percorso, la **necessità di avere lavori in corso anche sui nostri propri lutti**. Gli strumenti sono molti e non è certo solo la psicoterapia. I lavori forse resteranno *in corso* per anni, ma portare a consapevolezza questo aspetto della propria vita è indispensabile per operare in emergenza.

Il lutto è tema assente dalla formazione universitaria di base degli psicologi. Se nella vita quotidiana è incontro inevitabile, ma a volte taciuto a sé stesso dal singolo e quasi sempre dalla società, nelle emergenze la morte è l'oggetto principe degli interventi professionali.

E prima o poi ci troveremo a confrontarci con la morte, forse proprio con 'quella' specifica vicenda che ci porterà nell'intervento a scivolare rapidamente dall'*empatia* alla *identificazione*.

Questo doloroso passaggio rende quasi impossibile essere presenti in emergenza con modalità positive, efficienti e utili; sia per la vittima sia per sé stessi. Lascia inoltre segni traumatici profondi nell'operatore, la cui elaborazione richiede un oneroso lavoro.

L'IMPORTANZA DEL CORPO, FIN DALL'INIZIO

Vengo ora ad un *prima* più specifico ed operativo, ossia **cosa fare subito prima di andare su un servizio di emergenza psicologica**. Nel caso presente, cosa fare prima di iniziare il turno al centralino di sostegno psicologico.

La mia attività professionale di psicologa dell'emergenza si è svolta all'interno del Nucleo psicologico per l'emergenza dell'Azienda USL della Valle d'Aosta¹, e fin dal 2009 nel servizio di volontariato professionale delle Squadre SPES² presso il 118 di Torino.

Prima di uscire per andare sul luogo dell'intervento, da sola in auto o in ambulanza con la squadra SPES... ci si ferma... in silenzio... respirando profondamente e radicandoci... per un minuto.

¹ Il Nucleo Psicologico per l'Emergenza (NPE) viene istituito ufficialmente dall'Azienda USL della Valle d'Aosta nel 2001, al fine di intervenire in occasione di maxi emergenze. Dal 2003 il suo intervento è esteso anche alle micro emergenze ed è costituito da psicologi a contratto con l'Azienda USL. Attivo H 24, 365 giorni l'anno, opera in collegamento con le Forze dell'Ordine e i servizi sanitari ospedalieri a favore degli utenti e dei soccorritori.

Vi ho lavorato come dirigente psicologa a contratto da gennaio 2010 a dicembre 2013.

² Le SPES - Squadre Psicologiche per le Emergenze Sociali, sono nate all'interno dell'Associazione di volontariato Psicologi per i Popoli - Torino. Da diversi anni sono impegnate sul fronte del Primo Aiuto Psicologico (FPA) in ambito 118 principalmente nelle micro emergenze, operando su Torino e provincia. L'Associazione è riconosciuta facente parte della Protezione Civile di Torino. Vi svolgo volontariato professionale dall'aprile 2009 a oggi.

60 secondi possono sembrare soggettivamente molto lenti o molto veloci, ma oggettivamente non cambiano la rapidità e l'efficacia di una risposta all'emergenza. Anzi, ci aiutano a 'prenderci in mano' per prendere in mano meglio possibile la situazione ignota a cui andremo incontro.

Chi fa già un lavoro di rilassamento del corpo, di grounding (radicamento), di concentrazione e consapevolezza corporea, si ritrova a disposizione degli utilissimi strumenti coltivati nel proprio *prima* e integrati/integrabili nella vita personale e professionale.

Come **utilizzare questo aspetto di consapevolezza corporea nel prepararsi a fare sostegno psicologico per telefono?**

Significa essere coscienti che non possiamo certo rispondere al telefono precipitosamente, con voce alterata e strozzata, spesso sull'onda dell'ansia che sempre pervade chi è in turno per le prime volte (e non solo) e attende che il telefono squilli.

Non possiamo neppure parlare velocissimocosi... tutto attaccato... con tono di voce concitato, col fiato corto. **Le voci dell'altro e la nostra** - con le personali declinazioni del para verbale spesso del tutto inconsapevoli - per telefono **sono quasi l'unico strumento relazionale** in campo.

Sono in un certo modo la **parte principale del setting invisibile di questo peculiare servizio.**

Tale aspetto, così concreto e comune anche alla fase del *durante* l'intervento, mi pare importante per due ragioni.

La prima è che, finalmente!, così facendo **inseriamo concettualmente il corpo nella dimensione professionale dello psicologo.** Dimensione che troppo spesso si gioca esclusivamente dal collo in su.

Stiamo così sovente soltanto nella testa, anche nelle formazioni frontali che ancora troppo spesso 'eroghiamo' in modo statico e passivo. Invece è evidente che, in particolare in emergenza, se non si vede e ci si avvale della presenza dei corpi in campo, non è possibile instaurare e offrire una relazione efficace.

Per telefono il corporeo è quasi *soltanto* la voce: ma ciò non è certo poco, come ci illustrerebbero ampiamente le persone non vedenti.

Ci tocca quindi avere dei lavori in corso anche sulla consapevolezza della nostra voce e del suo forte impatto su chi ci ascolta o dialoga con noi.

La seconda ragione per cui è importante prendersi del tempo per ri-centrarsi su sé stessi prima dell'intervento, è che **in emergenza noi siamo un po' l'io provvisorio della persona**, che in quel momento lo ha smarrito (...io solo provvisorio, per quel momento). Quindi quando in quei pochi attimi precedenti l'azione riusciamo ad essere centrati su noi stessi, allora siamo pronti per intervenire, possiamo andare.

Il volume della voce si abbassa, il suo ritmo rallenta, il respiro si allarga. Siamo più presenti.

Sappiamo quanto sia **difficile controllare meccanismi para verbali e corporei poco coscienti**, ma almeno proviamoci, **proviamo sempre** a mettere consapevolezza sul non verbale dei nostri interventi. Questo ci aiuta ad essere più concentrati nell'azione, più lucidi. Ci permette di disporre del pensiero che, come si impara operando in emergenza, è proprio quello che se ne va.

Come d'altronde ben sappiamo tutti noi quando la vita ci scaraventa dall'altra parte, quando siamo noi le vittime di una tragedia.

A questo proposito, per passare al *durante* di un'emergenza, bisogna constatare che **nell'attuale pandemia da Covid-19 siamo tutti vittime**, in quanto costretti in casa e potenzialmente esposti a

contagio. In questa primavera del 2020 siamo tutti, su tutto il pianeta, fratelli di prigionia e di possibile contagio.

Condizione che ci porta con maggior fatica ad essere quell'*io provvisorio*, lucido di pensiero, teso a supportare chi non è psicologo (pur sapendo che la professione o il titolo professionale non bastano di per sé a proteggerci) o chi sta peggio di noi.

DURANTE IL SERVIZIO

Nello svolgere un intervento d'emergenza, in presenza o per telefono che sia, a mio parere la qualità che è più necessaria insieme alla **lucidità del pensiero** - e occorre averle a disposizione entrambe - è la **creatività**. L'essere creativi.

Perché prima non si può sapere chi ci si troverà di fronte, o chi sta chiamando al telefono. Quindi ben vengano alcune linee guida a sostenere la lucidità del pensiero, se sono utili e competenti ad esempio come quelle prodotte dalla ASUR³ della Regione Marche. Ma affianchiamo ad esse tutto ciò che può derivare dalla nostra esperienza di vita e da quella professionale.

Ci si apre all'ascolto di *quella* persona, così da potersi sintonizzare su di lei in modo creativo. Con tale atteggiamento è più facile vedere, sentire quello che proprio a lei può essere utile, nella peculiare condizione personale con cui ci contatta.

SAPER COGLIERE GLI INDIZI

Altro aspetto operativo rilevante nella telefonata è **cogliere gli indizi dei primi momenti**, e sempre **portare attenzione ai dettagli che man mano emergono**.

Non sappiamo che viso ha chi chiama e ne ascoltiamo solo la voce. E a volte ci si sbaglia anche, come è successo a me alla primissima telefonata ricevuta al call center.

Sento una voce anziana e un po' stridula e apro con un: "Buongiorno signora, mi dica." "Ma veramente sono un signore..." Cominciamo bene, ho pensato!

I primi **indizi** al telefono sono quelli **classici della comunicazione para verbale**. Occorre tentare di decodificare tono della voce, volume, pause e silenzi, esitazioni nell'eloquio, inflessioni dialettali o di lingua straniera, occorre ascoltare la vasta gamma delle interiezioni, il ritmo del parlare concitato o calmo.

Agli operatori dell'emergenza, e anche a quelli dell'informazione televisiva, il prof. Fabio Sbattella⁴ raccomanda sempre caldamente di badare al proprio tono di voce e di essere coscienti del forte impatto che esso ha su chi ascolta. Lo ha diplomaticamente raccomandato anche in una recente apparizione in TV, affiancato com'era da un giornalista esagitato in clima Covid-19. Possiamo solo

³ ASUR - Azienda Sanitaria Unica Regionale della Regione Marche. "Linee Guida per il supporto telefonico psicologico" a cura del Servizio psicosociale nelle emergenze, coordinato dal dott. Massimo Mari, psichiatra.

⁴ Il prof. Fabio Sbattella, Psicologo e Psicoterapeuta Didatta, è responsabile dell'Unità di Ricerca in Psicologia dell'Emergenza ed Assistenza Umanitaria dell'Università Cattolica del S. Cuore di Milano, dove insegna Psicologia dell'emergenza e Psicologia clinica.

augurarci che prima o poi venga ascoltato, soprattutto in questo periodo in cui il flusso della comunicazione televisiva è spesso innegabilmente ansiogeno.

Sottolineo inoltre l'importanza di **cogliere qualche spunto positivo fin dai primi momenti** della chiamata. Ma non come artificio di stile 'americano' o per piaggeria, bensì utilizzando in modo autentico un **approccio che cerca e coglie il positivo, anche in emergenza**.

Lo psicologo dovrebbe già possedere questo approccio nel proprio bagaglio, evitando di orientarsi esclusivamente alla rilevazione dei traumi o delle carenze delle vittime. Se non lo si possiede, si farà molta più fatica a stare in emergenza. Perché lì c'è un negativo che è esploso, certo, ma se non si hanno gli occhiali per cercare quel positivo che c'è, sempre, anche in emergenza, non avremo agganci per intervenire a suscitare l'empowerment delle vittime.

Un esempio. Nel chiamare il numero verde una signora si presenta e la collega che l'ascolta commenta: "Oh che bel nome! Un nome antico, non se ne sentono più di nomi così." E il contatto si è subito creato, quando la chiamante aveva giusto pronunciato il suo nome.

Ancora sui primi indizi in emergenza.

Nel servizio in presenza, quando si va a domicilio, è utile attrezzarsi con lo sguardo della psicologia sociale allargata alle scienze antropologiche.

Fin dall'inizio è bene prestare lucida attenzione a come appare la casa da fuori, ad esempio in quale quartiere è, qual è la tipologia dell'immobile. Entrando poi si osserva com'è fatta dentro, qual è lo stile dell'arredamento, i quadri, le foto, i dettagli insomma che parlano della situazione sconosciuta in cui si è chiamati ad intervenire.

Perché **il setting in cui si opera sarà quello, e non è certo stato predisposto dallo psicologo** come avviene nella consueta pratica clinica. Quindi occorre una grande considerazione per i dati esterni che emergono, sia all'inizio sia durante l'intervento. Dati importanti per decodificare la cornice di una relazione che si vuole efficace per quanto, per sua natura, di breve/brevissima durata e immersa nella fisicità di un assetto a noi sconosciuto.

Durante la telefonata, **portare l'attenzione su ciò che sta intorno alla persona che chiama** è utile anche per comprendere se in quel momento è lucida e orientata. Si possono chiedere alcuni dati di realtà, ad esempio: "Mi descriva la sua casa. Quante stanze ha? Cosa ha davanti a sé in questo momento? Cosa vede dalla sua finestra?"

Ciò aiuta la persona a radicarsi, a togliersi dalla ruminazione, e nello stesso tempo permette all'operatore di cogliere la sua coerenza cognitiva e alcune note emotive emergenti.

ANCORA SULLA DIMENSIONE CORPOREA IN UNA RELAZIONE D'AIUTO INVISIBILE

Ritorno all'aspetto già considerato per la preparazione dell'intervento, relativo all'importanza della dimensione del corpo.

Molti colleghi evidenziano da anni l'efficacia del **fare in emergenza un lavoro di stabilizzazione emotiva basato sul corpo** (tra gli altri Erik De Soir⁵, Vittoria Ardino⁶). Tuttavia questi strumenti stentano ad essere utilizzati nella prassi della relazione d'aiuto psicologico, alla quale possono apparire culturalmente distanti.

“La formazione clinica ci ha insegnato **l'astinenza** e il non toccare mai il corpo dell'altro”, affermava un po' sgomento un collega senior, durante gli esercizi pratici proposti dal prof. Erik De Soir in un seminario di stabilizzazione corporea in emergenza.

L'espulsione della dimensione corporea come caposaldo della correttezza professionale.

D'altronde, il supporto psicologico alle vittime di inattesi e gravi eventi critici necessariamente mette **in discussione parecchi fondamenti teorico-pratici dell'azione psicologica classicamente svolta in studio.**

Il lavoro di centratura su sé stessi, di grounding, di respirazione profonda, in sintesi la regolazione delle emozioni tramite il corpo. Sono tecniche dall'ormai comprovata efficacia che dovremmo padroneggiare prima, per potere poi agilmente usarle in emergenza su di noi e con le vittime.

Al mio primo turno di call center ricevo la telefonata di un giovane in ansia, con una voce flebile, esitante, strozzata. Riconosco di non aver curato l'aspetto di cui sopra. Ripensandoci con più calma, sono certa che fossimo stati in presenza avrei colto il suo bisogno di respirare, di decontrarsi, e gli avrei proposto un semplice esercizio di respirazione come faccio spesso. Forse sono strumenti che ancora non padroneggio tanto da essermi venuti spontanei anche nell'incertezza del primo turno di supporto psicologico per telefono.

Nella relazione telefonica si può inoltre cercare di **legare uno strumento di consapevolezza corporea con la dimensione cognitiva del chiamante.** Il suo saper descrivere ed osservare lucidamente ciò che lo circonda diventa per noi un'utile prova di realtà.

Accenno per sommi capi ad alcuni esempi.

Si può proporre alla persona di camminare eretta e lentamente, per andare a toccare intorno a sé superfici dalla consistenza tattile diversa: la stoffa morbida di divani e cuscini, la durezza fredda di un davanzale in pietra o marmo, la consistenza di mobili di legno o di oggetti metallici ecc.

