

Publicato sulla
G.U. n° 200 del 29/08/2006

Presidenza del Consiglio dei Ministri

DIPARTIMENTO DELLA PROTEZIONE CIVILE

Servizio Rischio Sanitario e Ambientale

**CRITERI DI MASSIMA
SUGLI INTERVENTI PSICOSOCIALI
DA ATTUARE NELLE CATASTROFI**

INDICE

INTRODUZIONE.....	pag.3
1. EQUIPE PSICOSOCIALE PER LE EMERGENZE (EPE).....	pag.4
1.a Obiettivi.....	pag.4
1.b Organizzazione.....	pag.4
1.c Referente dell'equipe.....	pag.5
2. DESTINATARI.....	pag.6
3. CONTESTI D'INTERVENTO RELATIVI ALL'ENTITA'DELL'EVENTO.....	pag.7
3.a Evento catastrofico a effetto limitato.....	pag.7
3.b Evento catastrofico che travalica le potenzialità di risposta delle strutture locali.....	pag.8
4. FORMAZIONE.....	pag.9
ALLEGATI	
1. Triage psicologico.....	pag.12
2. Formazione.....	pag.13
2. Glossario.....	pag.14
BIBLIOGRAFIA.....	pag.16

INTRODUZIONE

Nel contesto degli interventi a sostegno delle vittime di eventi catastrofici è necessario prestare massima attenzione ai problemi di ordine psichiatrico-psicologico che possono manifestarsi sulle popolazioni colpite e sui loro soccorritori. Essi possono palesarsi in fase acuta o evolvere in modo subdolo, con ripercussioni, anche nel lungo periodo.

I disastri, sia di origine naturale o causati dall'uomo, possono essere distinti - rif. G.U. n. 126 del 12 maggio 2001 - in base alla loro entità in :

- eventi catastrofici a effetto limitato
- eventi catastrofici che travalicano le potenzialità di risposta delle strutture locali

In entrambi i casi si differenziano dalle situazioni di emergenza individuale o di piccola scala in quanto necessitano di una risposta qualitativamente diversa; il contesto delle maxiemergenze richiede infatti l'utilizzo di metodologie e procedure peculiari che prendano in considerazione il numero dei soggetti coinvolti e la precarietà delle condizioni ambientali che si vengono a determinare.

E' inoltre opportuno osservare che le catastrofi possono produrre sugli individui effetti di lunga durata e mettere a dura prova le capacità di reazione e di adattamento sia del singolo individuo che dell'intera comunità. Si assiste infatti in questi casi al venir meno delle risorse di autoprotezione, normalmente presenti in un gruppo di individui che condividono le stesse abitudini di vita, e pertanto è necessario che gli interventi psicosociali adottati tengano in massima considerazione le caratteristiche specifiche di quel territorio e della comunità che lo abita.

Da tali considerazioni scaturisce l'esigenza di fronteggiare i bisogni psico-sociali che si manifestano a seguito di emergenze nazionali attraverso azioni ed interventi coordinati in grado di garantire risposte efficaci e di qualità.

A questo fine sono stati redatti i presenti Criteri di massima il cui contenuto è così suddiviso:

- rete organizzativa, articolata in strutture di riferimento e risorse umane dedicate
- destinatari degli interventi
- scenari d'azione

1. EQUIPE PSICOSOCIALE PER LE EMERGENZE (EPE)

Le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano dispongono affinché, in relazione alle caratteristiche geosociali e all'entità dei rischi presenti nel proprio territorio, si costituiscano equipie per il supporto psicosociale alla popolazione colpita da calamità. Tali equipie vengono identificate, di norma, utilizzando le risorse esistenti nei Servizi dipendenti dal Servizio Sanitario regionale.

Le equipie, precedentemente formate, operano nell'ambito del sistema di emergenza garantendo il proprio intervento sia in eventi catastrofici ad effetto limitato che in eventi catastrofici che travalicano le potenzialità di risposta delle strutture locali.

