



MINISTERO
DELL'INTERNO

DIPARTIMENTO DELLA PUBBLICA SICUREZZA

LINEE GUIDA

della

PSICOLOGIA DELL'EMERGENZA

nella Polizia di Stato

PROTOCOLLI GENERALI

DIREZIONE CENTRALE DI SANITÀ

MINISTERO DELL'INTERNO
Dipartimento della Pubblica Sicurezza

LINEE GUIDA

della
PSICOLOGIA DELL'EMERGENZA
nella Polizia di Stato

PROTOCOLLI GENERALI

DIREZIONE CENTRALE DI SANITÀ

Redazione delle Linee Guida a cura di

Dirigente Superiore Tecnico Psicologo della Polizia di Stato – Dott.ssa Ida BONAGURA

Direttore Tecnico Superiore Psicologo della Polizia di Stato – Dott.ssa Petri CUCÈ

Direttore Tecnico Capo Psicologo della Polizia di Stato – Dott.ssa Monica PAONE

Editing a cura di

Commissario Capo Tecnico Psicologo della Polizia di Stato – Dott.ssa Valentina TOCCI

Grafica a cura di

Funzionario Informatico dell'Amministrazione Civile dell'Interno – Claudia PICCA

Assistente Capo Coordinatore della Polizia di Stato – Giandomenico GATTUCCI

Gruppo di Lavoro per la redazione delle
“Linee Guida della psicologia dell’emergenza nella Polizia di Stato”
istituito con Decreto del Capo della Polizia – Direttore Generale della Pubblica Sicurezza
del 12 luglio 2021

Dirigente Superiore Tecnico Psicologo della Polizia di Stato
Dott.ssa Ida BONAGURA - Direzione Centrale di Sanità

Primo Dirigente Tecnico Psicologo della Polizia di Stato
Dott.ssa Emanuela TIZZANI - Direzione Centrale di Sanità

Primo Dirigente Medico della Polizia di Stato
Dott.ssa Silvana MASELLI - Direzione Centrale di Sanità

Primo Dirigente Tecnico Psicologo della Polizia di Stato
Dott.ssa Silvia LA SELVA - Direzione Centrale per gli Affari Generali
e le Politiche del Personale

Primo Dirigente Tecnico Psicologo della Polizia di Stato
Dott. Giovanni IPPOLITO - Direzione Centrale di Sanità

Direttore Tecnico Superiore Psicologo della Polizia di Stato in quiescenza
Dott.ssa Patrizia RUBENNI - Direzione Centrale di Sanità

Direttore Tecnico Superiore Psicologo della Polizia di Stato
Dott.ssa Petri CUCÈ - Direzione Centrale di Sanità

Direttore Tecnico Capo Psicologo della Polizia di Stato
Dott.ssa Monica PAONE - Direzione Centrale di Sanità

Prof.ssa Anna Maria GIANNINI - Università “Sapienza” - Roma

Dott.ssa Isabel FERNANDEZ - Presidente Associazione per l’EMDR in Italia

Dott.ssa Stefania SACCHEZIN - Supervisore e Facilitator EMDR in Italia

Si ringraziano per il contributo fornito

Primo Dirigente Medico della Polizia di Stato
Dott. Antonio GRANDE - Direzione Centrale Anticrimine

Primo Dirigente Medico della Polizia di Stato
Dott. Fabio CICILIANO - Direzione Centrale di Sanità

Primo Dirigente della Polizia di Stato
Dott. Santo PUCCIA - Direzione Centrale per la Polizia Stradale,
Ferroviaria, delle Comunicazioni e per i Reparti Speciali

Vice Questore della Polizia di Stato
Dott.ssa Luciana BARON Direzione Centrale per la Polizia Stradale,
Ferroviaria, delle Comunicazioni e per i Reparti Speciali

Direttore Tecnico Superiore Psicologo della Polizia di Stato
Dott.ssa Fausta COSCIOTTI - Direzione Centrale di Sanità

Commissario Capo Tecnico Psicologo della Polizia di Stato
Dott.ssa Valentina TOCCI - Direzione Centrale di Sanità

Dott.ssa Anna Rita VERARDO - Associazione per l’EMDR in Italia

Prof. Pierluigi CORDELLIERI - Università “Sapienza” - Roma

INDICE

Prefazione	7
INTRODUZIONE	9
PROTOCOLLO PROCEDURA GENERALE	11
Flusso comunicativo in caso di evento critico afferente al contesto lavorativo	13
Criteri per l'attivazione di <i>default</i> dell'intervento di psicologia dell'emergenza.....	20
Protocollo procedurale per l'attivazione dell'intervento su richiesta	21
Criteri per l'individuazione dell' <i>équipe</i> di psicologia dell'emergenza ..	23
PROTOCOLLO PER L'INTERVENTO IN CASO DI EVENTO CRITICO DI SERVIZIO	25
A. Fase dell'analisi dell'evento critico di servizio.....	30
B. Fase della pianificazione dell'intervento.....	31
C. Fase dell'intervento.....	32
Primo Soccorso Psicologico	33
<i>Demobilization</i>	34
<i>Defusing</i>	35
Riunione Plenaria	37
<i>Debriefing</i>	39
Interventi individuali.....	41
D. Fase post-critica	42
<i>Follow-Up</i>	42
PROTOCOLLO PER L'INTERVENTO IN CASO DI SUICIDIO DELL'OPERATORE DI POLIZIA	43
Autopsia Psicologica	45
Scheda richiesta informazioni evento suicidario.....	47

Segnali d'allarme per il suicidio	48
PROTOCOLLO IN CASO DI INCIDENTE STRADALE	49
Flusso comunicativo in caso di incidente stradale	51
Progetto Chirone	56
Progetto ANIA <i>Cares</i>	57
PROTOCOLLO PER LA COMUNICAZIONE DI <i>BAD NEWS</i>	61
Fasi della comunicazione di <i>bad news</i>	65
Identificazione della salma	67
Consegna degli effetti personali	68
Comunicazione di <i>bad news</i> ai bambini.....	69
PROTOCOLLO IN CASO DI EVENTO CRITICO PRIVATO	71
Flusso comunicativo in caso di evento critico privato	74
PROTOCOLLO PER L'INTERVENTO IN CASO DI MAXI-EMERGENZA	79
Classificazione delle maxi-emergenze	81
A. Fase dell'analisi dell'evento di maxi-emergenza.....	84
B. Fase della pianificazione dell'intervento.....	85
C. Fase dell'intervento.....	86
Accoglienza	86
Primo Soccorso Psicologico	86
<i>Triage</i> psicologico.....	87
Sostegno	88
Informazione	78
D.V.I. (<i>Disaster Victim Identification</i>)	89

PREFAZIONE

di Fabrizio Ciprani

Direttore Centrale di Sanità

Dipartimento della Pubblica Sicurezza

La tutela della salute fisica e psicologica del personale della Polizia di Stato è interesse primario dell'Amministrazione.

La Direzione Centrale di Sanità partecipa a questa finalità sostenendo le attività di psicologia dell'emergenza, il cui obiettivo è mitigare l'impatto di quelle reazioni che possono presentarsi in seguito ad un evento critico potenzialmente traumatico ed impedirne la trasformazione in manifestazioni sintomatologiche clinicamente significative.

Si è ravvisata la necessità di istituire un Gruppo di Lavoro con il compito di individuare le procedure più idonee nello specifico ambito applicativo in occasione di eventi critici e di sistematizzare le attività secondo criteri di omogeneità ed uniformità. Si è giunti, in tal modo, all'elaborazione delle "Linee guida della psicologia dell'emergenza nella Polizia di Stato", un solido punto di riferimento per tutti coloro che, a vario titolo, siano coinvolti nella gestione di un intervento di psicologia dell'emergenza.

La costruzione di processi standardizzati a livello nazionale rispetto all'attivazione del flusso comunicativo a seguito di eventi critici e la maturazione di un'adeguata consapevolezza delle dinamiche di interazione tra le varie figure professionali interessate e delle specifiche procedure di intervento da rispettare nelle varie fasi di gestione dell'evento costituiscono la finalità primaria di questo lavoro che rappresenta un'ulteriore iniziativa

orientata alla prevenzione del disagio e al sostegno del personale della Polizia di Stato coinvolto in scenari ad alto impatto emotivo.

La struttura di queste linee guida consentirà ai signori Questori, ai Dirigenti di uffici e reparti, ai medici, al personale sanitario e a tutti gli psicologi di utilizzare un linguaggio comune che faciliterà la messa in atto di azioni sinergiche tra i vari attori, favorendo un'organizzazione sempre più efficace degli interventi, finalizzati al sostegno di tutto il personale nei momenti di maggiore vulnerabilità.

LINEE GUIDA DELLA PSICOLOGIA DELL'EMERGENZA NELLA POLIZIA DI STATO

INTRODUZIONE

La psicologia dell'emergenza è un ambito di studio e di intervento che mira ad applicare le conoscenze teoriche e pratiche della psicologia in situazioni critiche fortemente stressanti, che caratterizzano i contesti di emergenza. In tali contesti, i destinatari degli interventi di supporto sono le persone direttamente coinvolte nell'evento, le persone loro vicine (familiari, amici, colleghi) o che sono state testimoni dello stesso evento, ma anche coloro che sono coinvolti in qualità di soccorritori (personale sanitario, personale delle forze dell'ordine) e la comunità intera ove gli eventi critici si sono verificati.