Ben contestualizzati, tali esercizi sensoriali e corporei possono attivare nella persona un atteggiamento più vitale, contribuendo a placare l'ansia e la ruminazione. Per lo psicologo sono ulteriori elementi di realtà che aiutano a leggere la condizione emotiva e cognitiva del chiamante.

CONCLUDERE LA TELEFONATA

⁵ Erik DE SOIR & Tiziana CELLI, *Colpiti al cuore. Gestire lo stress e il trauma nelle squadre di soccorso*. MAKLU 2017.

Il dottor Erik De Soir, psicoterapeuta ad orientamento sistemico, opera a Bruxelles all'interno del Regio Istituto Superiore della Difesa come esperto di traumi di guerra e catastrofi. È specialista nella prevenzione e trattamento delle sindromi traumatiche tramite la Terapia sensomotoria, presso vittime civili e soccorritori. Ha ideato un articolato piano di sostegno psicologico presso i Vigili del Fuoco del Belgio entrato a regime da alcuni anni.

⁶ Vittoria Ardino, psicologa, è Presidente della SISST, *Società Italiana per lo Studio dello Stress Traumatico* <https://www.sisst.it/> e membro del Board della *European Society of Traumatic Stress Studies*.

Conduce seminari di formazione sulle Tecniche di Stabilizzazione Emotiva in aiuto a vittime e soccorritori.

Occorre considerare un ulteriore, fondamentale aspetto da tener presente durante l'intera telefonata: la spinosa questione della sua *chiusura*.

Nei primi defusing e debriefing tra colleghi che nei giorni scorsi hanno iniziato a rispondere al call center, emergono **diffuse difficoltà legate al tema del *dover concludere* e del *come concludere la relazione telefonica d'aiuto***.

In emergenza normalmente si ha un unico, breve incontro con le vittime, e in ogni caso si chiude.

Anche negli interventi a distanza, a monte devo avere in me l'idea che chiudo. Che devo chiudere. Che dovrò chiudere. Allora occorre che prima mi prepari mentalmente al fatto che il mio è un intervento provvisorio e breve, spesso brevissimo.

Ma come faccio, dicevano i colleghi, a tollerare quell'angoscia del dover dire: "La lascio... la devo lasciare..." ?

Ci sono vari modi per dirlo, e si possono creativamente cercare e trovare. Ma occorre averne prima dentro la convinzione, o almeno una buona dose di sicurezza circa la sua bontà e inevitabilità. Alcuni colleghi potrebbero trovare insopportabile un simile setting temporale e quindi credo sia bene che si tengano lontani dal call center psicologico in emergenza, a beneficio loro e di chi chiede quel tipo di aiuto.

In queste settimane, ad esempio, si è sperimentata la reale **fatica di un lavoro di *contenimento telefonico dei pazienti psichiatrici***. Il rischio è che il paziente percepisca l'ambivalenza dell'operatore tra l'adempiere al setting dell'intervento puntuale in emergenza e la sua incapacità di attuarlo, o forse di attuare contenimento, o il desiderio di non terminare così presto. In questo caso aumenta il rischio che il paziente usi in modo compulsivo il centralino a tutte le ore, cercando di soddisfare un insaziabile bisogno di essere ascoltato e contenuto.

Come rapportarsi a questa tipologia di pazienti tramite lo strumento del numero verde di sostegno psicologico è una questione ad oggi tutta aperta, che si sta sperimentando al call center non senza dubbi e incertezze, e che richiederà in futuro confronti approfonditi.

Le **difficoltà a chiudere la telefonata**, espresse dai colleghi, ricordano per analogia i tempi del terremoto in Abruzzo, quando la Protezione Civile dopo qualche mese chiudeva la sua presenza nelle tendopoli, e quindi la nostra Associazione con lei.

Avvicinandosi la partenza, alcuni colleghi si erano fortemente ribellati alla pur nota e ovvia limitazione temporale del nostro intervento. Affermavano: "No! noi come associazione almeno nei confronti dei bambini non possiamo farlo, non possiamo lasciarli. Proprio loro... no!"

Bisogna riconoscere che qui si tocca il tasto, delicato e tutto da approfondire, di **quale intervento potrebbe e/o dovrebbe seguire al Primo aiuto psicologico in emergenza**. A quali servizi pubblici e/o privati indirizzare le vittime, a quali operatori. E come fare quando le possibilità di invio sono inesistenti.

In ogni caso tale aspetto evidenzia che tra i personali lavori preparatori all'operare in emergenza c'è anche quello riguardante i **limiti**; lavoro utile su più fronti della professionalità.

Occorre la faticosa assunzione di consapevolezza che noi, nel Primo aiuto psicologico, siamo comunque solo provvisori.

Nell'attività di call center non ci si attacchi al fatto che diamo la possibilità di risentirci, se necessario, ancora due o tre volte. È possibile farlo ma non si tratta di un servizio continuativo di presa in carico. Occorre usare bene la prima chiamata, prendendo tutti i dati necessari per poi

gestire al meglio i 3 possibili appuntamenti successivi. Non sono molti ma neppure così pochi. Occorre interiormente essere pronti a darsi, insieme al chiamante, micro obiettivi limitati ma non per questo inutili. Occorre mettere a frutto tutto ciò che si può trarre da quel setting.

Una possibilità che aiuta a chiudere si ha quando **il call center prevede un servizio telefonico di secondo livello**, incaricato di dar risposta a problematiche specifiche o a cui si possa indirizzare coloro che richiedono un sostegno di maggiore durata, seppur sempre limitato nel tempo.

Infatti nel nostro servizio è previsto il rimando a colleghi con competenze in vari ambiti: interculturale/migranti, disabilità, età evolutiva, psichiatria (un medico psichiatra). È possibile effettuare quindi un percorso ulteriore con tre colloqui telefonici.

Il chiamante può inoltre essere **indirizzato alla rete dei servizi esistenti sul territorio**, idonei ad aiutarlo ad affrontare il suo problema. Si è rilevato che questo invio è più semplice per richieste di tipo psicosociale, più complicato per le problematiche prettamente psicologiche.

Servizi pubblici o del volontariato sociale, altri call center o numeri utili specifici, di cui si curerà di avere a portata di mano un elenco; in tal modo questo servizio è un ponte, il nodo di una rete costituita da tanti altri punti che aiutano i cittadini nella situazione straordinaria.

“Senta, io ora la lascio e segnalo la sua situazione alla Protezione Civile, ai Vigili del fuoco, alla Caritas ecc. e saranno altri a venirle in aiuto”.

Oppure: “Le do questi numeri di telefono, li contatti...” Perché quando si percepisce che il chiamante è sufficientemente attivo per occuparsi da solo del passaggio ad un altro servizio, è importante fornirgli i diversi riferimenti e valorizzare la sua capacità di chiedere aiuto. Cosa che d'altronde ha chiaramente dimostrato attivandosi per chiamare il servizio telefonico.

Occorre considerare inoltre la frequente possibilità di **ricevere chiamate a mero scopo informativo o perfino non attinenti**. Non ci si senta sminuiti se ci impegniamo a dare noi risposta pur essendo psicologi: in questo caso al call center risponde un'associazione di psicologi facente parte della Protezione Civile, che sta gestendo un'emergenza anche sociale. I confini del ruolo devono essere chiari nella nostra mente e con tale chiarezza ci muoviamo nella bufera dell'emergenza, che può spesso portarci in luoghi per noi inconsueti o persino impropri, ma comunque facenti parte della confusa realtà del momento.

Con la chiarezza del nostro ruolo sapremo sempre ritornare negli spazi propri alla professione.

Fortunatamente in un numero verde di prima risposta - quindi non selezionato su un target di persone francamente problematiche - non tutte le chiamate riguardano situazioni pesanti e dolorose.

Nei defusing giornalieri di fine turno ci si racconta con piacere di frasi gentili o a volte anche poetiche di persone, spesso anziane, che portano considerazioni profonde, solidarietà e desiderio di aiuto verso il prossimo.

Infine, sarebbe bello poter **chiudere la telefonata con una nota positiva**.

Si è parlato dell'aprire con qualcosa di positivo, almeno quando si può. Ma all'inizio non possiamo sapere cosa la persona ci porterà: potrebbe anche essere una situazione molto dolorosa, che va trattata con una atmosfera relazionale consona e coerente.

Support the Supporters

Differente è quando si è arrivati alla conclusione di un incontro telefonico in cui si è potuto creare un clima empatico e propizio. Come si è detto più sopra circa l'approccio positivo, anche nel buio di una emergenza la relazione che si crea tra noi e le vittime può far emergere barlumi di luce.

Certo **trovare le parole per chiudere con una nota positiva** non vuol dire averle in un formulario, ma **sta alla creatività di ciascuno di noi**. Senza questa qualità, come già sottolineato, il sostegno psicologico si trasforma in un intervento tecnico standardizzato guidato da protocolli. Ma fare sostegno psicologico in tal modo, in emergenza è quasi inutile.

In queste settimane, confrontandoci sugli esiti del servizio, abbiamo constatato che parecchie volte si è riusciti a gestire con creatività le richieste portate da chi ha chiamato il call center.

Siamo psicologi e, tra gli altri, abbiamo il compito **di ricordare l'umanità all'umanità**.

E uno dei fattori che contraddistingue gli umani dagli animali o dalle macchine, anche le più sofisticate, è appunto **la facoltà di creare**.

** Tiziana Celli è psicologa e formatrice. Come psicologa dell'emergenza, professionista e volontaria, opera sul campo nelle micro e maxi emergenze. È professore a contratto di Psicologia del lavoro e delle organizzazioni presso l'Università della Valle d'Aosta. Coniuga i due ambiti svolgendo consulenze individuali e formazione per chi opera nel soccorso e nell'emergenza.*

Seconda parte: riflessioni e raccomandazioni

IL CALL-CENTER DI SOSTEGNO PSICOLOGICO IN EMERGENZA NELL'AMBITO DEL SISTEMA DI PROTEZIONE CIVILE

di Maria Teresa Fenoglio

In emergenza la fase preparatoria è essenziale. Anche se ogni scenario emergenziale è diverso (come paragonare un terremoto, una frana, un incendio o una pandemia?), la preparazione del personale preposto e del volontario non è indispensabile solo per le competenze necessarie, ma per **la forma mentis che progressivamente si deve acquisire.**

Per lo psicologo si tratta di transitare da una conformazione psichica centrata prevalentemente sul rapporto duale ad una visione sistemica/ecologica/politica: Spaltro parla di passaggio a successive "interfacce", recanti quattro distinte "culture": duale, micro, macro e mega, dense di variabili attinenti la sicurezza, l'appartenenza, l'identità, i conflitti e il potere, il pensare e agire plurale (Spaltro, Bernardi, 2000).

Stare in emergenza vuol dire precisamente **collocarsi in quell'area di cerchi concentrici e interconnessi comprendenti il singolo, il gruppo familiare, la comunità locale, quella nazionale e nel caso del Corona virus quella planetaria.** Nelle emergenze occorre tenere a mente queste dimensioni tra loro interconnesse, bilanciandole e evitando le eccessive polarizzazioni di natura difensiva.

Nonostante una attività di supporto per via telefonica appaia come la quintessenza di una relazione duale, isolata dallo spazio condiviso, è importante che lo psicologo transiti egualmente ad una dimensione plurale. **Dovrà percepirsi all'interno del più ampio contesto** operante in quel momento, in questo modo arricchendo e finalizzando le proprie capacità cliniche. Nell'assumere una impostazione interna di riconoscimento dei vincoli e risorse che gli derivano dal più ampio contesto organizzativo, percepirà il proprio intervento connesso ad altre forme di offerta di aiuto non psicologiche che rivestono una importante valenza terapeutica per i destinatari. Potrà al contempo indirizzare la propria immaginazione a forme di aiuto impensate, leggendo la domanda ed eventualmente da ricercare sul territorio.

L'importanza, quando si voglia essere d'aiuto, di fare riferimento ad una organizzazione strutturata discende anche da questa possibilità di agganciarsi a una più vasta rete, mutuando dai colleghi più "vecchi" l'abitudine a queste realtà e la conseguente visione delle cose.

Il Call-center in un contesto di Protezione Civile

<analisi organizzativa> <organizzazione dei soccorsi psicosociali> <protezione civile> <contesto degli aiuti>

Un call center di psicologi può essere l'emanazione di diverse organizzazioni. In Piemonte ne sono nate nelle ASL, in alcune ONG e per iniziativa di professionisti che si sono proposti spontaneamente. Ogni specifico call center si strutturerà, oltre che su competenze professionali, variamente declinate (solo psicologi, personale misto, ecc.), in base alla cultura organizzativa, spesso inconsapevole, di quella organizzazione.

Non è quindi un caso che alcuni di essi siano strutturati in telefonate in cui l'utente prende un appuntamento o verrà richiamato (Sanità); che altri prevedano contatti diretti (professionisti privati) o per via telematica (ONG, Associazioni) e così via. Anche i destinatari sono immaginati diversi: utenti storici di quel servizio; "fasce deboli"; "tutti" i cittadini, gli stranieri, chi "ha attacchi di panico", e così via.

Da qualsiasi associazione provenga, **un call center viene in sostanza pensato in relazione alle abitudini pregresse** degli psicologi ivi operanti, alle routine e al contesto organizzativo più ampio in cui è collocato.

La committenza del call-center organizzato da Psicologi per i Popoli Torino era ed è il **Comune di Torino/Protezione Civile** comunale e provinciale, con cui da anni l'Associazione collabora nelle emergenze e nel lavoro procedurale, formativo e culturale (assicurazione e registri, esercitazioni, interventi, seminari).

Anche se l'apporto degli psicologi in Protezione Civile non è sempre pienamente focalizzato dal Sistema, il partecipare a tutte le emergenze facendo squadra, il conoscere e seguire le regole, l'umiltà e infine un approccio teso a valorizzare gli altri attori, hanno fatto sì che **gli psicologi siano oggi considerati "appartenenti", anche se non uguali.** Sarebbe interessante ricostruire la progressiva integrazione degli psicologi nel sistema Protezione Civile, che ha messo in gioco la tolleranza degli psicologi alla frustrazione di non sentirsi sempre "riconosciuti", ma anche quella dei volontari "logisti" alle prese con un corpo a sé estraneo: lo psicologo è colui che parla un linguaggio diverso, che non è con te a pulire l'argine di un torrente, che è il più delle volte donna in un mondo maschile....