1.a Obiettivi

L'equipie, in rapporto alle varie fasi dell'intervento ed agli specifici bisogni emergenti, deve poter:

- Consentire la realizzazione delle manovre prioritarie per la sopravvivenza fisica dei destinatari dell'intervento e provvedere alla tutela della salute psichica attraverso l'attivazione di tutte le risorse personali e comunitarie;
- garantire, oltre alla raccolta delle domande di aiuto spontanee, processi di identificazione attiva dei bisogni;
- mettere in atto le iniziative di supporto in modo coordinato con le altre azioni previste ed attivate nella catena dei soccorsi sanitari, al fine di evitare sovrapposizioni e potenziali conflitti;
- incentivare i processi di autodeterminazione, riconoscendo ad ogni destinatario dell'intervento il diritto di operare scelte consapevoli relativamente alla propria salute;
- tutelare la dignità ed il rispetto della persona in tutte le azioni di soccorso, supportando la decodifica delle differenze e delle specificità culturali dei destinatari e vigilando affinché non insorgano processi di stigmatizzazione, in particolare attraverso l'etichettamento di comportamenti che potrebbero sembrare anomali se separati dal contesto in cui sono rilevati;
- porre particolare attenzione alla distribuzione delle informazioni utili ad attivare comportamenti auto protettivi e di riorientamento adattativo e fornire strumenti per facilitare la comunicazione, la comprensione e l'utilizzo delle informazioni stesse;
- garantire la raccolta e la conservazione accurata dei dati utili all'intervento, al fine di permettere una costante azione di monitoraggio degli interventi stessi.

1.b Organizzazione

La Regione, attraverso la propria organizzazione, individua, di norma, tra il personale dei Servizi dipendenti i componenti dell' equipie.

Il personale selezionato, che può essere integrato con ulteriori risorse identificate nell'ambito di Associazioni di Volontariato, Enti Locali, Ordini professionali ecc., dovrà essere adeguatamente formato sui compiti da svolgere in situazioni di catastrofe collettiva ed addestrato tramite specifiche esercitazioni.

L'equipe, per poter rispondere immediatamente in situazioni di emergenza, deve inquadarsi all'interno dell'organizzazione sanitaria delle maxi-emergenze in modo da potersi avvalere di supporti logistici e di radiocomunicazioni. Il suo responsabile, nell'area del disastro, opererà nel rispetto delle linee gerarchiche, secondo la catena di comando e controllo fissata dalle autorità competenti.

L'equipe, che trova la sua sede di lavoro nei locali di una struttura fissa o mobile, opera in prossimità del Posto Medico Avanzato (PMA) e presso i luoghi di raccolta, smistamento e accoglienza della popolazione. Ad essa deve essere garantita la sicurezza e la riservatezza per lo svolgimento delle attività di colloquio oltre che un adeguato spazio per le attività di gruppo e di coordinamento.

I suoi operatori dovranno essere riconoscibili attraverso casacche o giubbotti di colore verde a cui va apposta la sigla "PSIC".

1.c Referente dell'equipe psicosociale

La Regione identifica, nell'ambito della propria organizzazione, il referente della funzione di supporto psicosociale che svolge i seguenti compiti:

- coordina la stesura del Piano degli interventi dell'equipe, sulla base della conoscenza degli specifici rischi del territorio, delle strutture della rete psicosociale presenti nell'area di competenza, delle capacità ricettive di tali strutture e del personale che vi opera;
- definisce all'interno del Piano di settore le attività che l'equipe deve svolgere in emergenza nei riguardi delle vittime della comunità di riferimento e dei soccorritori, collaborando con le Istituzioni nelle varie fasi di pianificazione e prevedendo la pronta disponibilità dei materiali e dei mezzi necessari per lo svolgimento dei compiti;
- allerta l'equipe in emergenza;
- assicura l'intervento sul luogo del disastro, immediatamente dopo il verificarsi di un evento catastrofico, dirigendo gli interventi dell'equipe sotto il coordinamento del Direttore dei Soccorsi Sanitari;
- fa riferimento al responsabile della "Funzione 2" che ha il compito di gestire tutte le problematiche relative agli aspetti sanitari dell'emergenza successivamente alla costituzione dei Centri di Coordinamento (COM-CCS, ecc.);
- dispone il turn-over degli operatori;
- effettua una valutazione dei risultati acquisiti e provvede alle correzioni necessarie a migliorare il piano di interventi per eventuali emergenze successive;

- coordina in stretta collaborazione con i Servizi sanitari del territorio le attività di follow-up a lungo termine.

2. DESTINATARI

Destinatari primari degli interventi di supporto psicologico - psichiatrico in emergenza sono le vittime dirette di eventi dirompenti ed improvvisi indipendentemente dalla gravità dei danni materiali subiti ed evidenti.