Gli interventi di psicologia dell'emergenza in occasione di eventi critici che coinvolgono il personale della Polizia di Stato, in considerazione della loro complessità, richiedono l'impiego di specifiche professionalità e competenze ed il ricorso a strumenti, tecniche e protocolli di intervento validati e standardizzati. Per una maggiore e concreta efficacia, è previsto che le azioni ed i ruoli specifici nelle diverse fasi di un intervento critico, prima, durante e dopo le fasi acute, siano differenziati a seconda del contesto, delle caratteristiche peculiari dell'evento occorso e dei potenziali destinatari.

L'analisi della letteratura scientifica e l'esperienza sul campo hanno permesso di individuare le tipologie di evento critico più rilevanti nel peculiare contesto della Polizia di Stato. Per ogni tipologia di evento sono stati predisposti protocolli e procedure di intervento per la fase critica, quindi per la gestione dell'emergenza vera e propria, e protocolli e procedure da seguire nella fase post-critica.

I protocolli elaborati sono stati differenziati in protocolli tecnici specialistici, destinati ai funzionari tecnici psicologi e ai funzionari medici della Polizia di Stato specializzati in Psichiatria, con formazione in Psicologia dell'Emergenza, e protocolli procedurali generali rivolti a tutti gli uffici del Dipartimento della Pubblica Sicurezza. Sono stati, inoltre, declinati a seconda delle diverse tipologie di evento critico individuate, suddivise nelle macro-aree di seguito specificate:

- **Eventi critici afferenti al contesto lavorativo:** includono gli **incidenti critici di servizio** (conflitti a fuoco, ferimenti, incidenti stradali, incidenti di altro genere, attività di servizio in scenari ad alto impatto emotivo).
- **Eventi critici aventi come vittima un operatore di polizia anche se non strettamente legati all'attività di servizio** (lesione o decesso accidentale inatteso e/o per cause violente) quali accadimenti di perdita improvvisa che hanno una risonanza nei contesti lavorativi.
- **Suicidio dell'appartenente:** classificabile come un evento critico di servizio per i colleghi più prossimi alla vittima ed emotivamente più coinvolti.
- **Eventi critici privati:** si annoverano in questa categoria tutti gli eventi critici attinenti alla sfera privata e familiare di un appartenente alla Polizia di Stato (decesso per cause naturali; decesso di familiari; incidenti occorsi ai familiari).
- **Maxi-emergenza:** include disastri e calamità naturali che coinvolgono a vari livelli l'operatore (solitamente in qualità di soccorritore) e la comunità.

PROTOCOLLO PROCEDURA GENERALE

PROTOCOLLO PROCEDURA GENERALE FLUSSO COMUNICATIVO IN CASO DI EVENTO CRITICO AFFERENTE AL CONTESTO LAVORATIVO

Il protocollo della procedura generale relativo al flusso comunicativo individua gli uffici coinvolti nella prima fase dell'intervento, con le relative azioni ed attribuzioni. La prima fase include i passaggi fondamentali da compiere dal momento della ricezione della notizia al momento dell'attivazione dell'intervento, di *default* o su richiesta.

RICEZIONE DELLA NOTIZIA DELL'EVENTO, ANALISI DELL'EVENTO CRITICO E ATTIVAZIONE DELL'INTERVENTO

- 1) I responsabili degli uffici coinvolti nell'evento critico notiziano l'**Ufficio di Gabinetto della Questura**, che informa il **Centro Situazioni** del Dipartimento della P.S. ed il **Dirigente dell'Ufficio Sanitario Provinciale** o, in sua assenza, l'Ufficio di Coordinamento Sanitario competente per territorio, che individuerà un funzionario medico della Polizia di Stato in servizio presso altra sede, comunque nell'ambito della propria competenza territoriale.
- 2) Il **Dirigente dell'Ufficio Sanitario Provinciale** informa l'**Ufficio di Coordinamento Sanitario**, che, a sua volta, contatta la **Direzione Centrale di Sanità** (Servizio di Psicologia e Servizio Affari Generali di Sanità).

L'Ufficio di Coordinamento Sanitario

- Acquisisce tutte le informazioni necessarie sulle circostanze dell'evento dal funzionario medico coinvolto nel primo intervento e scambia informazioni circa l'accaduto con il **Servizio di Psicologia**.
- Attiva un *team* sanitario come di seguito composto:
 - *primo soccorso medico*: funzionario medico e personale tecnico settore sanitario dell'Ufficio Sanitario competente in relazione all'ufficio/reparto coinvolto;

- *primo soccorso psicologico*: funzionario tecnico psicologo e ispettore tecnico settore psicologia, ove presenti, valutandone l'opportunità con il Servizio di Psicologia, in attesa dell'eventuale attivazione dell'*équipe* dell'emergenza.

È possibile valutare il coinvolgimento in tali attività di un funzionario medico specializzato in psichiatria, ove presente sul territorio.

- Gestisce la procedura amministrativa relativa all'invio in missione qualora l'evento ed il personale sanitario individuato ricadano nella propria competenza territoriale e trasmette le informazioni necessarie al **Servizio Affari Generali di Sanità** e, per conoscenza, al **Servizio di Psicologia**.

Il Servizio di Psicologia

- Prende contatti e scambia informazioni sull'evento e sui soggetti coinvolti con l'**Ufficio Sanitario Provinciale** e con i **Dirigenti degli uffici coinvolti**. Le informazioni devono essere raccolte secondo i criteri "chi-cosa-dove-come-quando"; è prioritario acquisire informazioni relativamente a: profilo anagrafico e lavorativo delle vittime; situazione familiare e sociale; eventuali fattori di rischio psicosociale di contesto; localizzazione dei familiari prossimi; operatori coinvolti a vario titolo, potenziali destinatari dell'intervento.
- In caso di suicidio, richiede all'**Ufficio Sanitario dell'ufficio/reparto di appartenenza della vittima** la compilazione della scheda di acquisizione dati relativi al profilo anagrafico, lavorativo ed anamnestico dell'operatore deceduto, per l'analisi epidemiologica del fenomeno.
- Valuta la sussistenza dei criteri necessari per l'attivazione di *default* dell'intervento.

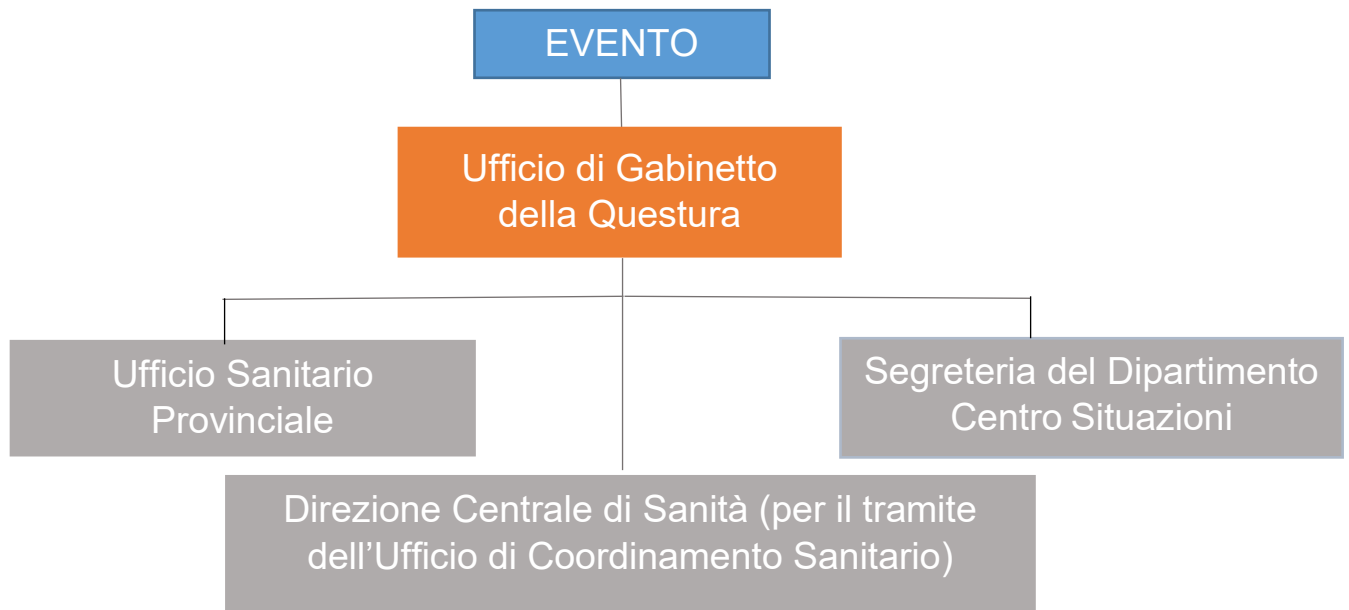
- Concorda, di concerto con l'**Ufficio di Coordinamento Sanitario**, l'opportunità di un eventuale primo intervento immediato – primo soccorso psicologico – per colleghi o familiari in attesa dell'eventuale attivazione dell'intervento di psicologia dell'emergenza.
- Nel caso in cui si ritenga opportuno predisporre un intervento di psicologia dell'emergenza, previa richiesta formale inviata dagli **Uffici territoriali coinvolti** (come specificato di seguito), il **Servizio di Psicologia** procede all'individuazione degli psicologi componenti dell'*équipe* e all'individuazione di altre eventuali figure professionali (ispettori tecnici settore psicologia, pari). Procede, quindi, all'attivazione dell'intervento.
- Provvede alla compilazione della parte A della *Scheda di rilevazione evento critico*; la compilazione della parte A della Scheda può essere effettuata anche da altri organi (ad es. Uffici di Coordinamento Sanitario) nei casi in cui questi abbiano già effettuato la prima raccolta delle informazioni.
- Svolge la funzione di referente tecnico-professionale del successivo intervento operativo.
- Comunica con il **Servizio Affari Generali** di Sanità che predispone l'impiego e la missione per i componenti dell'*équipe* di psicologia dell'emergenza.
- Trasmette le informazioni utili ai componenti dell'*équipe* di psicologia dell'emergenza.