Una Committenza che abbia davvero in mente per lo psicologo ruoli articolati e precisi è rara in Protezione Civile, ma anche a livello delle Amministrazioni comunali. Con gli anni si è sviluppata una certa coscienza che le vittime hanno bisogni non solo primari e che i soccorritori hanno a loro volta problemi emotivi. Questo secondo fronte, purtroppo, non va al di là di una petizione di principio, priva di una attuazione.

Per gli psicologi del resto è difficile transitare da **un ruolo che prevede l'andare "verso" qualcuno ad uno che sia uno "stare" con qualcuno**, individuandone i bisogni e investendo in iniziative che aiutano a risolvere problemi realmente percepiti o si propongano come valorizzanti. Anche gli psicologi sono chiamati a un grande cambiamento.

A conferma di quanto affermato, i colleghi che in epoca di Coronavirus operano nella sanità ospedaliera e decidono di non limitarsi al lavoro ambulatoriale, affermano che la loro efficacia è legata alla possibilità di "stare accanto" ai sanitari là dove i problemi si manifestano, cioè nelle corsie, senza attendere che qualcuno venga a "chiedere sostegno" o telefoni. Soltanto così è possibile che l'aiuto psicologico si implementi grazie a un contesto di aiuto complessivo.

In conclusione, è assai riduttivo pensare la squadra torinese che ha dato vita al call-center come costituita dai soli psicologi, bensì da tutti coloro che sono all'interno delle diverse articolazioni della Protezione Civile cittadina e provinciale. **Questo significa, a un livello affettivo/simbolico, essere accomunati all'impegno e alle fatiche di numerosi altri soggetti istituzionali e di centinaia di volontari.** Questo conferisce senso, forza e legittimazione.

Questa collocazione è di natura molto concreta. Essa si esplicita in contatti quotidiani, tesi a facilitare il meccanismo burocratico (assicurazione, turni, registrazione dei volontari nel data base ufficiale), ovviare agli inconvenienti tecnici (ad es. il funzionamento delle centraline telefoniche, la corretta pubblicità, ecc.), essere parte attiva di una chat che segnala meticolosamente l'impegno di ciascun volontario ogni singolo giorno. Il sistema favorisce in questo modo una colleganza stretta che funge da sostegno ad ogni attore sul campo.

La specifica collocazione entro la Protezione Civile determina la pregnanza di due fattori:

- **La velocità (subito):** ovvero la necessità di mobilitarsi in modo veloce ed efficace, seguendo procedure consolidate e interiorizzate dal sistema.
- **L'integrazione (insieme):** ovvero la necessità da parte delle componenti di far convergere obiettivi diversificati in un obiettivo comune. Ogni attore organizzativo esprime infatti obiettivi più personalizzati, ad es. quelli politici delle Amministrazioni locali e quelli delle singole realtà del volontariato e dei loro leader, a cui corrispondono diversi gradi di sensibilità verso l'aiuto psicologico. Gli obiettivi personali hanno perciò bisogno di una attenta manutenzione generale, in modo che convergano nell'obiettivo comune.

Nonostante i potenziali conflitti, le procedure in emergenza assicurano una efficienza rara. La protezione civile italiana è famosa per questo.

Non è escluso che l'efficacia discenda anche dal fatto che in emergenza le procedure svolgono anche la funzione di "mettere a massa", sospendendoli almeno in certa misura, i potenziali conflitti interni. **Le procedure standardizzate hanno non solo una funzione di efficienza organizzativa, ma quella difensiva di escludere quelle variabili che rischierebbero di perturbare gli equilibri** se qualcuno di esterno (ad esempio gli psicologi) volesse introdurre elementi "nuovi".

La presenza degli psicologi, infatti, nonostante siano state sulla carta emanate fin dal 2006 linee guida sui loro compiti e riferimenti organizzativi (*) **non è ad oggi garantita da una propria specifica catena di comando**, né a livello centrale (il Dipartimento di Protezione Civile) né regionale. Il previsto Coordinatore degli aiuti psicosociali, infatti, un esponente dei servizi di salute mentale della Sanità pubblica, non è mai (o quasi mai) stato nominato. La sola eccezione è rappresentata dalla Regione Marche e, tardivamente, dalla regione Piemonte.

Questa assenza di una propria catena di comando espone gli psicologi a fattori volatili come la sensibilità personale delle diverse componenti del sistema.

L'essere psicologi formalmente iscritti alla PC e seguire le regole, infatti, di per sé non basta.

(*) Criteri di massima per l'Intervento psicosociale nelle catastrofi,
https://www1.interno.gov.it/mininterno/site/it/sezioni/servizi/old_servizi/legislazione/governo/legislazione_e_771.html

DA CHI E COME È STATO PENSATO IL CALL CENTER

<analisi organizzativa> <organizzazione dei soccorsi psicosociali> <protezione civile> <contesto degli aiuti>

Il Call Center non è stato originariamente pensato dalla **Committenza (il Comune di Torino)**. Non per una totale insensibilità all'aiuto psicologico, ma perché non esistendo una specifica procedura

di attivazione-non si è innestato in modo automatico, mentre si imponevano priorità di altra natura. Sono stati gli psicologi, perciò, a rendersi disponibili con una telefonata.

Questo fattore (il proporsi) comporta una certa tenuta emotiva da parte degli psicologi, abituati a lavorare sulla domanda dell'utente e da lì far discendere il *setting* di lavoro.

Il lavoro mentale necessario al “proporsi” non diventa mai un’abitudine. Il senso di irrilevanza che ne deriva può essere contrastato solo se si ha una ferma consapevolezza della incidenza del proprio sapere; solo se si è in grado di pensarsi come parte di una squadra che lavora per il bene comune; solo se ci si sente empaticamente schierati dalla parte dei bisogni della popolazione (e meno di quelli inerenti il riconoscimento personale). In altre parole occorre sempre che si compia un lavoro di risanamento delle proprie ferite narcisistiche. Da ciò l'importanza di affidarsi, dove è possibile, alla stima che ci si è conquistati sul campo, e al proprio credito pregresso presso l'intero sistema.

Anche se questo processo di legittimazione investe direttamente solo il responsabile della organizzazione di psicologi, lo stile di leadership che ne deriva impatta inevitabilmente sulla squadra in campo, sulla sua motivazione, sicurezza e senso di efficacia. **I destini altalenanti dell'accoglienza dell'intervento psicologico presso il sistema provocano nel gruppo trainante emozioni alterne** di soddisfazione, irritazione, depressione, rabbia, di nuovo soddisfazione, il controllo delle quali è un lavoro nel lavoro.

L'apporto psicologico, arrivato perciò -nel contesto torinese- in seconda battuta, ha potuto essere assunto da tutto il sistema sul modello degli aiuti che contestualmente venivano portati dai volontari di PC, secondo un principio di integrazione/assimilazione ad essi: aiuti concreti, quali il recapito della spesa e dei farmaci presso i cittadini impossibilitati e la sistemazione e presidio di tende davanti ai Pronto Soccorso. Aiuti faticosi, e in certa misura pericolosi, perché condotti presso il domicilio o davanti ai Pronto Soccorso.

Il call-center ha potuto essere accettato sotto forma di servizio “analogo” a quelli previsti e al contempo “separato” da essi.

Il Call-center di Psicologi per i Popoli Torino è nato così all'insegna dei principi condivisi dal sistema di:

- **servizio alla popolazione (diretto)**
- **immediatezza (da realizzare subito);**
- **concretezza (una linea telefonica dedicata);**
- **universalità (tutti i cittadini che lo richiedano).**

Si tratta del miglior criterio? Certamente un call-center di sostegno psicologico può realizzarsi in forme più mirate, efficaci e articolate. Ad esempio può essere integrato a un servizio telefonico che copre bisogni di informazione e assistenza (come ad esempio a Milano e nelle Marche). Può essere affidato a professionisti totalmente esterni, come un servizio “appaltato”. Può essere affidato alla iniziativa personale degli psicologi che si accreditano presso il proprio Ordine. Oppure può essere l'emanazione di ONG e Associazioni già attive nell'ambito della fornitura di servizi di assistenza (Caritas, ecc.). Infine può essere organizzato da un servizio di salute mentale della Sanità pubblica, prevedendo eventualmente una fase preparatoria, progettuale e formativa a monte della sua messa in atto e coerente con le finalità del Servizio (*).

Nel nostro caso, quello di una Associazione integrata nella Protezione Civile e nel contesto di un sistema in quel momento altamente stressato, **il ruolo che si impone allo psicologo nella fase**

acuta è rigorosamente quello di proporre soluzioni senza aggiungere momenti di confusione. Del resto la regola aurea per lo psicologo è non mettere in crisi il sistema (individuale, familiare, ma anche organizzativo) in prima battuta, aggredendo direttamente le resistenze dell'altro e le sicurezze acquisite. **Eventuali aggiustamenti dovranno essere rimandati a una fase successiva.** Nella fase di partenza l'aiuto psicologico si adegnerà a come la Committenza lo ha concepito e a come il sistema se lo rappresenta, con la ripromessa di aggiustare il tiro man mano che lo stress organizzativo si sarà allentato.

Per gli psicologi si tratta di una fase delicatissima che coinvolge emozioni anche dolorose. Lo psicologo ha in mente modalità professionali, principi generali, accompagnati da scrupoli e capisaldi deontologici, la cui tutela deve confrontarsi con le possibilità concrete del loro rispetto. Alcuni dovranno trovare collocazione immediata (ad esempio la relazione con l'utente e il setting, oppure i necessari defusing e debriefing), mentre altri (ad esempio la privacy) dovranno trovare una sistemazione immediatamente dopo. **La rinuncia seppur parziale al modello ideale è sempre faticosa.** Così come la rinuncia a una vera e prolungata presa in carico, che lascia la frustrazione di non aver completato il percorso terapeutico.

(*) A Torino le ASL TO3, TO4 e ASL Città di Torino (con i cinque ospedali)



BREVE VADEMECUM DEL PRIMO AIUTO PSICOLOGICO PER VIA TELEFONICA

<vademeccum> <call center psicologico> <teoria della tecnica psicosociale>

Per comprendere le modalità in cui il nucleo storico dell'Associazione si è rappresentato e sta realizzando il lavoro di call-center è necessario precisare che, oltre all'impegno di Protezione Civile, **PxPTorino è da diversi anni impegnata sul fronte del Primo Aiuto Psicologico (FPA)** in ambito 118. Per 24 ore la settimana, nei week end (ma con disponibilità anche infrasettimanale), una squadra di psicologi volontari composta da un minimo di due operatori **presta servizio presso la Centrale Operativa intervenendo in supporto dei soggetti in situazioni emergenziali: • Morte improvvisa di un congiunto • Incidenti • Suicidi • Atti di violenza • stress dei soccorritori .**

Le modalità di lavoro delle SPES si ispirano a linee guida internazionali⁷ articolate, in linea di massima, nelle seguenti azioni:

- **Ascolto e sostegno emotivo**
- **Stabilizzazione emotiva**
- **Informazioni (es. sui compiti dei soccorritori presenti; sulle procedure, sulla rete dei servizi, ecc.)**
- **Aiuto pratico (telefonate, generi di conforto, recupero effetti personali, ecc.)**
- **Psico-educazione (sui possibili effetti post-traumatici; su come parlarne con i bambini; su come aver cura di sé, ecc.)**
- **Empowerment individuale e sociale (al fine della ripresa del controllo sulla propria vita)**
- **Accompagnamento nella comunicazione di *bad news* (affiancando medici o Forze dell'Ordine)**
- **Riconnessione con familiari e gruppi di appartenenza**
- **Attivazione della rete familiare, amicale e sociale/comunitaria**

⁷ National Centre for PTSD e National Child Traumatic Stress Network (2010)

- **Connessione con i servizi di salute mentale, sociali, legali e con Associazioni specifiche (ad es. di aiuto alle donne vittime di violenza)**

L'ascolto

Le azioni sopracitate si inquadrano in ciò che è definito aiuto psicosociale nelle emergenze.

Il sostegno telefonico, se presenta peculiarità che vanno certamente rilevate ed ulteriormente esplorate, non si discosta molto da quanto indicato. La presenza mediata dal telefono, nella impossibilità di osservare il contesto, certamente vedrà enfatizzata la comunicazione orale e la voce a scapito della osservazione allargata. Ma l'ascolto, quell'intervento che è alla base di una relazione terapeuticamente orientata, rimane comunque centrale. **Si tratta di un ascolto teso a riconoscere e validare i sentimenti dell'altro**, e che viene citato nelle molte guide internazionali come "essere ascoltato e preso sul serio". L'"Ascolto", che è competenza professionale elettiva dello psicologo, prevede la sospensione di consigli, pareri, giudizi, minimizzazioni e delegittimazioni. Ascolto e colloquio dovranno come consuetudine essere improntati da una neutralità benevola, da curiosità e accettazione. Ciò significa prima di tutto, e non è scontato, che lo psicologo non entri in conversazione con l'altro. **IL colloquio, telefonico o meno, è stato, infatti, definito come una "conversazione anomala" (Semi, 1985)**, in quanto chi ascolta non si porrà in un ruolo simmetrico, per esempio raccontando di sé. **Trattandosi di un incontro pur sempre a carattere clinico**, esso sarà basato sulla disponibilità emotiva e intellettuale, sulla propria consapevolezza professionale e sul monitoraggio del controtransfert, vale a dire delle emozioni suscitate dall'interlocutore.

Per questo motivo gli psicologi impegnati, investiti dalle proprie e altrui emozioni, dovranno fare successivamente e tempestivamente un lavoro di elaborazione collettiva sia in fase di **defusing (nella stessa giornata) che di debriefing (a distanza ravvicinata)**.

Il setting

Il setting dovrà in ogni caso avere una attenzione specifica. Il tempo dovrà essere limitato e delimitato. Se il colloquio tende a diventare troppo lungo (oltre la mezz'ora), lo psicologo provvederà, d'intesa con chi ha chiamato, a fissare altri appuntamenti. L'ambiente, anche se al di fuori della vista, dovrà trovare attenzione: lo psicologo assicurerà per sé uno spazio dedicato silenzioso ed esente da intrusioni, in modo da delimitare, materialmente e mentalmente, un "dentro" e un "fuori". **Analogamente porterà attenzione alla privacy**, nel senso non solo legale del termine, ma delle procedure conversazionali che rassicurino l'interlocutore della privatezza di tutte le componenti del contatto, compreso il numero di telefono. Questo risulterà nella possibilità per l'interlocutore di aprirsi su una ampia gamma di fatti ed emozioni.