Debbono essere considerati potenziali destinatari anche i testimoni diretti di fatti gravemente lesivi che hanno minacciato o compromesso la sopravvivenza di un essere umano; i familiari delle vittime, per quanto lontani da un diretto coinvolgimento; i soccorritori, volontari e professionisti, che a qualsiasi titolo abbiano prestato il proprio aiuto alle vittime e ai sopravvissuti. Oltre che i singoli individui, destinatari di intervento possono essere interi gruppi sociali quali famiglie, squadre di soccorso, team operativi e altri gruppi: in tali casi l'intervento deve consentire di far mantenere o riacquistare relazioni positive e costruttive.

Nei casi in cui venga rilevata la necessità di stabilire delle precedenze per l'attivazione di azioni supporto, priorità verrà data alle fasce della popolazione più deboli e dunque a bambini ed anziani, persone con disabilità, soggetti già sofferenti di disturbi mentali ecc.

A prescindere dalla tipologia dell'evento catastrofico, è opportuno valutare a priori i fattori di rischio di un contesto emergenziale per poter prevenire disagi di natura psico-fisica nei soccorritori. Una volta che gli operatori sanitari si troveranno ad intervenire sul luogo della catastrofe dovrà essere garantito il loro lavoro attraverso un'azione di monitoraggio volta ad individuare segni e/o sintomi di possibili condizioni di stress e/o di disturbi psichici.

3. CONTESTI D'INTERVENTO RELATIVI ALL'ENTITÀ DELL'EVENTO

3.a Evento catastrofico a effetto limitato

Un evento catastrofico ad effetto limitato, secondo la definizione fornita nella G.U. n. 109 del 12 maggio 2001, è caratterizzato dalla integrità delle strutture di soccorso del territorio in cui si manifesta e da una limitata estensione nel tempo delle operazioni di soccorso sanitario (meno di 12 ore).

In caso di una maxi-emergenza, la C. O. 118 attiva il Piano straordinario dei soccorsi includendo nell'allertamento anche il Referente dell'equipe di riferimento. Questi si rapporta al Direttore dei Soccorsi Sanitari (DSS), che coordina gli interventi sanitari sul luogo del disastro.

E' ipotizzabile che tale equipe debba rimanere in attività per un tempo più lungo rispetto al PMA, con cui è in continuo raccordo, per consentire di essere a supporto anche a tutto il personale che ha preso parte alle operazioni di soccorso.

Al termine della fase di emergenza, dovranno essere garantite alcune funzioni e interventi essenziali a tutela della salute psichica della popolazione colpita.

Gli individui che sviluppano disordini psicologici e psichiatrici (inclusi i disturbi da stress post traumatico), dovranno avere accesso ad appropriati servizi di sostegno psicosociale presenti sul territorio per permettere loro una continuazione terapeutica.

Dovranno essere attivate azioni di valutazione degli interventi realizzati durante l'emergenza con particolare riferimento alle attività svolte sul campo

3.b Evento catastrofico che travalica le potenzialità di risposta delle strutture locali

In una situazione generalmente caratterizzata da devastazione di ampi territori, da un elevato numero di vittime e da un coordinamento delle operazioni spesso estremamente difficile, l'attivazione dell'equipe dovrà avvenire contestualmente all'inizio delle attività degli altri interventi di emergenza sanitaria.

In tale situazione, il supporto psicologico verrà offerto, nei limiti del possibile, nella fase immediatamente successiva all'evento.

Con l'attivazione dei vari Centri di Coordinamento dove opereranno Enti, Amministrazioni ed Associazioni di volontariato anche provenienti da zone esterne all'area coinvolta, la gestione degli aspetti psicologico-psichiatrici dovrà ricondursi nell'ambito della Funzione 2 "sanità umana e veterinaria".

Sul piano operativo è utile distinguere una fase acuta, le cui caratteristiche e interventi sono sovrapponibili a quelli già descritti in precedenza, ed una fase di breve-medio termine che si conclude con la fase di ritorno alla normalità. Come per la catastrofe ad effetto limitato è difficile predeterminare la durata specifica di ciascuna fase.

Interventi a breve-medio termine

Nella fase acuta gli interventi sono rivolti prevalentemente: alla salvaguardia della popolazione attraverso l'allontanamento della medesima dalla zona di pericolo; all'adozione di tutte le misure sanitarie di primo soccorso; al supporto emotivo immediato e di soddisfacimento dei bisogni essenziali per la sopravvivenza. Successivamente emergeranno le necessità legate all'adattamento della popolazione in un

complesso abitativo provvisorio ed alle conseguenze psicologiche, sociali e pratiche connesse agli esiti dell'evento disastroso.