Il Servizio Affari Generali di Sanità

- Sovrintende agli aspetti logistico-organizzativi.
- Predispone l'impiego e l'invio in missione dello *staff* in tutti i casi in cui sia necessaria una disposizione di livello centrale.

FASE 1

RICEZIONE NOTIZIA EVENTO CRITICO



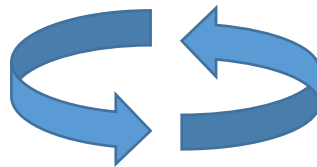
UFFICIO DI COORDINAMENTO SANITARIO

Acquisisce informazioni sulle circostanze dell'evento.

Attiva un *team* sanitario:

- Primo soccorso medico (funzionario medico e personale tecnico sanitario dell'Ufficio Sanitario, ove presente).
- Primo soccorso psicologico (funzionario tecnico psicologo e ispettore tecnico settore psicologia, ove presenti e d'intesa con il Servizio di Psicologia).

Gestisce la procedura amministrativa relativa all'invio in missione dello *staff* se di propria competenza territoriale e trasmette le informazioni al Servizio Affari Generali di Sanità e al Servizio di Psicologia.



SERVIZIO AFFARI GENERALI DI SANITÀ

Sovrintende agli aspetti logistici ed organizzativi.

Predisporre l'impiego e l'invio in missione dello *staff*.

Supporta l'azione della Direzione Centrale di Sanità.

SERVIZIO DI PSICOLOGIA

Raccoglie le informazioni e classifica la tipologia di evento.

Contatta i dirigenti degli uffici coinvolti.

Richiede notizie all'Ufficio Sanitario Provinciale relative all'evento e alla storia clinica del dipendente.

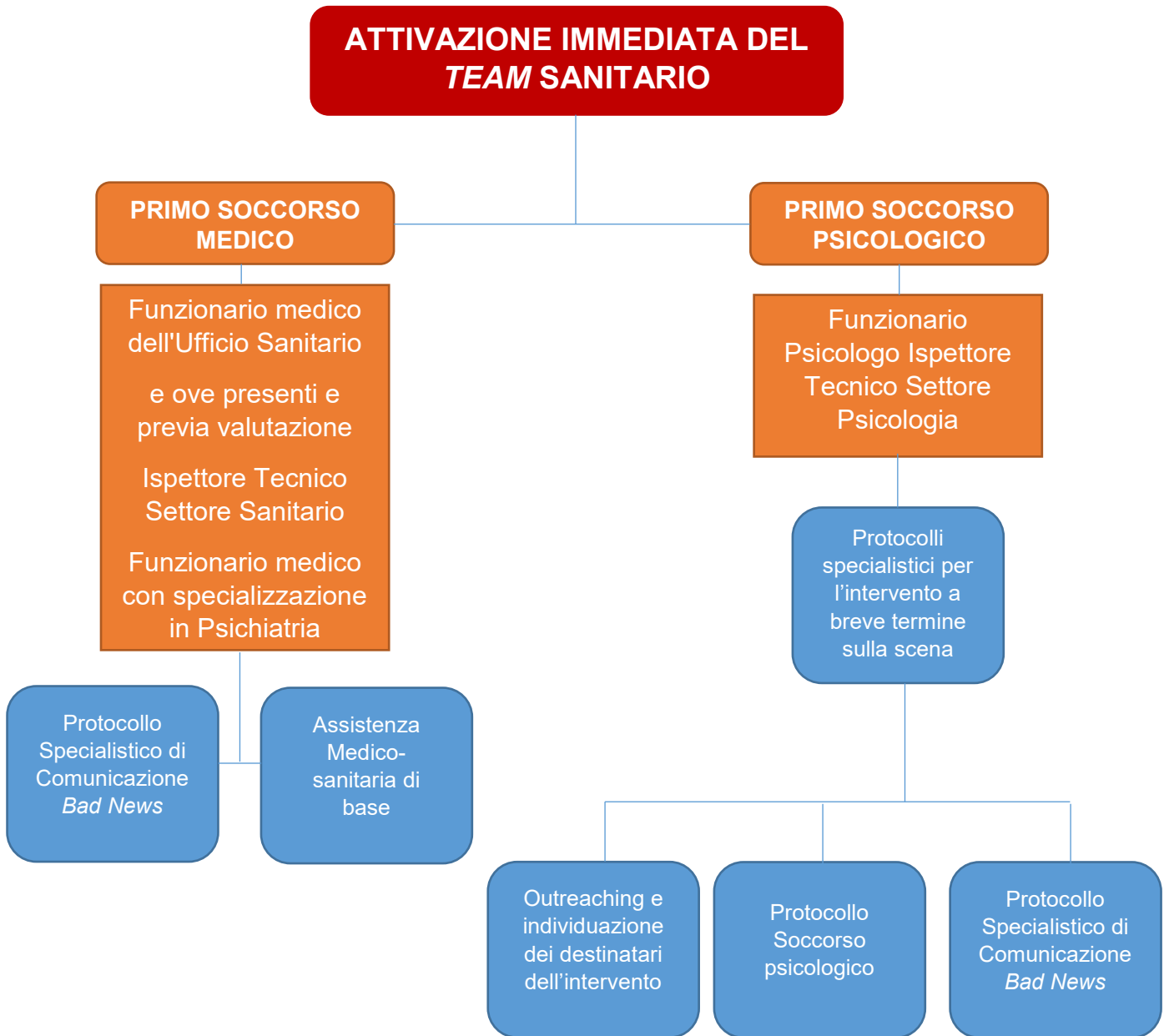
Valuta la necessità dell'intervento.

Procede alla individuazione degli psicologi componenti dell'*équipe* di psicologia dell'emergenza e delle altre figure professionali.

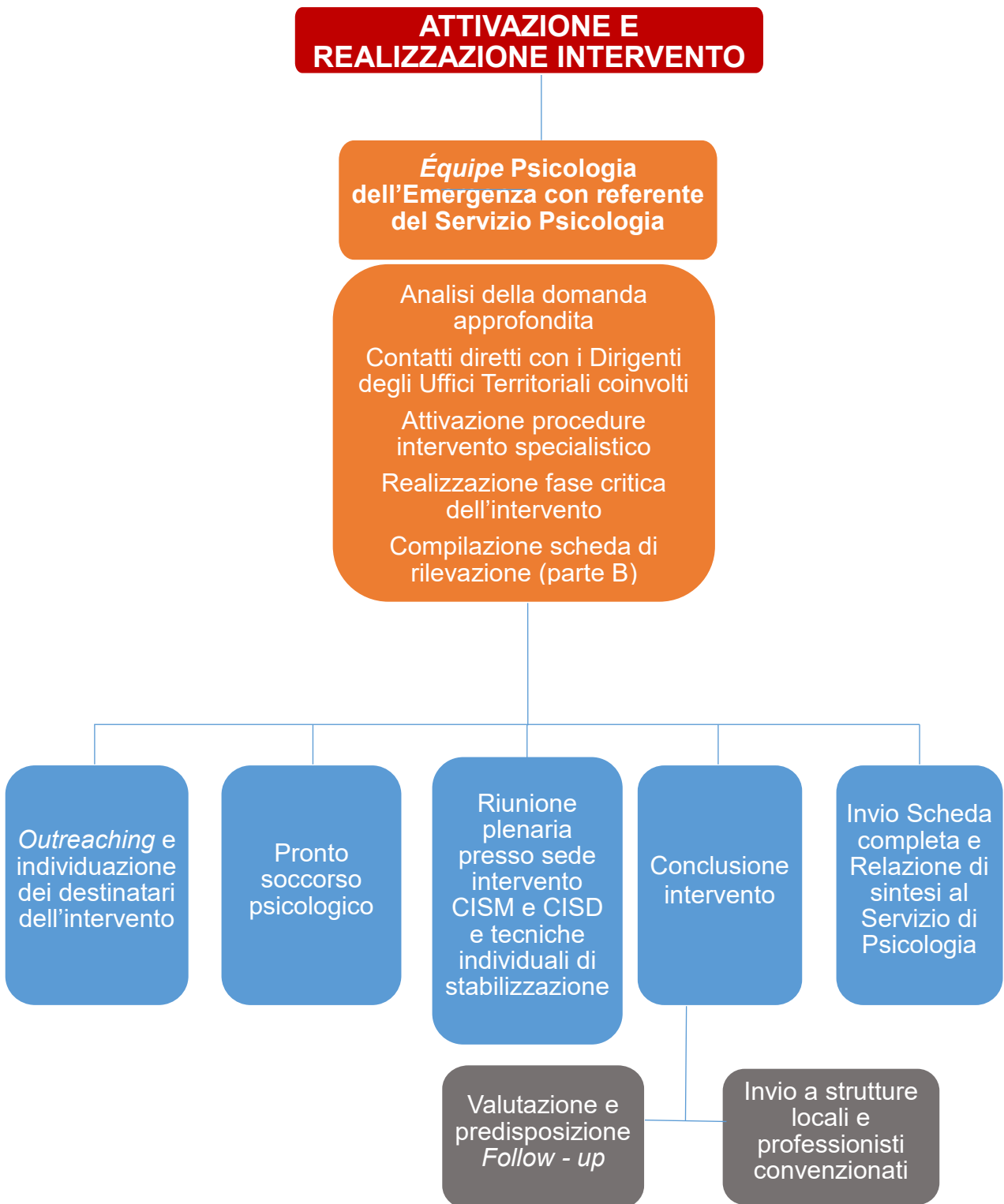
Provvede all'individuazione di eventuali "pari" sul territorio.