La chiusura del colloquio dovrà contenere **una breve sintesi, o "restituzione", di quello che il chiamante ha portato, attraverso una riformulazione** che dia all'altro la percezione di essere stato davvero ascoltato e capito. La restituzione, inoltre, assicura che il chiamante "esca avendo ricevuto ciò che ha dato" con le proprie parole (Semi, ibidem). Questo passaggio è essenziale, anche se troppo spesso trascurato, perché fornirà un senso di convalida di ciò che la persona sta provando, al di là di quante "parole giuste" lo psicologo potrà inventarsi.

La funzione preventiva

I soggetti, anche se per breve tempo (20 minuti mezz'ora la prima chiamata, con possibilità di sessioni successive anche su appuntamento) , hanno con il colloquio telefonico la possibilità di ricevere un **ascolto dedicato, di iniziare a sviluppare una narrazione** sull'evento, riprendere contatto con la realtà e compiere i primi passi verso l'accoglimento di una vita mutata. Anche se la brevità del contatto (con una possibilità di richiamata, anche reiterata) non consente di raggiungere tutti questi obiettivi, essi devono essere chiari fin dall'inizio nella mente dell'operatore, in modo che la telefonata sia correttamente finalizzata. Ricevere in un momento critico questo tipo di ascolto, vedere i propri sentimenti validati, sentirsi incoraggiati a esprimere ciò che è stato al centro della vita di prima e sembra perduto, sono un ottimo antidoto alla depressione e alla rinuncia.

Dal Caos al Cosmo

Mettere in connessione le persone con le altre forze di soccorso in campo-la Protezione Civile, i numeri utili, altre associazioni, i Servizi Sociali, la rete stessa degli psicologi "telefonici"- favorisce non soltanto la "risocializzazione" dopo lo shock da isolamento, ma l'integrazione interna delle persone. Una emergenza come quella pandemica, che allenta o nullifica anche le reti pre-esistenti, lascia "scoperte" le persone. Il potersi affidare a un connettore di reti e contatti, dotato del potere di poterle attivare, genera stabilità e sicurezza. Da un universo caotico (tutto è "saltato") si può passare a un universo coerente: "dal Caos al Cosmos".

Il trauma

La pandemia espone i soggetti a vissuti traumatici. Lo psicologo, **con l'attenzione rivolta anche alle proprie ripercussioni interne**, teso a rispondere in modo non simmetrico, **accoglie il senso di impotenza e l'ineluttabilità del dolore e delle sue manifestazioni**.

Non è una operazione facile da realizzare nella emergenza attuale, nella quale tutta la popolazione, compreso lo psicologo, è vittima. Il lavoro interno dell'operatore è perciò inevitabilmente più urgente e pesante da sostenere. **Questa capacità di accoglimento, pur in assenza del contatto diretto, deve sapersi tradurre in "presenza"**, in modo da consentire ai soggetti di tollerare a propria volta lo shock e la perdita.

Gli psicologi che si trovino in situazioni particolarmente segnate dall'ansia del contagio (ad esempio per i propri figli), o che hanno recentemente dovuto affrontare una vulnerabilità come una malattia grave o una morte, forse dovrebbero astenersi da questo tipo di interventi. Il trauma dell'altro infatti deve poter essere avvicinato rimanendo in contatto con i propri stessi vissuti traumatici, mantenendoli a un buon livello di tollerabilità.

I sistemi di attaccamento

Una esperienza altamente stressante **produce angoscia da separazione connessa al senso di annichilimento e disintegrazione dell'io**. Lo psicologo può fungere da **figura di attaccamento temporanea e vicaria**, sulla quale i soggetti potranno proiettare i propri legami significativi in attesa che giungano fisicamente sul posto o in loro assenza. Nel call center una "voce amica" consente il richiamo di una vicinanza che esiste già come risorsa interiore evocabile ad esempio tramite la narrazione.

Il lavoro del lutto e la narrazione

L'emergenza Coronavirus espone le persone alla perdita della vita di prima, non solo quella relazionale e sociale, ma anche quella della mobilità corporea, della ricreazione data dal paesaggio e dalla contemplazione di ciò che è interessante o bello. La reclusione in casa ostacola la possibilità di ritrovarsi in ciò che abitualmente sta attorno a noi quando siamo fuori di casa, quegli elementi dati per scontati nel paesaggio rurale o urbano, presenze abituali come lo sono i soprammobili che riteniamo di non vedere più, ma che tracciano percorsi sedimentati nella memoria. Nel colloquio telefonico può servire chiedere alla persona che cosa ha vicino a sé, oppure che cosa osserva o osservava nei suoi percorsi fuori di casa.

La possibilità di parlare della vita di prima consente di recuperare le emozioni collegate a quei momenti. Ciò che era abituale e caro può farsi nuovamente presente con il suo carico di perdita ma anche di desiderio focalizzato, in modo da poter essere rimpianto e re-investito con modalità nuove.

Resilienza

Nella conversazione narrativa le figure a cui può affidarsi la **resilienza** hanno la possibilità di essere individuati e rafforzati, ad es. una figura familiare, un curante, amici del presente e del passato. Elementi di resilienza "immateriali" sono rappresentati anche dai ricordi di altre difficoltà affrontate, dalla evocazione di momenti felici, dal richiamo ai compiti umani e sociali che spettano al cittadino.

I riti

L'impossibilità di svolgere riti collettivi rende l'emergenza pandemica particolarmente dolorosa e destabilizzante. La celebrazione dei riti (funerari, di pellegrinaggio, la celebrazione delle funzioni religiose, i compleanni e gli anniversari) da tempo memorabile è di sostegno nella transizione da una fase esistenziale ad un'altra ed è alla base del legame sociale.

Nella condizione di isolamento attuale la celebrazione dei riti può essere sostenuta da contatti visivi o uditivi supportati dalle nuove tecnologie. Spesso la tristezza di non poter celebrare le ricorrenze come in passato ostacola l'inventiva inducendo alla rinuncia. Lo psicologo al telefono può esplorare con l'utente possibilità alternative, rafforzando il desiderio di ristabilire i contatti significativi e lavorando sui sentimenti che la loro sospensione produce.

Terza parte: questionario

PROSEMICA EMOZIONALE E NUOVI MEDIA: UNA RICERCA



<prosemica> <relazione terapeutica> <nuovi media>

A cura di Alfredo Mela e Luca Guglielminetti

Tra i temi emersi dell'analisi dei bisogni degli operatori in prima linea che forniscono supporto psico-sociale alla cittadinanza e alle professioni sanitarie, è stato indicato quello della **fatica nella gestione delle relazioni sociali professionali via devices** ovvero **i limiti all'empatia imposti dalle tecnologie** informatiche di comunicazione nell'attuale situazione di pandemia che obbliga la distanza nelle relazioni.

Per **avviare un'analisi** su quali media/device/modalità utilizzare in relazioni alle finalità di comunicazione degli operatori, in termini di efficacia vs stress, in termini di maggiore o minore appropriatezza dei media utilizzati in termini di "prossimità emozionale" e per valutare cosa stia veramente cambiando da un punto di vista cognitivo ed emotivo nella comunicazione terapeutica, abbiamo quindi ritenuto utile **raccogliere indicazioni dagli operatori in prima linea attraverso un questionario e dei focus group** per raccogliere dati quantitativi e qualitativi.

Il questionario a psicologi impegnati nell'emergenza da Covid-19

è reperibile e compilabile on line a questo link:

<https://forms.gle/fhBNhmp5nXZcfQBP8>

in alternativa si può scaricare, come file separato, qui su Google Drive:

<https://drive.google.com/open?id=1xZcENrMWNB4dMnJacrvbZQN6Vmfu6PLf>

da compilare ed inviare via e-mail ad Alfredo Mela : smela8@gmail.com

Ipotesi per un questionario a psicologi impegnati nell'emergenza da Covid-19

SEZIONI A

L'attività lavorativa come psicologa/o

1. Quale ruolo di lavoro (retribuito) stai svolgendo nel periodo successivo al lock down?

- a. Psicologa/o professionista
- b. Psicologa/ ospedaliera/o
- c. Psicologa/o in strutture di accoglienza / in comunità
- d. Psicologa/o in organizzazioni di Terzo Settore
- e. Operatrice/ tore in altre strutture pubbliche
- f. Insegnante / educatrice / educatore
- g. Pensionata/o
- h. In cassa integrazione
- i. Non sto svolgendo lavoro retribuito
- j. Altro (specificare)_____

2. In questo periodo, stai svolgendo attività volontarie (non retribuite) in occasione dell'emergenza?

Si

No

3. Se ha risposto sì, quali sono queste attività?

(puoi indicare più di una attività)

- a. Call center
- b. Gruppi di appoggio con videochiamata
- c. Presa in carico a distanza di singoli
- d. Altro (specificare)_____

4. Svolgevi attività volontarie anche prima dell'epidemia?

- Sì, dello stesso tipo
- Sì, di altro tipo
- No

5. Con quale organizzazione svolgi attività volontarie?

- a. Nell'ambito della stessa organizzazione per cui lavoro
- b. Con un'associazione di psicologi
- c. Con un'altra associazione del Terzo Settore
- d. Con un gruppo sorto per questa emergenza
- e. individualmente
- f. Altro (specificare)_____

6. Quali di questi strumenti stai usando in queste attività?

- | | | |
|---------------------------------------|----|----|
| a. Telefono | sì | no |
| b. Videochiamate | sì | no |
| c. Email | sì | no |
| d. Whatsapp | sì | no |
| e. Sms | sì | no |
| f. Altri social (Facebook, instagram) | sì | no |
| g. Scambio di video o altri file | sì | no |
| h. Altro (specificare) _____ | | |

SEZIONE B

Il lavoro nei confronti dell'epidemia

1. Esprimi il tuo accordo/disaccordo su queste affermazioni sul tuo stato d'animo relativo all'uso degli strumenti a distanza nell'attività psicologica

1. Molto in disaccordo 2. abbastanza in disaccordo 3. Neutrale 4. abbastanza d'accordo 5. molto d'accordo

- a. Lavorando a distanza mi sento rilassata/o
- b. Penso che questo lavoro sia frustrante
- c. Lavorando a distanza riesco a concentrarmi meglio che in presenza
- d. Penso che sia una modalità di lavoro adatta solo alle circostanze estreme del lock down
- e. Questa modalità mi permette di conciliare meglio il lavoro con le altre attività

Nella gestione delle tue relazioni professionali da remoto:

2a. Quale livello di prossimità emozionale al tuo interlocutore attribuisce a queste diverse forme di comunicazione nell'interlocuzione con una singola persona?

1: minima vicinanza; 2: bassa vicinanza; 3: media vicinanza; 4: alta vicinanza; 5: massima vicinanza

- a. Parlare da telefono fisso
- b. Parlare da telefono mobile
- c. Parlare in videochiamata
- d. Messaggi vocali su chat
- e. Messaggi testuali su chat o SMS
- f. Messaggi testuali via e-mail
- g. Altro (specificare) _____

Support the Supporters

2b. Quale livello di prossimità emozionale ai tuoi interlocutori attribuisce a queste diverse forme di comunicazione nell'interlocuzione con un piccolo gruppo?

1: minima vicinanza; 2: bassa vicinanza; 3: media vicinanza; 4: alta vicinanza; 5: massima vicinanza

- a. Parlare da telefono fisso
- b. Parlare da telefono mobile
- c. Parlare in videochiamata
- d. Messaggi vocali su chat
- e. Messaggi testuali su chat o SMS
- f. Messaggi testuali via e-mail
- g. Altro (specificare)
-

3a. Quale livello di prossimità emozionale pensi che il tuo singolo interlocutore attribuisca a queste diverse forme di comunicazione?

1: minima vicinanza; 2: bassa vicinanza; 3: media vicinanza; 4: alta vicinanza; 5: massima vicinanza

- a. Parlare da telefono fisso
- b. Parlare da telefono mobile
- c. Parlare in videochiamata
- d. Messaggi vocali su chat
- e. Messaggi testuali su chat o SMS
- f. Messaggi testuali via e-mail
- g. Altro (specificare)
-

3b. Quale livello di prossimità emozionale pensi che i tuoi interlocutori attribuiscono a queste diverse forme di comunicazione, in incontri di piccolo gruppo?

1: minima vicinanza; 2: bassa vicinanza; 3: media vicinanza; 4: alta vicinanza; 5: massima vicinanza

- a. Parlare da telefono fisso
- b. Parlare da telefono mobile
- c. Parlare in videochiamata
- d. Messaggi vocali su chat
- e. Messaggi testuali su chat o SMS
- f. Messaggi testuali via e-mail
- g. Altro (specificare)
-

Support the Supporters

4a. Il livello di prossimità emozionale delle diverse forme di comunicazione può cambiare nel tempo, durante la relazione terapeutica?

Si

No

4b. Se hai risposto sì, in che modo può cambiare la prossimità emozionale?

Tende ad aumentare

Tende a diminuire

5. Hai cambiato le suddette forme di comunicazione durante la relazione con uno stesso interlocutore, durante la relazione terapeutica?

Si

No

6. Quali device stai utilizzando? Con quale frequenza?

1: minima/nessuna frequenza; 2: bassa frequenza (< 1H); 3: media frequenza (2-4H); 4: alta frequenza (4-6H); 5: massima frequenza (> 8H)

a. Telefono fisso

b. Telefono mobile o smartphone

c. Tablet

d. Personal computer fisso

e. Personal computer mobile (laptop)

f. Altro (specificare)

.....

7. Che tu sappia quali device stanno utilizzando i tuo interlocutori?

1: un'esigua minoranza; 2: una minoranza (< 10%); 3: Una discreta quantità (10-35%); 4: un alta quantità (35-75%); 5: un'altissima quantità (> 75%)

a. Telefono fisso

b. Telefono mobile o smartphone

c. Tablet

d. Personal computer fisso

e. Personal computer mobile (laptop)

f. Altro (specificare)

.....