Nella fase a breve-medio termine l'equipe svolge quindi non solo attività rivolte al sostegno della popolazione ma anche funzioni volte a promuovere il ripristino delle reti di supporto sociale preesistenti o la creazioni di reti alternative per il rafforzamento delle risorse locali e le strategie di solidarietà presenti all'interno delle comunità.

E' necessario ricercare una collaborazione costante con tutti gli altri soggetti coinvolti nella gestione dell'emergenza e con le istituzioni della comunità, verificando la disponibilità delle strutture presenti. (servizi sanitari pubblici, servizi di salute mentale, servizi socio-assistenziali, strutture sanitarie private).

E' opportuno inoltre facilitare l'accesso ai servizi sanitari e sociali; fornire documentazione sulle persone a cui si è prestata assistenza in condizioni di emergenza e sugli interventi attuati; rendere disponibile ai Servizi richiedenti le informazioni sulle valutazioni relative ai fattori di rischio e di vulnerabilità individuali e collettivi allo scopo di attuare revisioni periodiche e follow-up a lungo termine.

4. FORMAZIONE

Il tema della formazione riveste un'attenzione particolare poiché rappresenta una delle principali risorse utilizzabili all'interno delle strategie di prevenzione.

La conoscenza diffusa ed approfondita degli scenari di rischio, delle procedure organizzative e dei comportamenti più idonei da adottare in emergenza, può infatti migliorare i livelli di vigilanza, ridurre i tempi di risposta, rinforzare i comportamenti più efficaci per contrastare le minacce e limitare gli effetti degli eventi lesivi.

Le ricerche dimostrano che una parte degli stress individuali e collettivi che si sviluppano a seguito di disastri possono essere ridotti da un'adeguata preparazione di tutti gli attori coinvolti, sia a livello individuale che collettivo.

Finalità generale di ogni azione formativa in questo campo è dunque quella di diffondere e consolidare strategie efficaci a fronteggiare dei pericoli attivando rapidamente processi di selezione percettiva e processi cognitivi complessi, a fronte di emozioni intense e processi comunicativi non ordinari. In questo senso, ogni azione di formazione deve necessariamente includere modi efficaci di comunicare, decidere, valutare, gestire le emozioni e far conoscere procedure comuni all'interno dei differenti scenari ipotizzati.

I professionisti, che operano in campo psicosociale, devono essere adeguatamente formati a svolgere attività che sono proprie di un contesto di emergenza collettiva. Tra queste si possono elencare:

- attività informative rivolte alla popolazione sulle tecniche di gestione dello stress e sulle reazioni a situazioni critiche,
- attività di ricongiungimento con i familiari,
- raccolta di dati per la valutazione post-emergenza,
- informazioni connesse ai bisogni pratici della popolazione.

Allegato 1

TRIAGE

Il triage è l'insieme di criteri su cui l'operatore si basa per classificare i soggetti in classi di priorità di trattamento (gravità della condizione clinica e differibilità/indifferibilità dell'intervento terapeutico) e per indicare il tipo e le modalità di invio del paziente alle strutture sanitarie della catena dei soccorsi. Il triage deve consentire la valutazione delle conseguenze psicologiche e psichiatriche dell'evento catastrofico, essere prioritariamente rivolto alle vittime, alle categorie a rischio ed ai soccorritori che presentano un'evidente condizione di disagio che può interessare la sfera emotiva, cognitiva e comportamentale.

Particolare attenzione deve essere posta alle modalità di conduzione della valutazione, al contesto in cui essa viene effettuata, alle esigenze o priorità espresse dal soggetto, alla tutela della privacy ed al rischio di stigmatizzazione.

Procedure

Per effettuare un efficace triage, selezione che deve avvenire a tutti i livelli della catena dei soccorsi, si deve tener conto che :

- le operazioni richiedono la disponibilità di spazi adeguati che consentano un livello accettabile di privacy;
- le procedure devono essere adeguate alla peculiarità degli scenari ed essere utilizzabili da operatori con livelli di formazione differente;
- i protocolli devono comunque essere semplici, di rapida memorizzazione ed esecuzione, basati su criteri di assegnazione dei livelli di priorità attendibili e riproducibili;
- le valutazioni e gli eventuali interventi effettuati devono essere sempre registrati e la documentazione relativa deve essere opportunamente conservata e prontamente accessibile;
- le operazioni di triage non devono rallentare o interferire con le altre operazioni di soccorso.