Assume le funzioni di referente tecnico-professionale dell'intervento di psicologia dell'emergenza.

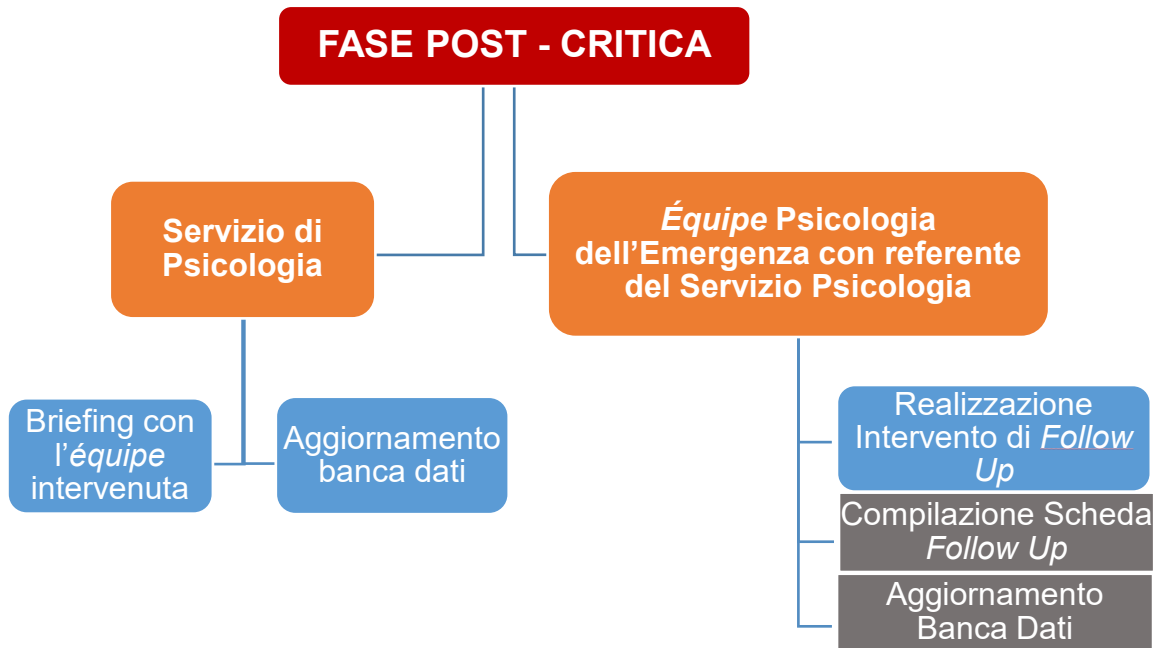
FASE 2



FASE 2



FASE 3



CRITERI PER L'ATTIVAZIONE DI *DEFAULT* DELL'INTERVENTO DI PSICOLOGIA DELL'EMERGENZA

Al fine di assicurare una presenza immediata dell'*équipe* di psicologia dell'emergenza in occasione degli eventi critici di particolare rilevanza accaduti sul territorio nazionale, sono state individuate le fattispecie di eventi che per specifiche caratteristiche intrinseche richiedono l'attivazione di *default* dell'intervento, a prescindere dalla formalizzazione di una richiesta da parte degli Uffici coinvolti.

Le tipologie di evento critico individuate sono:

- **Suicidio dell'operatore** che prevede, ove possibile, un immediato intervento dello psicologo per la comunicazione del decesso e un immediato supporto psicologico rivolto ai colleghi e ai familiari della vittima;
- **Eventi critici di servizio dall'elevato potenziale traumatico** da cui sia derivato il ferimento grave o il decesso dell'operatore (ad es. conflitto a fuoco, incidente stradale in servizio, ecc.);
- **Eventi critici dall'elevato potenziale traumatico e con elevata risonanza mediatica** che implicino un coinvolgimento degli operatori in scenari ad elevato impatto emotivo.

Per le tipologie di cui sopra, l'attivazione di *default* dell'intervento prevede che, una volta acquisita la notizia e le prime informazioni relative all'evento critico, siano compiuti, senza ulteriore attesa, tutti i seguenti passaggi procedurali, come da Linee Guida di riferimento.

PROTOCOLLO PROCEDURALE PER L'ATTIVAZIONE DELL'INTERVENTO SU RICHIESTA

Richiesta dell'intervento

In occasione di eventi critici occorsi l'intervento oltre ad essere attivato di *default*, secondo i criteri già specificati, può essere a seguito di richiesta.

La richiesta (come da *fac-simile*) deve essere avanzata dai Dirigenti degli uffici coinvolti alla Direzione Centrale di Sanità – Servizio Affari Generali di Sanità, al Servizio di Psicologia, all'Ufficio di Coordinamento Sanitario, all'Ufficio Sanitario competente.

Nella richiesta di intervento devono essere specificati i soggetti destinatari dell'intervento: le richieste di intervento possono essere a favore di colleghi e/o familiari.

FAC-SIMILE RICHIESTA DI INTERVENTO PSICOLOGIA DELL'EMERGENZA

Inviare la richiesta a:

DIREZIONE CENTRALE DI SANITÀ

- Affari Generali di Sanità
- Servizio di Psicologia

e, per conoscenza a:

UFFICIO DI COORDINAMENTO SANITARIO di competenza

UFFICIO SANITARIO PROVINCIALE della Questura di competenza

OGGETTO: Decesso QUALIFICA, NOME, COGNOME, DATA DI NASCITA - Richiesta Intervento di Psicologia dell'Emergenza

A seguito del tragico evento occorso al QUALIFICA, NOME, COGNOME, DATA DI NASCITA, in servizio presso UFFICIO DI APPARTENENZA, si richiede di poter predisporre un intervento di psicologia dell'emergenza in favore dei colleghi o dei colleghi e dei familiari.

Dalla richiesta dell'intervento all'invio in missione

Gli Uffici di Coordinamento Sanitario, d'intesa con il Servizio di Psicologia, predispongono l'impiego e l'invio in missione del personale sanitario o dell'*équipe* in servizio sul territorio di propria competenza, qualora l'intervento venga realizzato nel medesimo ambito.

In tutti gli altri casi, il Servizio Affari Generali di Sanità della Direzione Centrale di Sanità predispone l'impiego e l'invio in missione dell'*équipe* individuata dal Servizio di Psicologia.

CRITERI PER L'INDIVIDUAZIONE DELL'ÉQUIPE DI PSICOLOGIA DELL'EMERGENZA

Tutti i funzionari tecnici psicologi della Polizia di Stato possono essere individuati come componenti dell'*équipe* di Psicologia dell'Emergenza, in base ai seguenti criteri, gerarchicamente ordinati:

- A. Criterio della adeguata formazione teorico-pratica:** il componente dell'*équipe* deve possedere un'adeguata e verificabile formazione nel settore della Psicologia dell'Emergenza e deve aver svolto l'osservazione diretta di almeno un intervento di psicologia dell'emergenza condotto da uno psicologo della Polizia di Stato con comprovata esperienza.
- B. Criterio territoriale:** il componente dell'*équipe* viene individuato in base alla prossimità della sede di servizio rispetto al luogo dell'evento critico.
- C. Criterio di rotazione:** in caso di più eventi occorsi nello stesso territorio in un breve intervallo di tempo, l'individuazione dei componenti dell'*équipe* può prescindere dal criterio territoriale di cui sopra e deve privilegiare il criterio di rotazione al fine di garantire un adeguato tempo di recupero psico-fisico dello psicologo.
- D. Criterio numerico:** in casi ordinari l'*équipe* è composta da due funzionari psicologi. Nei casi complessi, valutati come tali dal Servizio di Psicologia (in considerazione di criteri quali il numero e la tipologia dei destinatari, la presenza di più minori e/o soggetti fragili, la presumibile complessità dell'intervento, la presumibile durata temporale superiore a tre giorni e la necessità di intervento in diverse località), l'*équipe* deve essere composta da più di due unità ovvero devono essere individuate più *équipe*.