8. Quali device rispondono meglio alle esigenze di comunicazione empatica o ascolto attivo?

(Massimo due risposte)

Support the Supporters

- a. Telefono fisso
- b. Telefono mobile o smartphone
- c. Tablet
- d. Personal computer fisso
- e. Personal computer mobile (laptop)
- f. Altro
- g. Dipende dalla fase della relazione terapeutica

9. Quali software stai utilizzando?

- | | | |
|--|----|----|
| a. Nessuno (telefono fisso) | sì | no |
| b. Base per telefonare (con mobile o smartphone) | sì | no |
| c. Chiamate voce via WhatsApp, Skype, Duo, Zoom, Meet... | sì | no |
| d. Videochiamate via WhatsApp, Skype, Duo, Zoom, Meet... | sì | no |
| e. Messaggi via chat via SMS, WhatsApp, Skype, Duo, Zoom, Meet ... | sì | no |
| f. Messaggi via e-mail | sì | no |
| g. Altro (specificare) | | |
| | sì | no |

10. Quali software rispondono meglio alle esigenze di comunicazione empatica / ascolto attivo?

(Massimo due risposte)

- a. Nessuno (telefono fisso)
- b. Base per telefonare (con mobile o smartphone)
- c. Chiamate voce via WhatsApp, Skype, Duo, Messenger, Zoom, Meet...
- d. Videochiamate via WhatsApp, Skype, Duo, Messenger, Zoom, Meet ...
- e. Messaggi via chat via SMS, WhatsApp, Skype, Duo, Messenger, Zoom, Meet ...
- f. Messaggi via e-mail
- g. Altro (specificare)
-

11. Quale livello di confort attribuisce ai seguenti ambienti?

1: minimo confort; 2: basso confort; 3: medio confort; 4: alto confort; 5: massimo confort;

- a. Ufficio personale
- b. Ufficio condiviso con altri

Support the Supporters

- c. Studio privato
- d. Domicilio: camera personale
- e. Domicilio: camera condivisa con altri
- f. Domicilio: altro luogo (giardino, balcone,...)
- g. Altro (specificare)
-

12. Nei tuoi rapporti con i nuovi media (device e software), l'efficacia di comunicazione migliorerà da sola col tempo (addomesticamento) o richiederà una specifica formazione?

- a. Con il tempo
- b. Con la formazione
- c. Con entrambe
- d. Non migliorerà

13. In che misura pensi che al termine dell'emergenza le tue attività di psicologa/o cambieranno, grazie all'esperienza fatta in questo periodo?

Per nulla Poco Abbastanza Molto Moltissimo

15. Quali di questi strumenti pensi che continuerai ad usare per le tue attività di psicologa/o?

- a. Telefono sì no
- b. Videochiamate sì no
- c. Email sì no
- d. Whatsapp sì no
- e. Sms sì no
- f. Altri social (Facebook, instagram) sì no
- g. Scambio di video o file sì no
- h. Altro (specificare)

.....

16. Sarai disponibile a svolgere attività volontarie come psicologa/o dopo il termine dell'emergenza?

Sì

No

SEZIONE C

Variabili individuali

Support the Supporters

Genere

M F Altro

Età

- a. 30 o meno di 30
- b. 31-40
- c. 41-50
- d. 51-60
- e. 61-70
- f. 71 e oltre

Titolo di studio conseguito

- a. Laurea triennale
- b. Laurea magistrale (o vecchia laurea quadriennale)
- c. Laurea e scuola di specialità
- d. Laurea e dottorato di ricerca
- e. Altro (specificare)_____

Provincia di residenza

In attesa della versione online, si prega di utilizzare la versione cartacea disponibile come file singolo qui:

<https://drive.google.com/open?id=1xZcENrMWNB4dMnJacrvbZQN6Vmfu6PLf>

E da inviare via e-mail ad Alfredo Mele: smela8@gmail.com

ORGANIZZAZIONE IN EMERGENZA

12 principi di supporto organizzativo



<organizzazione> <contesto degli aiuti> <vademecum>

Traduzione e sintesi a cura di Luca Guglielminetti

Tratti da:

Supporting the supporters in disaster recovery, di Jolie Wills, New Zealand Red Cross (2014)

Sulla base delle conversazioni esplorative con oltre 80 persone che svolgono o hanno svolto un ruolo nel *disaster recovery*, ovvero nelle emergenze, questi sono i 12 principi di supporto per aiutare le organizzazioni ad **affrontare i fattori di stress a livello organizzativo**,

1. Fingi e la tua squadra non lo accetterà!

Sostenere il vostro personale vi farà risparmiare denaro e migliorerà i vostri risultati organizzativi. Tuttavia, è fondamentale che il motivo per sostenere il vostro personale sia perché è la cosa giusta da fare e che tale **supporto** sia **sinceramente motivato**.

2. Approccio a buffet

Il supporto inizia con il chiedere e l'ascoltare. Le persone non possono chiedere il sostegno di cui hanno bisogno. Non date per scontato che le persone si sentano forti o capaci come sembrano, o che sappiate di cosa hanno bisogno.

Chiedete "Di cosa avete bisogno?" e poi ascoltate, onestamente, sinceramente, genuinamente e in modo sicuro - non da un luogo di giudizio su come affrontare o non affrontare.

Le esigenze cambieranno e varieranno da persona a persona e nel tempo. Ciò che è utile per una persona o un team potrebbe non esserlo per un'altra.

"Un approccio a buffet" per il sostegno vuol dire **offrire diverse opzioni per persone diverse in fasi diverse**.

Fate domande aperte e non date per scontato di sapere come si sentono le persone. Molti errori accadono quando pensiamo di sapere come si sentono le persone.

3. Costruire un ponte

Una delle maggiori fonti di stress per chi lavora nel settore del recupero/emergenze è la percezione che gli altri più in alto nella catena di comando (all'interno dell'organizzazione o nei finanziatori o nelle autorità di recupero) operino a partire da una comprensione

disallineata delle sfide che devono affrontare e delle realtà all'interno delle comunità interessate. Ne consegue che una delle strategie più efficaci per sostenere coloro che hanno un ruolo nel recupero è la creazione di opportunità per aumentare la comprensione delle realtà affrontate.

E necessario quindi **costruire ponti tra il personale in prima linea e i leader della comunità** per far sapere che non sono soli.

4. Torna a scuola

Lavorate in modo proattivo per educarvi al disaster recovery. Sviluppare una comprensione delle traiettorie e delle sfide tipiche affrontate dalle comunità durante l'emergenza a lungo termine.

Sviluppare una **comprensione degli aspetti psicosociali del recupero**, ricordando che il recupero riguarda soprattutto le persone, in modo che questo obiettivo possa guidare tutti gli interventi. Questo ridurrà anche la necessità per coloro che lavorano nel recupero di educare coloro che sono "a monte" all'interno dell'organizzazione, mentre si rivolgono contemporaneamente al bisogno locale. Sviluppare una comprensione comune aiuterà a comprendere le sfide e a sostenere gli obiettivi a cui aspirano coloro che lavorano nel settore della riabilitazione.

L'istruzione, a tutti i livelli, sull'importanza di includere il supporto del personale nell'equazione della salute e della sicurezza è inestimabile. Comprendere il ruolo di un'organizzazione nel proteggere i lavoratori (sia volontari che retribuiti) dai pericoli dello stress negativo, come faremmo da qualsiasi altro pericolo fisico. Imparare a conoscere la scienza (sì, ci sono molte prove concrete) dietro la promozione della resilienza e del benessere e i meccanismi e gli impatti dello stress.

Gli operatori di sostegno devono essere educati ai rischi associati al loro ruolo nel recupero in modo da non esserne inconsapevolmente esposti, quindi avere una consapevolezza delle strategie e degli strumenti per minimizzare il rischio (sia organizzativo che di auto-sostentamento) e per comprendere le proprie responsabilità nell'equazione.

I volontari che non si sentono preparati per quello che stanno facendo, possono essere esposti senza volerlo e inconsapevolmente. **Devono essere informati dei potenziali costi emotivi. Se conoscono i rischi, allora possono fare delle scelte consapevolmente ed essere preparati.**

Si veda anche il Test di auto-valutazione sulla qualità della vita professionale a pag. 34
--

5. Riconoscere, quindi alleggerire il carico

Uno dei maggiori ostacoli organizzativi è la fallacia che si tratti solo di auto-cura. La cura di sé è solo un pezzo. Dovremmo chiederci: come possiamo limitare i fattori di stress che le persone si trovano ad affrontare?

Riconoscere il carico trasportato, quindi prendere provvedimenti per alleggerirlo. Identificare e trattare con i fattori di stress.

La natura del recupero crea dei mattoni che sono inevitabili, ma molti altri potrebbero essere sollevati dalla pila. **Gestire in modo proattivo i carichi di lavoro, ridimensionare le aspettative o aumentare le risorse.** Fornire assistenza per i compiti amministrativi. Eliminare gli ostacoli inutili, aumentare la flessibilità e ridurre la complessità per rendere meno onerosi i compiti, i processi e i sistemi.

Dare tempo alla gente. Niente è così urgente come sembra durante il recupero. Può essere utile frenare per un po' e dobbiamo essere bravi a chiedere: è urgente e necessario? Dobbiamo fare le cose urgenti e le cose necessarie, ma solo le cose urgenti devono essere fatte rapidamente.

Le attività del programma devono essere realistiche. Assicurarsi che ci sia personale per le risorse umane, le finanze e la logistica a supporto dei progetti.

Considerare che talvolta l'operatore di recupero più importante è l'assistente amministrativo. Avevamo bisogno di flessibilità dei sistemi di *reporting* finanziario e magari di **delegare** qualcuno che vi aiuti con i moduli o che fornisca consulenza legale o sulla gestione finanziaria.

6. Medicina preventiva

Considerate il supporto del personale come qualcosa fatto con lo scopo primario di mantenere il personale felice, sano, soddisfatto e ben funzionante, piuttosto che rattopparli dopo l'infortunio. Cioè prevenire è meglio di curare.

Concettualizzare lo stress delle persone che lavora nel recupero come si farebbe con l'igiene. Lì abbiamo la comprensione concettuale che ci laviamo le mani non perché ci sentiamo sporchi, ma per prevenire il contagio. Lo stesso vale per lo stress: la cura di sé e il sostegno devono essere routinariamente curati e sostenuti, non in base a quando ci sentiamo stressati.

7. Equità di sostegno

Assicuratevi che l'accesso al supporto sia equo all'interno delle diverse squadre. Evitare cioè che coloro che si sentono non sostenuti provano risentimento e coloro che vengono sostenuti si sentano in colpa.

Garantire l'equità del supporto nel corso del tempo seguendo i cambiamenti e in modo che gli operatori beneficeranno di supporti diversi in momenti diversi

Fornire continuità di accesso al supporto nel tempo è importante, anche oltre la fine immediata del ruolo e dell'emergenza. Abilitare più opzioni per il *follow-up* del supporto oltre il *debriefing* iniziale è prezioso, in quanto l'impatto può emergere solo in un secondo momento.

Considerate anche coloro che svolgono un ruolo essenziale nel sostenere il recupero della comunità in ruoli non tradizionalmente considerati legati alla gestione delle emergenze, come gli insegnanti o i proprietari di aziende i gruppi e i comitati locali.

8. Flessibilità

La chiarezza nella direzione, nei confini e negli obiettivi è importante, ma funziona al meglio quando è accompagnata dall'autonomia e dalla flessibilità per plasmare il supporto entro questi limiti utilizzando **il beneficio della conoscenza personale di ciascun operatore.**

Si tratta di una pianificazione flessibile. Accompagnare i chiari obiettivi di ruolo, con la flessibilità degli orari e delle condizioni di lavoro, soprattutto per chi si destreggia tra il recupero e altre richieste al di fuori del proprio ruolo, è stato notato come incommensurabilmente utile.

9. Radicato

Assicuratevi che **il sostegno** del vostro personale diventi un **principio non negoziabile**, così come lo è la salute e la sicurezza o le pratiche non pregiudizievoli o discriminatorie.

Trovate il modo di misurare il benessere del vostro personale e ricordate che sostenere il vostro personale aumenterà la vostra efficacia in relazione alla vostra missione, non vi farà concorrenza né vi sminuirà.

Per esempio, vi è permesso di fare volontariato solo x ore alla settimana o di lavorare questa quantità di tempo... Se lavorate più di questo, allora avete bisogno di recupero e dovete prendervi del tempo libero, e assicurarvi le risorse per renderlo possibile. Questo è proteggere le persone, non è una questione di capacità. Si tratta di un sistema che faccia in modo **che i volontari o il personale non si sentano compatiti o assistiti**, è così che stanno le cose, per tutti.

10. Supporto dedicato

Sostenere l'opera degli operatori di sostegno è responsabilità di tutti, ma per essere più efficaci servono **ruoli dedicati per la sensibilizzazione, la formazione, il monitoraggio dei livelli e la misurazione dell'efficacia delle iniziative messe in atto**. Allo stesso modo, a tale ruoli deve essere attribuito un proprio spazio con risorse e processi dedicati.

Il supporto del personale (operatori o volontari) è un fattore critico di successo per la costruzione di relazioni, la fiducia e la comprensione della situazione.

11. Collegati a

Creare opportunità di connessione per gli operatori di sostegno al fine di normalizzare le lotte, scaricare le frustrazioni con chi capisce e risolvere i problemi.

Costruire reti e connessioni:

- all'interno del team e dell'organizzazione,
- con i colleghi che si trovano ad affrontare sfide simili da parte di altre organizzazioni,
- con supervisori professionali
- con coloro che hanno già vissuto un'esperienza nelle emergenze.

Queste connessioni permettono anche di far valere la prospettiva, l'esperienza e la conoscenza degli altri negli sforzi per affrontare le sfide attuali.

Con il passare del tempo e con l'aumentare del senso di impotenza per quanto riguarda i risultati, **aiuta gli operatori avere una persona esterna, al di fuori dell'area in prima linea dove si trovano, con una prospettiva diversa e a lungo termine**.

12. Riflettere, riconoscere e celebrare

Creare opportunità per il **tempo libero** e **per la riflessione** e prendere un po' di distanza, sia come individui (o famiglie) che come squadra.

Support the Supporters

“È un territorio inesplorato, una nuova scienza. È una maratona senza fine. A un certo punto potremmo anche smettere di correre, ma non abbiamo nessuna esperienza della sensazione di aver raggiunto la fine, nessuna sensazione di realizzazione. Non sappiamo quando siamo a metà strada. Non ci sono pietre miliari definite, non c'è un traguardo. Rischiamo di correre e correre e correre fino alla morte. Quindi dobbiamo costruire artificialmente delle pietre miliari come tempo per riflettere e festeggiare”. (Anne Leadbeater - Kinglake Ranges)

Valorizzare e riconoscere i contributi e gli sforzi. La maggior parte delle persone che lavorano in prima linea nelle emergenze non lo fanno per riceverci ringraziamenti, tuttavia, senza un feedback positivo in qualche forma, il loro coinvolgimento personale si può esaurire.

Trovate l'opportunità di celebrare i successi per consentire alle persone di continuare a sentirsi motivate, di rendersi conto dell'impatto e del valore dei loro sforzi e di mantenere la prospettiva. **Le storie di successo aiutano a mantenere in prospettiva** l'incredibile lavoro svolto, per guardarlo in direzione del bene che sta accadendo in mezzo a tanto male.