Strumenti

Per le operazioni di triage devono essere disponibili:

- **Schede di triage**, possibilmente in custodie impermeabilizzate, che devono seguire il soggetto nei vari trasferimenti e documentare le valutazioni effettuate ed i provvedimenti adottati. E' necessario che le schede contengano almeno i seguenti dati: generalità, classe di priorità assegnata, ipotesi diagnostica, eventuali interventi effettuati, indicazioni per l'invio.
- **Tags di triage**, in custodie impermeabili, per la identificazione del soggetto e della classe di priorità assegnata. Per una facile identificazione, potrà essere utilizzata la sigla **Psic** seguita da un codice numerico (1,2,3) corrispondente alla classe di priorità assegnata.
- **Presidi farmacologici** per gli interventi di emergenza.

CLASSI DI PRIORITÀ

Priorità bassa (Psi 1)

Soggetti con sintomi psicopatologici lievi che richiedono interventi di supporto psicologico o trattamenti farmacologici differibili.

Priorità intermedia (Psi 2)

Soggetti con sintomi psicopatologici di gravità intermedia che richiedono una valutazione specialistica per interventi di supporto psicologico e/o trattamento farmacologico, dopo eventuale periodo di osservazione.

Priorità alta (Psi 3)

Soggetti con gravi reazioni peritraumatiche che comportano marcata riduzione dell'autonomia individuale, ridotta consapevolezza di malattia, compromissione delle funzioni cognitive, pericolosità per sé e per gli altri e pertanto richiedono interventi immediati o valutazioni specialistiche .

SCHEDA DI TRIAGE PSICOLOGICO					
DATA:	___/___/___	OPERATORE		PSICOLOGO	PSICHIATRA
ORA:		NOME:	COGNOME:		
SEDE DELL'INTERVENTO:					
PAZIENTE					
COGNOME:		NOME:		SESSO	M F
LUOGO E DATA DI NASCITA:					
				TEL:	

INDIRIZZO:			
LUOGO DI PROVENIENZA: <input type="checkbox"/> PMA <input type="checkbox"/> CANTIERE		INDICARE INDIRIZZO:	
ACCOMPAGNATORE	NOME:	COGNOME:	TEL:
PREGRESSI PROBLEMI PSICOLOGICI	SI	NO	(specificare): _____
PREGRESSI PROBLEMI PSICHIATICI	SI	NO	(specificare): _____
TRATTAMENTI PSICOFARMACOLOGICI PRECEDENTI (specificare DOSE e POSOLOGIA):			
REAZIONE ALL'EVENTO CATASTROFICO DI CARATTERE:		VALUTAZIONE DELLE RISORSE:	
<input type="checkbox"/> ANSIOSO	<input type="checkbox"/> LIEVE	<input type="checkbox"/> CAPACITA' DI COPING	<input type="checkbox"/> INDIVIDUALI
	<input type="checkbox"/> GRAVE		<input type="checkbox"/> COLLETTIVE
<input type="checkbox"/> DEPRESSIVO	<input type="checkbox"/> LIEVE	<input type="checkbox"/> DISPONIBILITA A RICEVERE AIUTO	
	<input type="checkbox"/> GRAVE		
<input type="checkbox"/> DI SCOMPENSO	<input type="checkbox"/> LIEVE		
	<input type="checkbox"/> GRAVE		
INDICAZIONI D'INTERVENTO:			
FASE ACUTA	<input type="checkbox"/> SANITARIO <input type="checkbox"/> PMA <input type="checkbox"/> OSPEDALE/ OSPEDALE DA CAMPO		
	<input type="checkbox"/> SOSTEGNO DELL'EQUIPE PSICOSOCIALE		
FASE DI MEDIO TERMINE	<input type="checkbox"/> STRUTTURE PSICOLOGICHE E PSICHIATRICHE DEL SERVIZIO SANITARIO		
	<input type="checkbox"/> STRUTTURE SOCIO/EDUCATIVE		
INTERVENTI EFFETTUATI:			
<input type="checkbox"/> TRATTAMENTO PSICOLOGICO	<input type="checkbox"/> TRATTAMENTO FARMACOLOGICO (DOSE E POSOLOGIA): ESCLUSIVAMENTE A CURA DEL PERSONALE MEDICO		
<input type="checkbox"/> DIMESSO	<input type="checkbox"/> RIFIUTA FIRMA.....		

SCHEDA N.