E. Criterio della disponibilità: nel momento dell'individuazione dei componenti dell'*équipe* si verifica la disponibilità del funzionario tecnico psicologo, dove per disponibilità si intende l'assenza di inderogabili impegni istituzionali già programmati, per i quali non sia possibile fornire nominativo di altro funzionario psicologo in sostituzione.

F. Criterio di esclusione: si considera criterio di esclusione la presenza di accadimenti o gravi vissuti personali recentemente occorsi che si configurano come eventi critici privati per il funzionario psicologo e che, come tali, si ritengono elementi momentaneamente incompatibili con l'impiego in un intervento di psicologia dell'emergenza.

**PROTOCOLLO
PER L'INTERVENTO IN
CASO DI EVENTO CRITICO
DI SERVIZIO**

PROTOCOLLO PER L'INTERVENTO IN CASO DI EVENTO CRITICO DI SERVIZIO

Si definisce **evento critico di servizio** qualsiasi evento in grado di sopraffare le usuali capacità di fronteggiamento del soccorritore. In senso più specifico, un evento critico di servizio consiste nell'esperienza di una situazione lavorativa che ha implicato morte o minaccia di morte o gravi lesioni o una minaccia all'integrità fisica propria o altrui e da cui ne derivi un *distress* psicologico dell'operatore dell'emergenza.

Nel caso di eventi critici di servizio vissuti in modo indiretto, la letteratura specialistica ha coniato l'espressione di "stress traumatico secondario" o "*compassion fatigue*" per indicare lo stato di disagio conseguente all'esposizione a scene di morte o sofferenza altrui. Sono compresi tra gli eventi critici di servizio, quindi, anche gli eventi critici dall'elevato potenziale traumatico e con elevata risonanza mediatica che implicino il coinvolgimento degli operatori in scenari ad alto impatto emotivo.

È possibile individuare le seguenti tipologie di eventi critici di servizio:

- ferimento personale;
- rischio di grave ferimento o morte;
- ferimento di un collega;
- rischio di ferimento o morte di un collega;
- soccorso a conoscenti;
- evento con più morti e/o feriti gravi;
- grave ferimento o morte di un bambino;
- rischio grave di ferimento o morte di un bambino;
- minacce o insulti dagli astanti;

- persone gravemente ustionate o mutilate;
- soccorso a persone incastrate e gravemente ferite.

In base alla tipologia di evento critico di servizio, viene attivato il protocollo specialistico di psicologia dell'emergenza che prevede le seguenti fasi:

A. FASE DELL'ANALISI DELL'EVENTO

B. FASE DELLA PIANIFICAZIONE DELL'INTERVENTO

C. FASE DELL'INTERVENTO

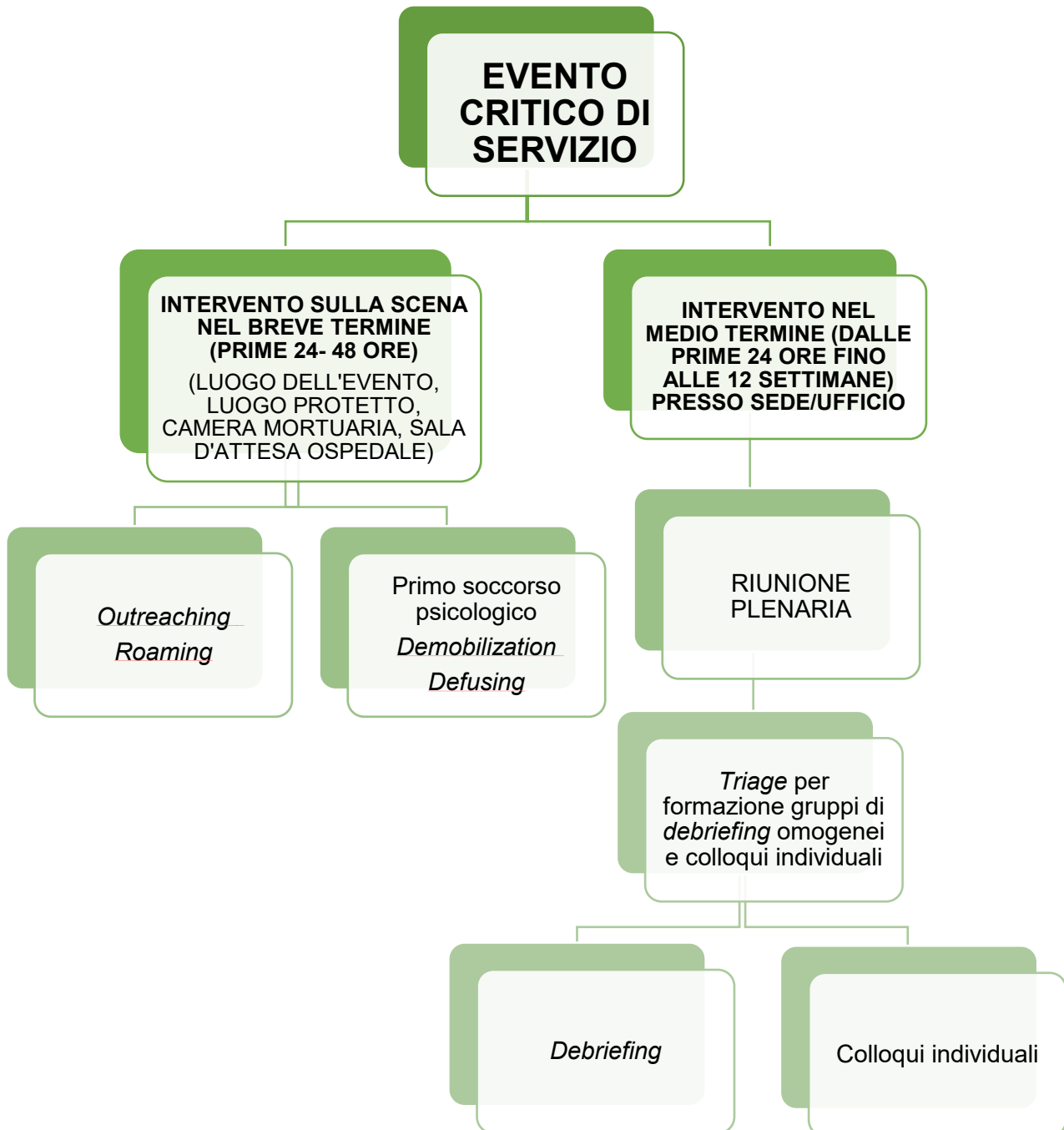
– SULLA SCENA

- ❖ Primo soccorso psicologico
- ❖ *Demobilization*
- ❖ *Defusing* (8-12 ore dopo l'evento)

– PRESSO SEDE/UFFICIO

- ❖ Riunione plenaria
- ❖ Gestione globale dello stress negli incidenti critici (CISM – *Critical Incident Stress Management*):
 - *Debriefing* (da 24-72 ore a settimane dopo l'evento)
 - Supporto individuale
 - Sessione individuale

SINTESI SCHEMATICA PROTOCOLLO DI INTERVENTO IN CASO DI EVENTO CRITICO DI SERVIZIO



A. FASE DELL'ANALISI DELL'EVENTO CRITICO DI SERVIZIO

OBIETTIVO: questa fase ha la finalità di acquisire elementi conoscitivi relativi alle caratteristiche dell'evento, utili alla pianificazione dell'intervento.

SOGGETTI COINVOLTI: *équipe* di psicologi e figure di riferimento sul territorio (referenti del ruolo ordinario e dirigente dell'Ufficio Sanitario della sede luogo dell'intervento).

FLUSSO COMUNICATIVO: contatti diretti tra i soggetti coinvolti, finalizzati ad acquisire informazioni utili alla strutturazione dell'intervento.

- Che cosa è accaduto, dove, come, quando.
- Chi e quanti operatori sono coinvolti direttamente (vittime primarie) nell'evento.
- Raccolta di informazioni anagrafiche (stato civile, età, presenza di figli, notizie anamnestiche, situazione familiare attuale e di origine) e relative al profilo lavorativo degli operatori vittime primarie (qualifica, mansione, anzianità di servizio totale e anzianità di servizio nell'ultima sede).
- Valutazione del numero e dell'ubicazione degli operatori in servizio nello stesso ufficio/sede degli operatori vittime primarie dell'evento.
- Valutazione del numero e dell'ubicazione di eventuali altri operatori coinvolti a vario titolo nell'evento (ad esempio, precedenti recenti sedi di servizio delle vittime primarie).
- Valutazione della necessità di effettuare l'intervento sulla scena, presso la camera mortuaria, presso nosocomi, presso sede/ufficio e/o presso abitazioni private dei destinatari.

B. FASE DELLA PIANIFICAZIONE DELL'INTERVENTO

OBIETTIVO: strutturazione dell'intervento, in considerazione della tipologia dell'evento, dei luoghi e dei possibili destinatari.