Versione 20 Aprile 2020

Di veda anche:

- il file della presentazione “GLI OPERATORI UMANITARI: Le loro emozioni, come viverle, come gestirle” di Maria Teresa Fenoglio

Disponibile qui: <https://drive.google.com/open?id=1hAhuZds4WNA7E-dijpcgM3vnkPJ7rUzB>

- Il file in inglese CHECKLISTS OF SUGGESTED ACTIONS FOR HEALTHCARE STAFF AND THEIR MANAGERS.

Nome file: “StaffCOVID-19ShortAideMemoireWilliamsKemp.pdf”

Disponibile qui:

<https://drive.google.com/file/d/14ijYgw2LdM25Naqd8YJlrAu7dxv2cnZs/view?usp=sharing>

L'ORGANIZZAZIONE DELL'AIUTO PSICO-SOCIALE IN EMERGENZA

“Vivere insieme un'avventura”

MASSIMO MARI INTERVISTATO DA MARIA TERESA FENOGLIO



<organizzazione> <psicologia sociale> <processo grupppale>

MTF: Massimo, è essenziale che tu racconti come hai ripensato e pensi l'organizzazione di un servizio di salute mentale in emergenza e come lo hai realizzato o lo stai realizzando perché hai una lunga pratica sul campo. Sono diversi anni che hai il ruolo di Coordinatore degli aiuti psicosociali nelle Marche. Da che cosa cominceresti?

MM: Comincerei dall'impostazione dell'occhio, della messa a fuoco. Per me ci sono alcuni postulati. L'emergenza ha a che vedere con una situazione di catastrofe quando i normali mezzi di contenimento dei problemi che insorgono non bastano, e quindi si va in emergenza. Questo è un pre-requisito. Perché noi cambiamo il modo di operare? Perché ciò che abbiamo pensato in precedenza per contenere, cogliere, comprendere, condividere il dolore non è abbastanza. Non è che non esiste, ma non basta. **Allora la sofferenza è in chiave comunitaria.** Questo è il primo elemento di base.

Il secondo elemento da considerare è il fatto che in ciascuno di noi (secondo postulato) albergano **ambiti psicologici diversificati**, progressivamente più ampi, e i più ampi sono contemporaneamente più profondi. Ovvero esiste l'ambito individuale, grupppale-familiare, l'ambito istituzionale, l'ambito comunitario, culturale, biologico e l'ambito planetario. Questi vari ambiti vengono mobilizzati a seconda del tipo di catastrofi.

Ho visto direttamente questi ambiti. Io faccio parte della terra e la terra nella sua vita cresce e vive tramite i terremoti; il terremoto ha a che vedere col fatto che nascono le montagne, con la natura ... Il virus ha a che vedere con l'ambito biologico. Il razzismo e le guerre hanno a che vedere con l'ambito di natura culturale ... gli Ebrei non è che avessero una nazione... rappresentavano un ambito culturale. I disastri che avvengono in un paese, tipo la tragedia della discoteca di Corinaldo, hanno a che vedere invece con l'ambito comunitario. Quel bambino, quel ragazzino che è andato a finir sotto un treno davanti a tutti i suoi compagni perché aveva le cuffiette è un ambito istituzionale. Le psicosi sono problemi di natura familiare, grupppale. Senza la famiglia non si scende nell'autenticità, non si capisce la dimensione simbolica della psicosi. La dimensione dell'insoddisfazione esistenziale, dei conflitti tra parti del sé ecc... hanno a che vedere con le nevrosi e la malattia, no? Diciamo che a seconda dell'ambito che si sceglie c'è bisogno di un contesto diverso.

Per tutto questo occorre un ascolto, ovvero-come dice Wilfred Bion-porsi “senza memoria né desiderio”, ascoltando quello che viene, con una capacità di ascoltare. Oppure come diceva il mio maestro, **occorre fare prima le cose che ti vengono da fare di pancia e poi ragionare su quel che stai facendo.**

Questo ha a che vedere con l'introduzione di un concetto di base che è il concetto di *setting* o di *inquadramento*, cioè il fatto che esiste un prima e un poi e ci devono essere sempre tutte e due le cose. Questo ha a che vedere con una capacità d'ascolto e prima ancora con il *sentire*, con l'*esserci* piuttosto che con l'ascoltare semplicemente i significati, perché buona parte, **oltre la metà, di ciò che ci arriva non viene detto e non è nemmeno dicibile con le parole, viene invece sentito.**

Prima di tutto quindi occorre porsi in una forma di ascolto senza memoria né desiderio o di *ascolto attivo*, ovvero ragionare al massimo con la tua sincerità, con la tua sincera spontaneità e **poi riflettere su quello che stai facendo e sulle risposte che ottieni da quello che stai facendo.**

Questo tipo di impostazione, per me, è sempre stata la base nella formazione di dispositivi di organizzazione e la formazione delle menti mia e degli altri che intervengano nella catastrofe. Chiaramente una catastrofe modifica le menti; uno entra in un modo e ne esce diverso ... e in questo entrare e uscire può cavarsela con le proprie risorse oppure essere accompagnato. Credo di essere un buon accompagnante ... per essere umile come fece Virgilio con Dante.

Sono viaggi sempre condivisi perché **pensare di affrontare una catastrofe da solo è un delirio di onnipotenza** e avere qualcuno che ha occhio per te, occhio per te con gli altri, dove sei inserito, che cosa ti viene richiesto, cosa si pensa in quel posto, come funzioneranno un certo tipo di organizzazioni, che cosa stai dicendo a quella comunità quando metti una tenda in un certo posto, e quando non ce la metti che cosa gli stai dicendo lo stesso; **sposti le persone, invece non le sposti o addirittura le deporti: che cosa produrrà questo nella loro mente? ... quali reti si strapperanno? ... quale dimensione esistenziale?**

Tutto questo ho avuto la fortuna di poterlo osservare in questa dimensione particolare che è la psicologia dell'emergenza. Ho sempre ritenuto il servizio alla persona, e l'ascolto attivo, come gli elementi più efficaci nella costruzione di un vincolo di pensiero condiviso e di rinascita del pensiero in seguito, fuori dalla confusione del trauma. Da questo la mia grande simpatia e dimestichezza nel lavorare con le associazioni di volontariato, quanto più se sono etero professionali, perché ritengo che questo far di pancia quel che serve, andare a prendere le sdraiette della spiaggia da portare sotto al tendone dei rifugiati del terremoto da parte di un volontario che fa normalmente il tabaccaio però aveva un amico che era un bagnino che gli ha prestato le sue sdraiette..., beh! Quella per me è un'interpretazione pratica dell'aiuto che avrà un risultato sulla dimensione di grande solitudine e abbandono che vive la persona traumatizzata. Un gesto come questo ha in sé una capacità di *reverie*, ha un'efficacia simbolica che tante interpretazioni, vicinanze, manine non hanno. Quella sdraietta lì è di enorme rassicurazione per la persona. Si sentirà "Ah, allora non sono solo, **c'è qualcuno che la soluzione se la inventa**, che ci pensa... la sdraietta mi dà l'esempio che si può tornare a pensare, che ce la possiamo cavare, ecc... Sono esempi concreti, che ho visto realizzarsi nella pratica. La cosa importante non è che la Protezione Civile avesse già pronte le sdraiette, è che qualcuno avesse visto che questi dormivano nei sacchi a pelo per terra e **che abbia subito dato quel che aveva in tasca.**

Questo dare quel che si ha in tasca è l'efficacia simbolica e non va per procedure, protocolli, attrezzature, percorsi, accreditamenti, evidenze scientifiche ecc ecc..., va per stati d'animo perché la nostra è una scienza umana, non è una scienza semplice.

Poste queste premesse, passiamo alla situazione come è, alla mia "griglia interna", come direbbe sempre Bion, come io ho fatto in questi anni di prove ecc... La prima cosa che faccio normalmente quando intervengo è vedere come agiscono le persone che stanno intervenendo, persone traumatizzate, perché anche i soccorritori del primo minuto sono indubbiamente delle persone super traumatizzate. **Per me contagiarmi di questa azione traumatica, dal momento che sono sul trauma prima possibile, mi dà un'efficacia e un'accelerazione bestiale**, ed è importante anche come costruzione di una mia autorevolezza: perché un conto è dire "ci sono stato", un conto è dire "ho osservato coloro che c'erano". Esserci stato subito, per quello che è possibile mantenendosi in

sicurezza, accelera sicuramente la lettura del campo. Ovviamente c'è una variabile di soggettività. Quindi è essenziale andare sul posto prima possibile e appena possibile, senza ovviamente ostacolare le manovre pratiche necessarie; quindi fare una anagrafe di ciò che si è fatto e che si sente si dovrebbe fare; infine prender nota di ciò che sta accadendo, sempre per quanto attiene il fare.

Senza che si abbia già un metodo precostituito, andar lì e **osservare, annotare, testimoniare, dare rilievo, riconoscere, dare ruolo a ciò che ciascuno di noi, a fin di bene, cerca di fare**, perché nel fare evidenzia una delle facce del prisma che compone la complessità della catastrofe. Sono tante facce, più se ne hanno, più facce all'inizio riesci a fare esprimere, più il gruppo sentirà una **autorevolezza foriera di speranza** e non un autoritarismo tanto rassicurante quanto castrante. Mi spiego? La grande quantità di ansietà confusionale che c'è all'inizio la si può accogliere con una modalità oggi descritta come dialogo aperto, inizialmente senza dare e prendere parte, ma registrando tutte le opinioni del campo e quello che sta succedendo. Questa è l'accoglienza della fase di "pre-compito".

All'inizio non sappiamo bene che cosa dobbiamo fare, quali sono i mandati, **però possiamo dire esistiamo**. "Esistiamo" non "esisto". Il grave problema, quando si ragiona con le masse, con la massa che è dentro di noi, è uscire dal sentirsi massa. Che cos'è che contraddistingue il pensiero della massa? "Si salvi chi può!". La mentalità del "Si salvi chi può!", "ognuno per conto suo e Dio per tutti" è una mentalità di massa. Dobbiamo ritornare a istituire una dimensione cooperativa con una scelta di priorità, di possibilità, di punti di vista, di appartenenza. Alla massa non si appartiene, la massa si è. L'appartenenza discrimina che io finisco e tu cominci. Quindi questo lavoro che amo definire, per la scuola di Enzo Spaltro, di *brainstorming*, fatto con le grandi assemblee, ridà dignità, esistenza e in ultima analisi, dopo un po', anche un po' di speranza a chi, in quel momento, ha solo confusione. Confusione per aiutare, per essere aiutato. L'emergenza iniziale è sempre uno spazio confusionale. **Fare brainstorming ridà questo senso di appartenenza collettiva**, combattendo con le unghie e con i denti contro il senso di essere totalmente isolato individualmente. Isolato nella massa, pericolosa, che potrebbe schiacciarti da un momento all'altro, spellerti, ecc...

MTF: Quindi un primo momento di brainstorming.

MM: Il secondo momento è rivedere quello che hai appreso dall'esperienza, ammesso e non concesso che le esperienze ti abbiano insegnato qualche cosa. **Ci metti tutto quello che c'hai in tasca**. Fortunatamente nel mio campo esperienza ne ho tanta, perché Direttore di Dipartimento di Salute Mentale, lavoratore della Protezione Civile ... tutte queste cose servono. Sono un modo per non lavorare in "psichiatria" ... dove ti danno due pasticchette e ti mandano a casa. **Non dobbiamo fare psichiatria, ma lavorare sulla salute mentale e sulla promozione della salute**. Nell'ambito della catastrofe vale la distinzione che faceva Freud tra trauma e depressione, tra lutto e depressione. **Dobbiamo mantenere la dimensione elaborativa del lutto**, non rimuoverla, perché altrimenti diventerà depressione, psicosi ecc. Quindi, fatto il brainstorming iniziale, **ne derivi un'idea semplice di spazio organizzativo**, di inquadramento dei vari campi, dove si discuterà: Questo è necessario per uscirne. Tu fai il brainstorming, ci pensi un pochino e dici "Mah!, farei questi livelli di responsabilità, farei questi livelli di organizzazione, utilizzerei questa logistica, ritengo queste possibilità strategiche..."

Fatto questo tipo di progettualità, sempre nel momento del brainstorming, bisogna aspettare la discussione che segue, perché sicuramente il progetto che tu hai concepito è nella tua ottica. Molti vorranno arricchirlo. **Ciascun contributo è importante, ma bisogna saperlo riportare al compito**. Il più grande maestro sul Compito è stato Armando Bauleo, che tante volte ha riportato al compito i

miei strafalcioni. Quante cose dicevo... citavo Donald Meltzer, Reich ... io non sapevo mai star zitto e ... trac! Bauleo mi riportava dentro tutte le volte. Lui ha sempre sostenuto che sì, bisogna essere vicini alle persone, delirare insieme anche, ma poi occorre ritornare sempre al significato, e questo ha un'efficacia di notevole interesse. Bauleo diceva che aveva imparato da Pichon Riviere, che non te lo diceva direttamente però ti perturbava, ti metteva un dubbio. Non entrava direttamente contro la difesa, però adottava un discorso metaforico per cui ti chiedevi "sta parlando di me?" Pichon Riviere, ma forse anche Gesù Cristo, si serviva della metafora...e raccoglieva parecchio. Ha a che vedere con un'assunzione di interpretazioni che è molto importante, molto ... **non chiude il discorso e ti lascia la libertà di continuare ad associare e quindi di fare il duro lavoro di maturazione, apprendere dai tuoi errori.**

MTF: riformulo, così vediamo anche se ho capito. Tu hai fatto un'introduzione iniziale sui vari livelli in cui articoli lo stare nel mondo delle persone; quindi hai parlato dell'ascolto attivo; poi del contagiarsi nelle situazioni traumatiche; questo contagiarsi prevede essere presente sul posto e, per quanto riguarda i tempi, prima possibile. Andare prima possibile, fare un'anagrafe di ciò che sta accadendo; il modello fa riferimento alla differenza tra esserci e non esserci subito. Dopodiché hai articolato il tuo modello parlando di tre fasi. La prima, quella che hai chiamato il brainstorming, con le grandi assemblee. Brainstorming significa raccogliere, da tante persone diverse, il più possibile. Questo momento ha l'effetto di ridare dignità e, in prospettiva, anche speranza, hai detto, alle persone. Tuttavia è anche il momento in cui emerge, e tu lo hai visto emergere nei primi momenti, uno spazio confusionale, tipico delle emergenze, del momento immediato del post emergenza e che tu vedi come lo spazio da cui poi bisogna transitare per arrivare all'appartenenza collettiva: cioè passare dalla condizione di massa indiscriminata all'appartenenza. E hai citato Spaltro ...