Allegato 2

FORMAZIONE

Gli specialisti che operano in emergenza devono essere preparati, durante la formazione, a svolgere le seguenti funzioni, rivolte alle vittime di una catastrofe:

Accoglienza - Ridurre l'esposizione dei soggetti agli eventi traumatici ed alle loro conseguenze; soddisfare i bisogni primari e pratici; facilitare la verbalizzazione delle emozioni e la condivisione delle esperienze; favorire la ricomposizione dei nuclei familiari; aiutare a riguadagnare un senso di controllo sulla situazione e favorire il recupero di un ruolo attivo ecc.

Informazione - Fornire informazioni semplici, accurate ed attendibili:

- o sulle cause, sulla evoluzione, sulle conseguenze dell'evento,
- o sui servizi di emergenza immediatamente disponibili (accessibilità ai servizi),
- o sulle condizioni dei familiari;

raccogliere, verificare e diffondere notizie nel rispetto delle persone coinvolte nell'evento (deceduti, vittime con danni fisici, ospedalizzati, dispersi) e degli addetti alla comunicazione; registrare i dati delle persone assistite e degli interventi effettuati; valutare le esigenze informative di specifici gruppi (bambini e adolescenti; anziani; persone con problemi fisici e mentali) e la necessità di fornire le informazioni anche in lingue diverse.

Interventi clinici - Valutare la presenza di reazioni emotive, disturbi del comportamento e/o significative alterazioni del funzionamento cognitivo che possono essere legate ad eventuali condizioni patologiche organiche; identificare i soggetti che necessitano di assistenza psicologica-psichiatrica immediata (per condizioni acute e gravi, che possono ridurre la capacità di autonomia, intralciare le operazioni di soccorso e creare situazioni di pericolo per se e per gli altri) e coloro che richiedono ulteriori approfondimenti diagnostici; individuare coloro che richiedono interventi sanitari d'emergenza non psichiatrici; fornire interventi psicologici o psichiatrici non differibili a soggetti con gravi reazioni emotive, disturbi del comportamento, alterazioni significative del funzionamento cognitivo.

Interventi psico-sociali - Svolgere attività psicosociale individuale, familiare e di gruppo per mezzo di tecniche accreditate; effettuare interventi alle prime fasi dell'elaborazione del lutto in situazioni specifiche (identificazione dei deceduti; partecipazione a cerimonie o rituali della comunità), o su aspetti pratici (accesso ai servizi di emergenza sanitaria e sociale; accesso ai servizi amministrativi e legali per problemi finanziari, lavorativi o abitativi); svolgere interventi di consulenza individuali e di gruppo nei confronti di operatori che hanno compiti educativi o che sono punto di riferimento delle comunità.

Allegato 3

GLOSSARIO

Catastrofe

Evento che coinvolge un numero elevato di vittime e le infrastrutture di un determinato territorio producendo un'improvvisa e grave sproporzione, tra richieste di soccorso e risorse disponibili, destinata a perdurare nel tempo (oltre 12 ore).

Catastrofe ad effetto limitato

Evento che coinvolge un numero elevato di vittime, ma non le infrastrutture di un determinato territorio; è caratterizzata dalla limitata estensione temporale delle operazioni di soccorso (meno di 12 ore).

Catena dei soccorsi

Sequenza di dispositivi, funzionali e/o strutturali, che consentono la gestione delle vittime di una catastrofe.

(CCS) Centro di Coordinamento Soccorsi

Rappresenta il massimo organo di coordinamento delle attività di Protezione Civile a livello provinciale. E' composto dai responsabili di tutte le strutture operative presenti sul territorio provinciale. I compiti del CCS consistono nell'individuazione delle strategie e delle operatività di intervento necessarie al superamento dell'emergenza attraverso il coordinamento dei COM.

(COC) Centro operativo Comunale

Centro operativo a supporto del Sindaco per la direzione ed il coordinamento degli interventi di soccorso in emergenza.

(COM) Centro Operativo Misto

Centro operativo che opera sul territorio di più Comuni in supporto alle attività dei Sindaci.

(DICOMAC) Direzione di Comando e Controllo

Rappresenta l'organo di coordinamento nazionale delle strutture di Protezione Civile nell'area colpita dall'evento disastroso. Viene attivato dal Dipartimento della Protezione Civile in seguito alla dichiarazione dello stato di emergenza.

(DSS) Direttore dei Soccorsi Sanitari

Medico con esperienza e formazione adeguata, presente in zona operazioni e responsabile della gestione in loco di tutto il dispositivo di intervento sanitario. Opera in collegamento con il Medico coordinatore della Centrale Operativa 118, si coordina con il referente sul campo del soccorso tecnico (VVF) e con quello delle forze di Polizia.