SOGGETTI COINVOLTI: *équipe* di psicologi e figure di riferimento sul territorio (referenti del ruolo ordinario e dirigente dell'Ufficio Sanitario della sede luogo dell'intervento).

FLUSSO COMUNICATIVO: contatti diretti tra i soggetti coinvolti finalizzati ad acquisire informazioni utili alla strutturazione dell'intervento.

- Presentazione ai referenti sul territorio delle caratteristiche principali dell'intervento di psicologia dell'emergenza.
- Individuazione dei luoghi dove effettuare l'intervento.

Nel caso di intervento **presso uffici e sedi di servizio:**

- Individuazione in accordo con i referenti sul territorio di spazi adeguati che consentano l'attività, tutelando un livello sufficiente di *privacy*, e identificazione delle condizioni di supporto logistico.

Nel caso di intervento **sulla scena** (pronto soccorso, camera mortuaria ecc.):

- L'*équipe* provvederà all'individuazione degli spazi idonei alla gestione dell'intervento, evitando di interferire con le eventuali attività operative di soccorso in atto.

C. FASE DELL'INTERVENTO

INTERVENTO SULLA SCENA DELL'EVENTO

PRIMO SOCCORSO PSICOLOGICO¹

OBIETTIVO: stabilire un contatto con i sopravvissuti, fornire conforto fisico e supporto emotivo, stabilizzare le risposte emotive, definire i bisogni primari dei sopravvissuti, fornire assistenza pratica, mettere in contatto i sopravvissuti con la rete sociale, fornire informazioni rispetto alle reazioni emotive connesse ad eventi traumatici.

SOGGETTI COINVOLTI: *équipe* di psicologi e vittime dell'evento critico.

STRATEGIE DI INTERVENTO:

- *Analisi della situazione:* caratteristiche dell'evento, numero vittime e feriti, loro ubicazione, eventuali strutture e operatori dell'emergenza in campo, strutture di assistenza psicosociale sul territorio ecc.
- *Screening:* analisi delle informazioni raccolte direttamente e indirettamente sulle persone coinvolte nell'evento.
- *Outreaching:* procedure per entrare in contatto con le vittime senza aspettare una richiesta esplicita da parte dei superstiti (*roaming*, inteso come quell'attività che porta lo psicologo a spostarsi frequentemente all'interno dello scenario, visite a domicilio ecc.).

¹Nella versione integrale delle Linee Guida per la psicologia dell'emergenza nella Polizia di Stato è presente il **Protocollo specialistico per il Primo Soccorso Psicologico** destinato alle competenti figure professionali.

PRIMO SOCCORSO PSICOLOGICO

Il primo soccorso psicologico (PSP) rappresenta un aiuto professionale immediato rivolto a tutti coloro che abbiano urgente bisogno di sostegno psicologico o che mostrino una evidente sofferenza emotiva.

Offrire il PSP in modo responsabile significa:

1. Rispettare la sicurezza, la dignità e i diritti dei destinatari dell'intervento.
2. Adattare il proprio intervento al contesto di appartenenza della persona.
3. Essere a conoscenza delle altre operazioni di risposta emergenziale in corso.
4. Prendersi cura di sé.

DEMOBILIZATION – DECOMPRESSIONE

Intervento indirizzato alla squadra di soccorritori dopo un evento su vasta scala, quando il numero dei soggetti coinvolti è troppo elevato perché sia possibile fornire servizi più personalizzati. È concepito come una sessione rapida di informazione e di riposo dopo l'evento.

OBIETTIVO: la decompressione funge da fase di transizione tra l'essere in scena e l'andare a casa o il ritornare ai compiti di *routine*. Permette, inoltre, di effettuare uno *screening* sui soggetti che possono avere bisogno di ulteriore assistenza.

SOGGETTI COINVOLTI: *équipe* della psicologia dell'emergenza e squadra dei soccorritori.

STRATEGIE DI INTERVENTO: la *demobilization* deve essere effettuata in un luogo diverso dalla scena dell'evento, che sarà punto di riferimento per le unità dei soccorritori e all'interno del quale, nel breve termine di circa venti minuti, potranno ricevere le informazioni circa lo stress da evento critico e le strategie di *coping* più idonee per fargli fronte, unitamente alla possibilità di fruire di beni di conforto.

DEFUSING²

Il *defusing* è un intervento breve di gruppo, da realizzarsi entro le 24–36 ore successive all'evento critico al fine di ridurre e modulare i fattori di rischio connessi con l'insorgere di situazioni patologiche collegate allo stress. Consiste in un lavoro di gruppo di rielaborazione degli avvenimenti in cui i suoi membri sono stati coinvolti. Il *defusing*, lungi dall'essere un intervento clinico, si colloca in una prospettiva depatologizzante che sollecita la comunicazione ed il supporto sociale per ridurre l'effetto disorganizzante degli eventi critici.

OBIETTIVI: condividere nel breve termine i vissuti emotivi correlati ad un evento critico potenzialmente traumatico ne facilita l'integrazione. L'obiettivo è rielaborare brevemente e collettivamente il significato dell'evento e ridurre al minimo l'impatto dell'avvenimento traumatico. Il *defusing* ha la finalità di fornire ai superstiti un'opportunità di sostegno, rassicurazione e informazione. Più in particolare, può aiutare i superstiti a passare da una modalità di funzionamento orientata esclusivamente alla sopravvivenza, alla considerazione della sequenza di operazioni concrete da compiere affinché la situazione si ristabilisca. Può anche aiutarli a comprendere meglio i vari pensieri e sentimenti associati alla propria esperienza. Inoltre, costituisce uno spazio per valutare e indirizzare verso i servizi sociali o di salute mentale più intensivi, gli individui che potrebbero averne bisogno.

SOGGETTI COINVOLTI: *équipe* di psicologia dell'emergenza e vittime dell'evento critico di servizio. Il criterio di inserimento dei partecipanti al gruppo di *defusing* è collegato all'omogeneità rispetto al grado di esposizione all'evento.

STRATEGIE DI INTERVENTO: il *defusing* ha una durata complessiva dai 24 ai 45 minuti e si compone di tre fasi:

² Nella versione integrale delle Linee Guida per la psicologia dell'emergenza nella Polizia di Stato è presente il **Protocollo specialistico per il *Defusing*** destinato alle competenti figure professionali.

- Introduzione (5-7 minuti), fase in cui si presenta l'intervento e si specifica quali sono le sue caratteristiche, in un clima non giudicante;
- Esplorazione (10-20 minuti), fase in cui si cerca di far emergere fatti, pensieri e stati d'animo. Ogni partecipante è libero di intervenire e nessuno deve essere obbligato a parlare se non ne ha voglia;
- Informazione (5-15 minuti), fase in cui l'obiettivo è sostenere, assicurare sulle normali reazioni da stress e proporre la condivisione di risorse psicologiche per fronteggiare l'evento stressante.

La partecipazione al gruppo di *defusing* è volontaria e regolata da un patto di riservatezza rispetto ai contenuti emersi durante l'incontro.

INTERVENTO PRESSO SEDE/UFFICIO

RIUNIONE PLENARIA³

La riunione plenaria è l'incontro preliminare ed introduttivo agli specifici interventi della psicologia dell'emergenza, da svolgersi nella sede di servizio degli operatori coinvolti nell'evento critico entro le prime 24-48 ore successive all'evento critico.

Nel caso in cui non vi sia stato un intervento sulla scena dell'evento, la riunione plenaria rappresenta per gli operatori il primo incontro con la figura dello psicologo, configurandosi come l'opportunità per stabilire una relazione diretta e autentica.

OBIETTIVI:

- Consentire la veicolazione diretta delle informazioni utili, correggendo eventuali comunicazioni erranee precedenti;
- fornire informazioni e chiarimenti (scopi, finalità e modalità) sugli interventi che saranno attuati (*debriefing*, colloqui individuali, ecc.);
- favorire una maggiore adesione e partecipazione degli operatori agli interventi proposti;
- creare un primo spazio dedicato alla psicoeducazione;
- effettuare il *triage* sulla base del livello di vittimizzazione allo scopo di creare gruppi omogenei di *debriefing* e pianificare eventuali colloqui individuali.

SOGGETTI COINVOLTI: *équipe* della psicologia dell'emergenza e potenziali destinatari dell'intervento di psicologia dell'emergenza, rappresentati nel seguente elenco:

³ Nella versione integrale delle Linee Guida per la psicologia dell'emergenza nella Polizia di Stato è presente il **Protocollo specialistico per la riunione plenaria** destinato alle competenti figure professionali.

- tutti gli operatori presenti nella sede di servizio;
- tutti gli operatori coinvolti nell'evento critico di servizio (Commissariato, Reparto, Questura ecc.), senza distinzione di qualifica.

STRATEGIE DI INTERVENTO: il personale viene preventivamente avvisato (dal Dirigente dell'Ufficio) dell'arrivo dell'*équipe* della psicologia dell'emergenza ed invitato a partecipare a prescindere dal grado di coinvolgimento nell'evento.