Tu dici, come punto 2, che quello che avviene è che si fa appello a quello che si è appreso nelle esperienze precedenti. Per questo citavi il lavoro della Salute Mentale e hai dato importanza alle conoscenze cliniche sedimentate.

MM: più che altro le conoscenze organizzative.

MTF: ma lo hai detto in un momento successivo, mi sembra. Prima hai citato lutto e depressione e hai detto come sia importante non negare la depressione, non negare il lutto perché non diventi depressione. Fai appello anche alle esperienze precedenti e anche queste categorie cliniche che sono i tuoi strumenti.

MM: queste esperienze precedenti, tecnicamente si definiscono *Eschero (eschema comun referential operativo)*. In contemporanea, diciamo. Cioè tu hai questa tua sistemazione mentale, clinica, ma contemporaneamente ti occupi dello spazio organizzativo perché nell'immediato è lo spazio organizzativo che deve prendere vita, strutturarsi. A partire dall'ascolto di tutti. Come diremmo noi un *enquadre*, un inquadramento.

MTF: un enquadre, perfetto. Quindi le responsabilità, la divisione delle responsabilità, l'articolazione dell'organizzazione, la logistica, le possibilità strategiche.

MM: i tempi dell'incontro, gli spazi, i ruoli ed il compito.

MTF: questo si presume che non venga fatto dall'alto ma che ci sia la possibilità per tutti di arricchire questo quadro.

MM: la situazione è questa. **Da una parte entrano precedenti esperienze e formazioni**, ovvero lo schema di riferimento concettuale operativo che si è venuto a determinare in chi interviene ed in psicologia sociale analitica viene denominato ECRO. **Dall'altra parte interviene la irripetibilità della catastrofe** attuale. In altre parole devi cercare di calare la tua esperienza, **come fa una mamma con la sua capacità di reverie, diciamo così, devi calare la tua esperienza** essendo portavoce di tutte queste voci che hai sentito nella situazione attuale; l'*ecro* è sintetico, poeticamente orientato, non *evidence based* o per linee guida ma in grado di dare dimensioni simbolicamente efficaci di accoglienza di questa complessità. E questo lo si fa facendo il brainstorming, facendo l'ipotesi organizzativa e soprattutto la discussione che ne segue.

MTF: quindi questa è una metodologia di gruppo assembleare ...molto importante la simbolizzazione.

MM: da una parte la capacità simbolica che tu hai, la capacità di *rêverie* che tu hai, la capacità di immedesimazione in questa situazione di complessità ... l'esperienza pregressa aiuta. Dall'altra parlare come mangi in modo che la persona più ignorante possa capire quel che sto facendo, quello che stai dicendo e ascoltare i suoi commenti; ascoltare i commenti dell'assemblea e modificare una seconda volta. Se facessimo le elementari diremmo devi fare un riassunto e poi modificare questo riassunto a seconda **dei commenti che l'assemblea farà, del sostegno, delle proposte alternative**. Devi riconoscere tutto ciò che non sai perché sennò gli cali un modello organizzativo tuo. **La tua organizzazione mentale può essere utile per essere veloci ma il modello organizzativo deve essere *bottom up***.

MTF: senti, mi puoi portare un ricordo, magari specifico, di un momento in cui nelle tue esperienze passate hai fatto quello che descrivi, hai vissuto queste esperienze, questa situazione?

MM: Beh, ce ne sono tanti, quella dello tsunami, la formazione work in progress di chi partiva, quella de L'Aquila, quando abbiamo fatto il modello di ricerca. Quella che mi sembra più chiara è il terremoto di Arquata del Tronto, di Ascoli Piceno, quando facemmo l'assemblea con duecento persone e facemmo appunto questo brainstorming con una bellissima psicologa, Vanessa Galiardini, che faceva la valletta e scriveva i concetti che l'assemblea gli portava, non capiva che in realtà aveva un ruolo mentalmente e concettualmente importanti e lo viveva in maniera persecutoria come se fosse la valletta e invece era l'osservatrice partecipante. Lei tirava giù gli emergenti, li abbiamo presi insieme, abbiamo costruito i quattro livelli di responsabilità. Ad Ascoli, famiglie con minori, servizi alla persona e sanitari. Questi sono i quattro livelli che poi sono stati portati a nove. Si sono fatti nove centri di responsabilità. Tutto è nato da questa assemblea in cui c'ero io e c'era, a fianco, la direttrice sanitaria dell'ASUR, la quale ha capito che stavo facendo questa cosa e m'ha lasciato fare, mi ha legittimato così. **Abbiamo preso tutti**, gli assistenti sociali ... tutti quelli che c'erano, tutti. Compresi due medici di medicina generale di Bologna che per caso erano in vacanza lì e sono andati, sono stati gli eroi dei primi momenti.

MTF: ti ricordi di quest'esperienza un momento in cui hai colto quello che non avevi capito da te?

MM: beh, sì! Un po' sempre nel senso che **il mio modus operandi è l'ascolto attivo, è apprendere in continuazione dai miei errori**. Io faccio un'ipotesi organizzativa poi questa viene progressivamente modificata nel tempo. Poi io andavo ad Ascoli i primi tempi, una volta la settimana, proprio per apprendere dall'esperienza e vedere quello che andava variato, quello che

serviva e quello che non serviva. Per esempio l'errore dell'inizio è stato non dare risalto fino in fondo al ruolo degli assistenti sociali, dimenticarmi del ruolo degli educatori nel momento della "rianimazione" delle persone deportate nei villaggi vacanza. Poi si cerca di metterci un tappo, ovviamente. **L'integrazione tra il sociale ed il sanitario è sempre difficile.** Oppure il fatto che l'equipe della montagna non avesse capito le difficoltà che avevano le equipe del mare e si doveva restituire alla montagna i problemi perché dicevano sempre che quelli della montagna se ne fregavano. In realtà credo che sotto sotto ci fosse un po' di gelosia, come la suocera con la nuora, lo molla suo figlio ma ... sempre una suocera; è colpa della nuora? Sicuramente! Ma guarda che la suocera a mollar suo figlio... non è che è facile ... e viceversa, insomma. Come dire, **ci sono queste situazioni che si capiscono vedendole, poi più le intuisci e più è difficile da spiegarle** ... prima te ... poi dirlo agli altri ... cercare in continuazione di metterli insieme che non ci vogliono stare perché hai delle resistenze tu stesso a capire questo tipo di cose. È un po' così sempre. Di esempi ne avrei milioni.

MM: Un esempio è quando ho visto nel terremoto di Larino, in cui la dimensione di vicinanza anche erotica tra personale volontario e forze dell'ordine ha trovato la sua espressione migliore.

MTF: sì, avevi accennato a questa parte erotica ...

MM: m'ha preso una botta di gelosia che non ce la facevo più, ah ah!

MTF: mi sembra che questi amori in emergenza diano propulsione, diano energia!

MM: e sì, c'è un'energia così bella e c'è una voglia... un'avventura. La stessa cosa che ho capito per la prima volta nelle immersioni subacquee: se con qualcuno fai un'immersione subacquea ovvero **se entri insieme in un'avventura**, anche se prima non c'era un grande feeling, poi invece, dopo l'immersione, con questa persona si apre una sintonia molto più profonda e coinvolgente.

MTF: ah sì? Anche questa è un'esperienza pregressa che hai utilizzato ...

MM: Sì la prima volta dopo il congresso Psicanalisi e Psicologia Marxista tenutosi a Cuba nel 1988 e poi tante altre volte...

4 maggio 2020

(Trascrizione di Lucia Accornero)

Si veda BIBLIOGRAFIA #5

ALLEGATI

BIBLIOGRAFIE

#0

Avanessian A., Hennig A. (2014). *Metanoia: A Speculative Ontology of Language, Thinking, and the Brain*. Bloomsbury Publishing PLC

Bruno G. (2009) *Apprendere dall'Incertezza*. In Il tema dell'incertezza nel pensiero sistemico. *Riflessioni Sistemiche - Rivista Italiana di Studi Sistemici*, N° 1. AIMES

Michaelian, Kourken & Perrin, Denis. (2017). *Memory as mental time travel*. In "Routledge Handbook of Philosophy of Memory". Routledge

#1

Lazzerini, M., & Putoto, G. (2020). *COVID-19 in Italy: momentous decisions and many uncertainties*. *The Lancet Global Health*.

Wang, C., Pan, R., Wan, X., Tan, Y., Xu, L., Ho, C. S., & Ho, R. C. (2020). *Immediate psychological responses and associated factors during the initial stage of the 2019 coronavirus disease (COVID-19) epidemic among the general population in China*. *International journal of environmental research and public health*, 17(5), 1729.

Wang, G., Zhang, Y., Zhao, J., Zhang, J., & Jiang, F. (2020). *Mitigate the effects of home confinement on children during the COVID-19 outbreak*. *The Lancet*, 395(10228), 945-947.

Lima, C. K. T., de Medeiros Carvalho, P. M., Lima, I. D. A. S., de Oliveira Nunes, J. V. A., Saraiva, J. S., de Souza, R. I., ... & Neto, M. L. R. (2020). *The emotional impact of Coronavirus 2019-nCoV (new Coronavirus disease)*. *Psychiatry Research*, 112915.

Montemurro, N. (2020). *The emotional impact of COVID-19: From medical staff to common people*. *Brain, behavior, and immunity*.

Chew, Q. H., Wei, K. C., Vasoo, S., Chua, H. C., & Sim, K. (2020). *Narrative synthesis of psychological and coping responses towards emerging infectious disease outbreaks in the general population: practical considerations for the COVID-19 pandemic*. *Singapore medical journal*.

Montemurro, N. (2020). *The emotional impact of COVID-19: From medical staff to common people*. *Brain, behavior, and immunity*.

Paterlini, M. (2020). *On the front lines of coronavirus: the Italian response to covid-19*. *Bmj*, 368.

Moccia, L., Janiri, D., Pepe, M., Dattoli, L., Molinaro, M., De Martin, V., ... & Di Nicola, M. (2020). *Affective temperament, attachment style, and the psychological impact of the COVID-19 outbreak: an early report on the Italian general population*. *Brain, Behavior, and Immunity*.

Support the Supporters

#2

AA.VV. *Guida al lutto in tempo di covid-1 (Linee-guida elaborate da professioniste con esperienza in lutto e perdite)*. Documento è stato tradotto, rivisto e adattato da: Valentina Ghiglione e Altri (Marzo 2020)

De Soir E., Scaut L. (2020). *Dirsi addio da distante*

Girard R. (1982). *Il capro espiatorio*, Adelphi, Milano 1999

Guglielminetti L. (2017) La percezione sociale delle vittime del terrorismo, in "Rassegna Italiana di Criminologia" (RIC), n. 4, pp. 269-276

#3

Ardino V. (2020) , Ciclo formativo SISST

Assman J (1992), *La memoria culturale*, Einaudi, Torino 1997

Atkinson R (1998), *L'intervista narrativa*, Cortina, Milano

Bion W, (1961), *Apprendere dall'esperienza*, Armando, Roma, 1971

Bruner J. (1992), *"La ricerca del significato"*, Armando, Roma, 1992

Brustia P., Chiarla C., Cottino S., Fenoglio M.T. (1997) *Vivere a Porta Palazzo: primi risultati di una ricerca-intervento*, in "Contributi dei laboratori", 1, 1997, a cura del Dipartimento di Psicologia dell'Università di Torino
Capello C. (2001), *Il sé e l'Altro nella scrittura autobiografica*, Bollati Boringhieri, Torino

Capello C. (a cura di) (1999), *Dal colloquio al testo. Ricerca e formazione: la scrittura come risorsa formativa*, UTET Libreria, Torino

Chiarla C.,(1997) *Vivere a Porta Palazzo: La passione di essere cittadini*, CSC, Cavallermaggiore (To)

De Martino E. (1971), *Morte e pianto rituale*, Boringhieri, Torino

Fenoglio M.T., Franceschetti G.C (1996), *Albre, storie nate o cresciute sulle rive della Stura*, Il Segnalibro, Torino

Fenoglio M.T., Franceschetti G.C., Giannini B., Olivero M., (1998), *Tra le anse del grande fiume, voci e luoghi di La Loggia*, Il segnalibro, Torino

Fenoglio M.T. (2006), *Identità nelle periferie, un contributo psicologico*, in "Appunti di politica territoriale", Torino 2001

Fenoglio M.T. (2007), *Andar per luoghi*, Ananke, Torino

Fenoglio M.T. (2018), *Una ricerca intervento sulla resilienza degli operatori socio sanitari nelle Marche del post terremoto* (materiale inedito)

Giddens A. (1991), *Modernity and self Identity*, Polity Press, Cambridge

Kaneklin C., Scaratti G (1998), *Formazione e narrazione*, Cortina, Milano

Losi N., Passerini L., Selvatici S. (a cura di) (2001), *Archives of memory: Supporting Traumatized communities through Narration and Remembrance*, "Psychosocial Notebook", vol.2, October 2001

Manoukian S. (1995), *L'informatore, la guida, il traduttore*, in Fabietti U. (a cura di), *Etnografia e culture*, Carocci, Roma

Support the Supporters

Melucci A. (1998), *Verso una sociologia riflessiva, Ricerca qualitativa e cultura*, Il Mulino, Bologna
Pezzullo L. (2007), *La perdita traumatica dei luoghi*, in Fenoglio M.T. (2007)

Ricoeur P.(1965), trad.it. *Della interpretazione. Saggio su Freud*, Il Saggiatore, Milano 1967

Spaltro E. (1995) *Il gruppo come strumento diagnostico*, in Trentini G., *Manuale del colloquio e dell'intervista*, UTET, Torino

Tesio E. (1995), *Quasi per gioco*, in Capello C., D'Ambrosio P., Tesio E., "Testi, Contesti, Pretesti", Utet, Torino

#4

Ardino, V. (2017). *Healthcare utilization and trauma-informed care: A discussion paper*. *Maltrattamento e Abuso all'Infanzia*, 2, 31-53

Ardino, V. (2014). *Trauma-informed care: is cultural competence a viable solution for efficient policy strategies?* *Clin Neuropsychiatry*. 2014, 11(1), 45-51

Javakhishvili, J.D., Ardino, V., Bragesjö, M., Kazlauskas, E., Olf, M., & Schäfer, I. (in press) *Trauma-informed Responses in Addressing Public Mental Health Consequences of the COVID-19 Pandemic: Position paper of the European Society for Traumatic Stress Studies (ESTSS)*. *European Journal of Psychotraumatology*

Farchi, M., Levy, T. B., Gershon, B. B., Hirsch-Gornemann, M. B., Whiteson, A., & Gidron, Y. (2018). *The SIX Cs model for immediate cognitive psychological first aid: From helplessness to active efficient coping*. *International Journal of Emergency Mental Health*, 20,1-12, doi: 10.4172/1522-4821.1000395

Galea, S., Tracy, M., Norris, F., & Coffey, S.F. (2008). *Financial and social circumstances and the incidence and course of PTSD in Mississippi during the first two years after Hurricane Katrina*. *Journal of Traumatic Stress*, 21, 357-368.