DSM-IV

Diagnostic and Statistical Manual of mental disorder, American Psychiatric Association- Manuale diagnostico statistico dei disturbi mentali, 1994.

Funzioni di supporto

Modalità organizzativa in cui si articolano i vari settori di attività e di riferimento all'interno dei Centri di coordinamento istituiti in emergenza. Per ogni Funzione di supporto si individua un responsabile che, relativamente al proprio settore, in situazione ordinaria provvede all'aggiornamento dei dati e delle procedure ed in emergenza coordina gli interventi.

Funzione 2

Funzione 2 -Sanità umana, veterinaria e di assistenza sociale- attivata a livello di Centri di coordinamento operativi in emergenza (DICOMAC, CCS, COM, COC).

Ospedali da Campo

Dispositivi di intervento composti da uomini e mezzi in grado di assicurare alle vittime della catastrofe un livello di cure intermedio tra il primo soccorso ed il trattamento definitivo. Offrono la possibilità di effettuare interventi chirurgici di urgenza, assistenza intensivistica protratta per più ore e degenza di osservazione clinica. Sono sinonimi di Centro Medico di Evacuazione (CME).

(PMA) Posto Medico Avanzato

Dispositivo funzionale di selezione e trattamento sanitario delle vittime, localizzato ai margini esterni dell'area di sicurezza o in una zona centrale rispetto al fronte dell'evento. Può essere sia una struttura (tende, containers), sia un'area funzionalmente deputata al compito di radunare le vittime, concentrare le risorse di primo trattamento e organizzare l'evacuazione sanitaria dei feriti.

Triage

Processo di suddivisione dei pazienti in classi di gravità in base alle lesioni riportate ed alle priorità di trattamento e/o di evacuazione.

BIBLIOGRAFIA

- Bruce, H. et al. (2002). *L'assistenza Psicologia nelle Emergenze*. Trento: Erickson.
- Catarinussi, B., Pelanda, C. (1981), (a cura di) *Disastro ed azione umana. Introduzione multidisciplinare allo studio del comportamento sociale in ambienti estremi*. F. Angeli.
- Castelli, C., Sbattella, F. (2003), *Psicologia dei disastri*, Carocci, Roma.
- Catapano F.; Malafronte R.; Lepre F.; Cozzolino P.; Arnone R.; Lorenzo E.; Tartaglia G.; Starace F.; Magliano L.; Maj M. (2001) Psychological consequences of the 1998 landslide in Sarno, Italy: a community study in [*Acta Psychiatrica Scandinavica*](#), December 2001, vol. 104, no. 6, pp. 438-442(5).
- Ciceri, M.R. (2001), *La Paura*, il Mulino, Bologna.
- Costantini, E., Ponticelli F. (1999), "Catastrofe ed emozione veemente" *Psicobiettivo*, n. 3, vol. XIX.
- Covello, V., Sandman, P.M., (2001) "Risk Communication: Evolution and Revolution" in Wolbarst A. (ed.) *Solutions to an Environment in Peril*. John Hopkins University Press 164-178
- Cuzzolaro, M., L. Frighi (1998), *Reazioni umane alle catastrofi. Aspetti psicosociali e di igiene mentale*, Fondazione Adriano Olivetti, Roma, Gangemi Editore.
- De Felice, F., Colaninno C. (2003), *Psicologia dell'emergenza*; Franco Angeli, Milano
- Dipartimento della Protezione Civile (Decreto pubblicato nella Gazzetta Ufficiale *Criteri massima per l'organizzazione dei soccorsi sanitari nelle catastrofi* - Predisposta dalla Presidenza del Consiglio dei Ministri 1995— serie generale- n. 81 del 6 aprile 2001).
- Dipartimento della Protezione Civile, giugno 1997: *Linee-Guida sull'Organizzazione Sanitaria in caso di catastrofi sociali*.
- Dipartimento della Protezione Civile, "Il metodo Augustus" DPC informa n.4 giugno 97
- Duglas, M. (1991), *Come percepiamo il pericolo*. Milano: Feltrinelli.
- Doutheau, C. (1987), "Les reaction de panique" in AA.VV. (a cura di L. J. Courbil) *Medecine en situation de catastrophe*, Masson.
- Federal Emergency Management Agency – FEMA (1994). *Community Emergency. Response Team: participant Handbook*: Washington DC.
- Giannantonio, M. (a cura di), (2003) *Psicotraumatologia e Psicologia dell'Emergenza*, Salerno, Ecomind.