FASI DELLA RIUNIONE PLENARIA

- Presentazione dell'*équipe*.
- Breve presentazione della psicologia dell'emergenza: cosa è l'evento critico, con chi si interviene e perché.
- Spiegazione delle reazioni, emozioni e comportamenti delle persone durante e dopo l'evento critico.
- Illustrazione dell'obiettivo dell'intervento, che consiste nel fornire supporto psicologico attraverso gruppi di *debriefing* e colloqui individuali, su richiesta degli interessati, per favorire l'elaborazione adattiva dell'esperienza traumatica.

DEBRIEFING⁴

Metodo di intervento che si utilizza all'interno del modello *Critical Incident Stress Management* CISM (Gestione dello stress da evento critico), un protocollo clinico di prevenzione e trattamento delle reazioni psicologiche potenzialmente traumatiche a fronte di eventi critici, teorizzato da Everly G. S. e Mitchell J. T.

Il *debriefing* consiste in una discussione di gruppo strutturata, condotta con gruppi omogenei in base al grado di esposizione all'evento critico, alla prospettiva e alla percezione dell'evento. Lo strumento di lavoro è il gruppo come spazio di condivisione dei vissuti emotivi e delle rappresentazioni cognitive collegate all'evento.

COSA NON È IL DEBRIEFING

- Non è un *counseling*, né una psicoterapia.
- Non è una tecnica di intervento per le esperienze stressanti di poco conto, legate ad attività quotidiane.

OBIETTIVI

- Mitigazione dei sintomi acuti.
- Promozione del recupero e facilitazione del senso di una “conclusione” psicologica dell'evento critico.
- Normalizzazione e legittimazione dei pensieri, delle reazioni e dei sintomi attraverso il confronto e l'ascolto di altre persone.
- Riduzione dello stress traumatico.
- Stimolazione di un *coping* costruttivo.
- Individuazione dei bisogni per eventuale *follow-up*.

⁴Nella versione integrale delle Linee Guida per la psicologia dell'emergenza nella Polizia di Stato è presente il **Protocollo specialistico per il *Debriefing*** destinato alle competenti figure professionali.

- Psicoeducazione: fornire informazioni utili alla comprensione delle proprie reazioni nei confronti del trauma e alla gestione autonoma dello stress.
- Favorire la creazione o il consolidamento di legami interpersonali per combattere l'isolamento sociale conseguente a situazioni di grave stress.
- Favorire un rapporto positivo con le istituzioni sanitarie per eventuali future necessità.
- Favorire la collaborazione tra organizzazioni che lavorano in sinergia (ad esempio tra vari uffici/reparti).

SOGGETTI COINVOLTI

Équipe di psicologia dell'emergenza e vittime dell'evento critico di servizio.

INTERVENTI INDIVIDUALI

INTERVENTO INDIVIDUALE/STABILIZZAZIONE

I superstiti che manifestano reazioni significative possono trarre beneficio da sessioni individuali attraverso colloqui psicologici che consentano di affrontare in profondità alcune problematiche.

È stata verificata empiricamente l'efficacia di due metodi per facilitare l'elaborazione degli eventi: l'*Eye Movement Desensitization and Reprocessing* (EMDR) e la terapia cognitivo-comportamentale (Linee guida OMS)⁵.

⁵ OMS (2013), *L'assessment e la gestione dei disturbi specifici legati allo stress*.

D. FASE POST-CRITICA

FOLLOW UP⁶

Al termine dell'attività di psicologia dell'emergenza, l'*équipe* di psicologi può ritenere opportuno pianificare un *follow-up* a distanza di tempo con gli stessi destinatari.

L'intervallo di tempo può essere variabile ed è a discrezione dell'*équipe* intervenuta, in considerazione di elementi contestuali e della natura di eventuali fattori di rischio individuati.

Ai fini della pianificazione dell'intervento di *follow-up*, l'*équipe* prende in considerazione le informazioni relative al clima nell'ambiente lavorativo rilevate in fase post – critica dai Dirigenti degli uffici.

I Dirigenti degli uffici coinvolti nel primo intervento di psicologia dell'emergenza effettuano una richiesta di *follow-up* con le stesse modalità specificate nella sezione “Intervento su richiesta” (vedere *fac-simile* Richiesta Intervento).

⁶ Nella versione integrale delle Linee Guida per la psicologia dell'emergenza nella Polizia di Stato è presente il **Protocollo specialistico per il *Follow-up*** destinato alle competenti figure professionali.

**PROTOCOLLO
PER L'INTERVENTO IN
CASO DI SUICIDIO
DELL'OPERATORE**

PROTOCOLLO PER L'INTERVENTO IN CASO DI SUICIDIO DELL'OPERATORE DI POLIZIA

In caso di suicidio di un operatore della Polizia di Stato è prevista l'attivazione di *default* dell'intervento di psicologia dell'emergenza secondo le indicazioni previste nel protocollo specialistico di intervento in caso di evento critico di servizio.

AUTOPSIA PSICOLOGICA⁷

In considerazione del fatto che nel corso dell'intervento di supporto psicologico nei confronti di familiari e colleghi possono essere acquisite dall'*équipe* di psicologia dell'emergenza una serie di informazioni utili alla ricostruzione del profilo di personalità, dell'anamnesi e della storia lavorativa dell'operatore suicida, nonché elementi utili all'analisi dei fattori concomitanti e precipitanti correlati all'evento, è necessario prevedere l'utilizzo di uno strumento di raccolta sistematica delle informazioni in base alla metodologia dell'autopsia psicologica.

⁷ Nella versione integrale delle Linee Guida per la psicologia dell'emergenza nella Polizia di Stato è presente il **Protocollo specialistico per Autopsia psicologica** destinato alle competenti figure professionali.

SPECIFICI COMPITI DEL SERVIZIO DI PSICOLOGIA DURANTE L'INTERVENTO IN CASO DI SUICIDIO DELL'OPERATORE DELLA POLIZIA DI STATO

- Provvede all'acquisizione, tramite apposita richiesta all'Ufficio Sanitario Provinciale, di una relazione relativa alla storia lavorativa e sanitaria del dipendente deceduto per suicidio e alle caratteristiche dell'evento e della relativa documentazione.
- Provvede alla trasmissione all'Ufficio Sanitario della seguente **scheda di richiesta informazioni** relative al suicidio del dipendente specificamente predisposta per le attività di studio e ricerca sul fenomeno suicidario tra gli operatori della Polizia di Stato, finalizzate allo sviluppo di strategie di prevenzione.

SCHEDA RICHIESTA INFORMAZIONI EVENTO SUICIDARIO

**Inviata dal Servizio di Psicologia all'Ufficio Sanitario
Provinciale in caso di suicidio di dipendente della Polizia di
Stato**

CARATTERISTICHE ANAGRAFICHE

Nome

Cognome

Data di nascita

Luogo di nascita

Luogo di residenza

Stato civile

Prole/Numero di figli

Titolo di Studio

PROFILO LAVORATIVO

Anno di arruolamento

Anzianità di servizio

Qualifica

Ufficio di Appartenenza

Mansione

Sanzioni disciplinari

Ricompense

PROFILO SANITARIO

Anamnesi clinica attuale e pregressa

Numero di giorni di malattia nel mese precedente all'evento e patologie associate

Numero di giorni di congedo straordinario per malattia, continuativi e non continuativi, nell'anno solare precedente all'evento e patologie associate

Eventuali accessi a Pronto Soccorso, Medico di Base, Medico Specialista o Ufficio Sanitario della Questura nel mese precedente all'evento

Anamnesi psicopatologica prossima e remota

Familiarità psichiatrica in ascendenti, discendenti e collaterali ove disponibile

Familiarità per suicidio in ascendenti, discendenti e collaterali ove disponibile

CARATTERISTICHE DELL'EVENTO

Data dell'evento

Luogo dell'evento

Ora dell'evento

Posizione del dipendente rispetto al servizio al momento dell'evento

Mezzo

Eventuali precedenti minacce o tentativi di suicidio

Fattori concomitanti, precipitanti e motivazioni correlate al comportamento anticonservativo, ove disponibili

In caso di suicidio è particolarmente importante che nel corso dell'intervento, preferibilmente già nel corso della riunione plenaria, l'*équipe* dedichi un tempo adeguato alla psicoeducazione anche sul tema del fenomeno suicidario ed in particolare sugli specifici indicatori di rischio, di seguito riportati.