Gallagher, S. (2020, March 23). *Coronavirus: How to curb your anxiety about COVID-19 virus according to psychologists*. *The Independent*. Retrieved from: <https://www.independent.co.uk/life-style/health-and-families/coronavirus-anxiety-how-to-tackle-a9370106.html>

Hobfoll, S.E., Hall, B.J., Canetti-Nisim, D., Galea, S., Johnson, R.J. and Palmieri, P.A. (2007). *Refining our Understanding of Traumatic Growth in the Face of Terrorism: Moving from Meaning Cognitions to Doing what is Meaningful*. *Applied Psychology*, 56: 345-366. doi:10.1111/j.1464-0597.2007.00292.x

Lam, M.H., Wing, Y.K., Yu, M.W., Leung, C.M., Ma, R.C., Kong, A.P., ..., Lam, S.P., 2009. *Mental morbidities and chronic fatigue in severe acute respiratory syndrome survivors: long-term follow-up*. *Arch. Intern. Med.* 169 (22), 2142-2147. <https://doi.org/10.1001/archinternmed.2009.384>.

Lu, Y.C., Shu, B.C., Chang, Y.Y., Lung, F.W., 2006. *The mental health of hospital workers dealing with severe acute respiratory syndrome*. *Psychother. Psychosom.* 75 (6), 370-375. <https://doi.org/10.1159/000095443>.

Mak, I.W., Chu, C.M., Pan, P.C., Yiu, M.G., Ho, S.C., Chan, V.L., 2010. *Risk factors for chronic post-traumatic stress disorder (PTSD) in sars survivors*. *Gen. Hosp. Psychiatry* 32 (6), 590-598. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2010.07.007>. Retrieved from. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21112450>

Roden-Foreman, J.W., Bennett, Monica M. Rainey, E.W. Garrett, E. Mark B. Powers & Ann Marie Warren (2017) *Secondary traumatic stress in emergency medicine clinicians*. *Cognitive Behaviour Therapy*, 46, 6, 522-532, DOI: 10.1080/16506073.2017.1315612

van Mol MMC, Kompanje EJO, Benoit DD, Bakker J, Nijkamp MD (2015). *The Prevalence of Compassion Fatigue and Burnout among Healthcare Professionals in Intensive Care Units: A Systematic Review*. *PLoS ONE* 10(8): e0136955. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0136955>

Support the Supporters

#5

Bauleo J. A. (1999), *Psicoanalisi e gruppaltà*, Roma, Borla, 2000

Pichon-Riviere E. (1985) *Il processo gruppale. Dalla psicoanalisi alla psicologia sociale*. Libreria Editrice Lauretana, Loreto

La seguente documentazione raccolta è disponibile su Google Drive:

<https://drive.google.com/open?id=177FJRNufKWzf0WoedBwlUYhHugWrh07n>

Nome file: Worthy goodbye from a distance_010420.pdf

'Worthy goodbye from a distance' 30 March 2020
by Lies Scaut.De Weg Wijzer – Expertisecentrum voor Trauma- en Rouwbegeleiding

Nome file: Top12SelfCareTips.pdf

Transforming Compassion Fatigue into Compassion
Satisfaction: Top 12 Self-Care Tips for Helpers
By Françoise Mathieu, M.Ed., CCC., Compassion Fatigue Specialist
© WHP-Workshops for the Helping Professions, March 2007

Nome file: SupportingthesupportersJWILLS.pdf

Supporting the supporters in disaster recovery
How do we support those people who are working hard to support long-term recovery often whilst impacted themselves?
by Winston Churchill Fellowship: Jolie Wills, New Zealand Red Cross

Nome file: SUPPORT THE SUPPORTERS-SOCCORRITORI-Fenoglio.pdf

Gli operatori umanitari e le loro emozioni
Come viverle, come gestirle
by Maria Teresa Fenoglio

Nome file: StaffCOVID-19ShortAideMemoireWilliamsKemp.pdf

AIDE MEMOIRE: PSYCHOSOCIAL AND MENTAL HEALTH CARE FOR HEALTHCARE STAFF WORKING IN SETTINGS IN WHICH PATIENTS ARE LIKELY TO BE ASSESSED OR TREATED FOR COVID-19
Prepared by: Professor Richard Williams, Emeritus Professor of Mental Health Strategy, Welsh Institute for Health and Social Care, University of South Wales, Ms Verity Kemp, Independent Health Emergency Planner, Sheffield (3 April 2020)

Nome file: Shorter_communication_Briefcognitive-beh.pdf

Briefcognitive-behavioral phone-based intervention targeting anxiety about the threat of attack: a pilot study
By Eli Somera, Eitan Tamir, Shira Maguenc, Brett. T. Litzc (2004)

Support the Supporters

Nome file: scudo psicologico alla COVID-19 per clinici DNS_1.3_8_5_20.pdf

Emergenza COVID-19

Consigli per gli operatori sanitari coinvolti nella cura e nell'assistenza alla persona con disabilità intellettiva e autismo con necessità elevata e molto elevata di supporto. Versione 1.3

SIDiN (Società Italiana per i Disturbi del Neurosviluppo) v. 1.3 8/5/20

Nome file: Psychological_impact_of_quarantine_how_to_reduce_it.pdf

The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence

by Samantha K Brooks, Rebecca K Webster, Louise E Smith, Lisa Woodland, Simon Wessely, Neil Greenberg, Gideon James Rubin. Lancet 2020; 395: 912–20

Nome file: mhps-2019-briefing-kit.pdf

MHPSS COVID-19 TOOLKIT

version 1.0

by Mental Health and Psychosocial Support Network (6 April 2020)

Nome file: Kit-de-confinement---Comment-psymmuniser.pdf

Kit de confinement : outils de santé mentale à l'usage des confinés, du personnel soignant et leurs familles

by www.triggersolutions.eu

Nome file: ICU-PTSD-therapist-guide.pdf

PTSD after intensive care: A guide for therapists

by Oxford Centre for Anxiety Disorders and Trauma

Nome file: IASC-versione-italiana-iasc-briefing-note-on-covid-mhps-21_03_20-1

GESTIRE LA SALUTE MENTALE E GLI ASPETTI PSICOSOCIALI DELL'EPIDEMIA DI COVID-19. Versione 1.5

by IASC Reference Group on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings

Nome file: healthcare workers during covid-19.pdf

Managing mental health challenges faced by healthcare workers during covid-19 pandemic

by Neil Greenberg and colleagues (March 2020)

Nome file: Guide pratique pour accompagner les enfants lors d'un décès Corona_310320.pdf

INFORMER ET IMPLIQUER LES ENFANTS LORS D'UNE CÉRÉMONIE D'ADIEU D'UN PROCHE DÉCÉDÉ DES SUITES DU CORONAVIRUS

by Lies Scaut & Erik de Soir (27 mars 2020)

Nome file: GUIDA LUTTO COVID-19.pdf

GUIDA AL LUTTO IN TEMPO DI COVID-19 (Linee-guida elaborate da professioniste con esperienza in lutto e perdite)

Support the Supporters

AAVV Il documento è stato tradotto, rivisto e adattato da: Valentina Ghiglione (Marzo 2020)

Nome file: CSTS_FS_Psychological_Effects_Quarantine_During_Coronavirus_Outbreak_Providers.pdf

Psychological Effects of Quarantine During the Coronavirus Outbreak: What Healthcare Providers Need to Know
by CSTS | Department of Psychiatry | Uniformed Services University (February 26, 2020)

Nome file: bmj.metanalisi m1642.full.pdf

Occurrence, prevention, and management of the psychological effects of emerging virus outbreaks on healthcare workers: rapid review and meta-analysis
by Steve Kisely, Nicola Warren, Laura McMahon, Christine Dalais, Irene Henry, Dan Siskind¹. BMJ 2020;369:m1642

Nome file: A_community_long-term_hotline_therapeuti.pdf

A Community Long-Term Hotline
Therapeutic Intervention Model for Coping with the Threat and Trauma of War and Terror
by Marc Gelkopf, Sigal Haimov & Liron Lapid. Community Mental Health Journal (2015)

Nome file: 12 principles of support Hummingly_FOR_RECOVERY_WORKERS_handout.pdf

12 PRINCIPLES OF SUPPORT FOR RECOVERY WORKERS
by hummingly.co

Nome file: "DIRSI ADDIO DA DISTANTE".docx

Dirsi addio da distante
By Erik De Soir e Lise Scaut (2020)

NOTE SUGLI AUTORI

MARIATERESA FENOGLIO

Insegna Psicologia dell’Emergenza all’Università di Torino e alla Scuola di Specializzazione di Psicologia della Salute, sempre a Torino. Come Presidente della Associazione Psicologi per i Popoli Torino ha al suo attivo 18 anni di esperienza sul campo in emergenze nazionali e locali tra cui, ultimamente, quella delle Marche. Nel 2009 ha coordinato la discesa in campo degli psicologi piemontesi e quelli afferenti alla federazione Psicologi per i Popoli nell’area del terremoto in Abruzzo. Coordina le Squadre SPES di Primo Aiuto Psicologico (FPA) in ambito 118 ed è Presidente di ESPRI’, (Emergenze Sociali Psicologiche Ricerca Intervento), una rete di Associazioni attive nelle situazioni di emergenza. Attualmente coordina un Call Center psicologico per la Protezione Civile della Città. Dirige le Squadre SPES (Squadre Psicologiche Emergenze Sociali) da otto anni operative nel sistema del 118 per portare primo aiuto psicologico.

LUCA GUGLIELMINETTI

Ricercatore indipendente, lettore all’Università di Bergamo, membro dello staff di esperti del Centro d’eccellenza del Radicalisation Awareness Network (RAN) della Commissione europea e membro del direttivo dell’Associazione Leon Battista Alberti di Torino. Dopo gli studi presso la Facoltà di Lettere e Filosofia di Torino è dagli anni ‘90 libero professionista nell’ambito della comunicazione, formazione, progetti e relazioni internazionali. È stato per 15 anni consulente dell’Associazione Italiana Vittime del Terrorismo (Aiviter). Ha pubblicato alcuni articoli scientifici e curato pubblicazioni su terrorismo, vittime e resilienza ed è formatore per enti pubblici e delle società civile.

FABIO SBATELLA

Psicologo e Psicoterapeuta Didatta, è responsabile dell’Unità di Ricerca in Psicologia dell’Emergenza ed Assistenza Umanitaria dell’Università Cattolica del S. Cuore, Milano, dove anche insegna Psicologia dell’emergenza e Psicologia clinica. Ha coordinato équipe specialistiche in interventi psicosociali dopo i terremoti in Molise, Abruzzo, Emilia e in Centro Italia; dopo lo Tsunami nel Sud est Asiatico e il terremoto in Haiti. È autore dei volumi “Fondamenti di Psicologia dell’emergenza”, “Manuale di Psicologia dell’emergenza”, “Persone scomparse: aspetti psicologici dell’attesa e della ricerca”.

MONICA AGNESONE

Psicologa, psicoterapeuta, responsabile del servizio di Psicologia Aziendale dell’ASL Città di Torino, da più di vent’anni impegnata in attività di psicologia ospedaliera e di psico-oncologia basate su un modello di lavoro in équipe multidisciplinare. Durante l’Emergenza Covid-19 coordina 25 psicologi, suddivisi in 6 team, presso i presidi ospedalieri dell’azienda sanitaria i quali svolgono attività di sostegno nei confronti degli operatori sanitari in prima linea e dei pazienti Covid+ e loro familiari. Ha l’incarico di pianificare per l’intera azienda la formazione del personale in tema di relazione con l’utente e la sua famiglia, comunicazione e benessere del personale.

ALFREDO MELA

Sociologo della città e del territorio, è stato professore ordinario al Politecnico di Torino ed ha insegnato in corsi di Architettura e Pianificazione. Fa parte dell’associazione “Psicologi nel Mondo – Torino”, con la quale opera in emergenze, nella cooperazione internazionale e nel supporto psico-sociale a migranti e richiedenti asilo. Fra i suoi molti libri e saggi si può ricordare: A. Mela, E. Chicco “Comunità e cooperazione. Un intervento sul benessere psicologico nel Salvador”, Angeli, Milano, 2016.

MASSIMO MARI

Medico psichiatra psicoterapeuta, è Direttore di Dipartimento Salute Mentale, dal 2016 presso l’ASUR Marche dalla regione marche del coordinamento del supporto psicologico e dei servizi alla persona per le vittime dei recenti terremoti dal 2011 membro ufficiale della Consulta regionale per la psichiatria. Dal 1997 è Didatta e Responsabile scientifico di oltre 70 eventi formativi o corsi in psichiatria e sanità, e Coopera con diverse associazioni di volontariato e ONG nella Salute Mentale e di pronto intervento nelle Catastrofi. In particolare Gruppo Umana Solidarietà ONG nei terremoti di Marche, Molise, Sry Lanka, Abruzzo e nell’emergenza profughi Kossovo, Libia, progetti SPRAR.

Support the Supporters

VITTORIA ARDINO

È la Presidente della Società Italiana per lo Studio dello Stress Traumatico e membro del Board della European Society of Traumatic Stress Studies dove coordina la task force "Trauma-Informed-Care" e fa parte del gruppo di lavoro sul COVID-19. Si è formata in psicologia clinica nel Regno Unito dove ha insegnato in diverse università psicologia forense e psicologia clinica e ha partecipato ai training sulla Terapia dell'Esposizione Narrativa di cui è referente per l'Italia. Ha, inoltre, frequentato un Master in Management Sanitario presso la SDA Bocconi. Negli ultimi anni si occupa di integrare l'approccio individuale al trauma a quello organizzativo e ha costruito un modello di implementazione trauma-orientato adottato in servizi socio-sanitari. Ha pubblicato numerosi articoli scientifici e due libri. E' in uscita per Carocci: "Il trauma Psicico: ricerca, clinica e policy" e un altro volume in collaborazione con Agnese Cheli e Laura Massi: Gli approcci trauma-orientati nelle organizzazioni per Aracne. Ha, inoltre, ideato per il COVID-19 un intervento di prevenzione precoce "NASTI" (Stabilizzazione Narrativa Integrata) che si basa sulla Terapia dell'Esposizione Narrativa e che integra diversi approcci di stabilizzazione.

Support the Supporters

(ultima pagina vuota)