Katz C.L.; Pellegrino L.; Pandya A.; Ng A.; De Lisi L.E. (2002), Research on psychiatric outcomes and interventions subsequent to disasters: a review of the literature; *Psychiatry Research*, vol. 110, no. 3, pp. 201-217(17).

Kertzer, D.I. (1981), "Aspetti politici delle calamità naturali" *Laboratorio Politico* n. 5-6, settembre dicembre.

Le Bon, G., (1980), *Psicologia delle folle*, Longanesi.

Lo Iacono A., Troiano M. *Psicologia dell'emergenza*. Editori Riuniti.

López-Ibor J., Christodoulou, G., Maj, M., Sartorius N., Okasha, A., (2005) *Disasters and mental health*, John Wiley.

Mambriani, S. (1994), *La comunicazione nelle relazioni d'aiuto*, Cittadella Editrice, Assisi.

Mambriani, S. (1994), *La comunicazione nelle relazioni d'aiuto*, Cittadella Editrice, Assisi.

Manuale procedurale per la gestione della comunicazione in situazioni di crisi – Dipartimento di Protezione della Protezione Civile, 2000

May, R. (1991), *L'arte del counseling*, Astrolabio, Roma.

Milleri, A. "Previsione del rischio e pianificazione sociale delle emergenze" in *La professione di Psicologo* ottobre 2002.

Morra A., Ciancamerla G., *Organizzazione dei soccorsi sanitari in caso di catastrofe*. Regione Piemonte – Collana Protezione Civile e ambiente –II edizione, Torino, 1991.

Norris F. H., Friedman M. J., Watson, P. J., (2002) "60,000 Disaster Victims Speak: Part I, an empirical review of the empirical literature, 1981-2001" *Psychiatry*, 65 (3): 207-239.

Norris F. H., Friedman M. J., Watson, P. J., (2002) "60,000 Disaster Victims Speak: Part II . Summary and Implications of the Disaster Mental Health Research ; Summary and Implications of the Disaster Mental Health Research". *Psychiatry*, 65(3): 240-260.

Oliverio Ferrarsi A. (1980), *La psicologia della paura*, Bollati Boringhieri, Torino.

Pavon, L., Banon, D. (1996), *Trauma, vulnerabilità, crisi*, Torino: Bollati Boringhieri

Psycho-social support in situations of mass emergency (2001) European policy paper concerning different aspects of psychological support and social accompaniment for people involved in major accidents and disasters. Ministry of Public Health, Brussel, Belgium.

Recomendaciones para situaciones de emergencia colectiva – www.proteccioncivil.org

Regione Piemonte, *L'intervento psichiatrico e psicologico negli eventi catastrofici -linee d'indirizzo*, Protezione Civile.

Regione Piemonte, *Disaster management*, Protezione Civile.

Rudé, G. (1987), *La folla nella storia*, Editori Riuniti.

Santojanni, F. “Il controllo della folla”, in *Newton*, n.4 Aprile, 1999.

Swedish National Board of Health and welfare (1991), *Psychological, Psychiatric and Social Management of Disaster*.

Terrorism Information: The Facts – How to Prepare – How to Respond Virginia Terrorism Preparedness.

The Emergency Communication Triangle – U.S. Department of Health and Human Services – Public Health Service Centers for Disease Control and Prevention.

Terr L.C. (1981), “Psychic trauma in children: observations following the Chowchilla school-bus kidnapping”, *Amer. J. Psychiat.*, 138, 14-19.

Terrorism Information: The Facts – How to Prepare – How to Respond Virginia Terrorism Preparedness

The Family Safety, Guide Six Steps of Preparedness – American Red Cross-

www.duracell.com/safefamilies/pages/handbook.pdf

The Emergency Communication Triangle – U.S. Department of Health and Human Services – Public Health Service Centers for Disease Control and Prevention.

Villone Betocchi, G. (a cura di) (1982), *Il contributo della psicologia in situazioni di emergenza*, Palladio.

Young, B.H et al (2002), *L'assistenza psicologica nelle emergenze*, Erikson, Trento.

Zivilschutz- Bad Neuenahr- Ahrweiler (2000), *Workshop Psychological Aspects of the Information of the Public* Akademie für Notfallplanung und Zivilschutz- Bad Neuenahr- Ahrweiler.

Zuliani, A., (2003), “Reazioni psicologiche e misure di intervento di fronte ad un attacco non convenzionale di tipo bio-chimico” in *Emergency Oggi*, anno IX, n°9, www.emergencyoggi.it