SEGNALI D'ALLARME PER IL SUICIDIO *American Association of Suicidology*

«IS PATH WARM?» «Il sentiero è caldo?»		
I	<i>Ideation, threatened or communicated</i>	Ideazione suicidaria, minacciata o comunicata
S	<i>Substance abuse, excessive or increased</i>	Abuso di sostanza, aumentato o eccessivo
P	<i>Purposeless, no reasons for living, anedonia</i>	Mancanza di un fine, nessuna ragione per vivere, anedonia
A	<i>Anxiety, agitation, insomnia</i>	Ansia, agitazione, insonnia
T	<i>Trapped, feeling no way out; perceived burdesomeness</i>	Sentirsi in trappola, nessuna via di uscita; sentirsi di peso per sé e per gli altri
H	<i>Hopelessness</i>	Disperazione
W	<i>Withdrawal for friends, family, society</i>	Ritiro dagli amici, dalla famiglia, dagli altri
A	<i>Anger (uncontrolled), rage, seeking revenge</i>	Rabbia, aggressività, cercare vendetta
R	<i>Recklessness: risky acts, unthinking</i>	Comportamenti ad alto rischio, non curarsi di sé
M	<i>Mood changes (dramatic)</i>	Rapidi cambiamenti dell'umore

**PROTOCOLLO PER
L'INTERVENTO IN CASO DI
INCIDENTE STRADALE**

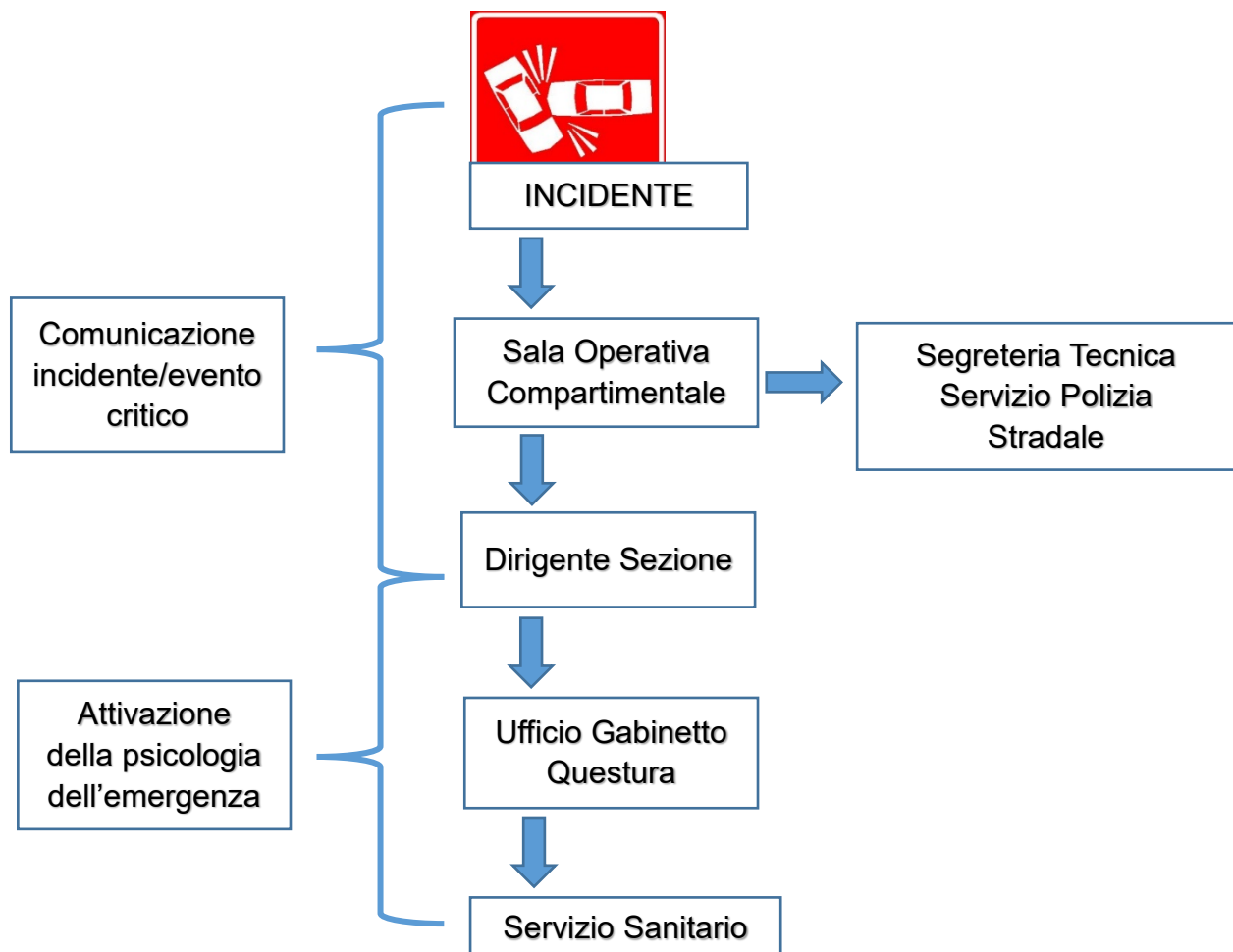
PROTOCOLLO PER L'INTERVENTO IN CASO DI INCIDENTE STRADALE

FLUSSO COMUNICATIVO IN CASO DI INCIDENTE STRADALE

RICEZIONE DELLA NOTIZIA DELL'EVENTO - ANALISI DELL'EVENTO CRITICO E ATTIVAZIONE DELL'INTERVENTO

- 1) La Sala Operativa Compartimentale della Polizia Stradale che riceve la segnalazione dell'incidente notizia la **Segreteria Tecnica del Servizio Polizia Stradale** e il Dirigente della **Sezione della Polizia Stradale** interessata dall'evento che trasmette la notizia all'**Ufficio di Gabinetto della Questura**.
- 2) L'**Ufficio di Gabinetto della Questura** informa il **Centro Situazioni** del Dipartimento della P.S. ed il **Dirigente dell'Ufficio Sanitario Provinciale** o, in sua assenza, l'Ufficio di Coordinamento Sanitario competente per territorio, che individuerà un funzionario medico della Polizia di Stato in servizio presso altra sede, comunque nell'ambito della propria competenza territoriale.
- 3) Il **Dirigente dell'Ufficio Sanitario Provinciale** informa l'**Ufficio di Coordinamento Sanitario**, che, a sua volta, contatta la **Direzione Centrale di Sanità** (Servizio di Psicologia e Servizio Affari Generali di Sanità).

I successivi passaggi per l'attivazione dell'intervento di Psicologia dell'emergenza sono i medesimi previsti nel protocollo della procedura generale.



INDICAZIONI PER L'INTERVENTO DI PSICOLOGIA DELL'EMERGENZA IN CASO DI INCIDENTE STRADALE

L'intervento di psicologia dell'emergenza in favore degli operatori della Polizia di Stato può essere attivato al verificarsi delle seguenti due situazioni:

- 1) incidenti stradali che, per tipologia di vittime, numero di vittime e/o peculiarità nella dinamica possono avere un impatto di particolare rilievo anche negli operatori più esperti (evento critico ad alto impatto emotivo);
- 2) incidenti in cui l'operatore è coinvolto in qualità di vittima primaria, nello svolgimento del servizio.

GESTIONE DELLE CRITICITÀ OPERATIVE

che originano da incidenti che, per tipologia di vittime, numero di vittime e/o peculiarità nella dinamica possono avere un impatto di particolare rilievo anche negli operatori più esperti

Si fa riferimento in particolare ad incidenti stradali ad alto impatto emotivo, in ragione di almeno una delle seguenti caratteristiche:

- presenza di bambini tra le vittime decedute;
- presenza di un elevato numero di vittime (ad esempio il pullman precipitato dal cavalcavia in provincia di Avellino o il bus andato a fuoco in provincia di Verona). In questo caso occorre fare riferimento anche alla sezione per le maxi-emergenze;
- vittime bruciate vive sotto gli occhi degli operatori;
- vittime che muoiono in presenza degli operatori;
- particolari bizzarrie nel modo in cui l'impatto riduce i corpi; non è sempre il depezzamento in sé a disturbare gli operatori, quanto aspetti di stranezza nel depezzamento che possano attivare riflessioni sulla fragilità della vita umana (ad esempio corpi tagliati a metà,

persone decapitate, oppure la presenza di un cane, sulla scena, che cerca di mangiare i resti);

- situazioni di particolare impatto emotivo, come il decesso multiplo di ragazzi giovani, o il decesso, nel medesimo incidente, di fratelli o congiunti;
- situazioni con feriti gravi (ad esempio soggetti che hanno subito amputazioni a seguito dell'urto, che sono incastrate tra le lamiere, ecc.) in particolare se a giungere sul posto per prima è la pattuglia che deve gestire i feriti nell'attesa del 118 o dei vigili del fuoco;
- situazioni in cui le vittime sono operatori fuori servizio.

In questi casi occorre tenere presente che gli operatori di Polizia devono prestare soccorso alle persone, mettere in sicurezza lo scenario del sinistro, effettuare i rilievi, garantire la viabilità degli altri utenti della strada, informare il magistrato, effettuare la comunicazione del decesso alle famiglie prima che i media diffondano le notizie, ecc.

Pertanto quando si verificano incidenti con le caratteristiche sopra descritte è opportuno:

1. che gli operatori abbiano ricevuto una adeguata formazione ed informazione sia sul rapporto con le vittime che sulla comunicazione del decesso, così come previsto dal Progetto Chirone e come descritto nelle presenti Linee Guida;
2. che gli operatori abbiano conoscenza del Progetto ANIA *Cares* (di seguito meglio illustrato) in modo da offrire ai parenti delle vittime con cui sono entrati in contatto un eventuale ulteriore percorso psicologico di supporto;
3. che agli operatori venga offerto un percorso di supporto in caso l'impatto dell'incidente (così come descritto precedentemente) lo richieda. In questo caso è possibile fare riferimento a quanto previsto dai protocolli specialistici in occasione di evento critico di servizio o, in caso di molti decessi, alla sezione relativa alle maxi emergenze.

Nell'offrire supporto agli operatori è opportuno tenere in considerazione la necessità di non intralciare o ritardare lo svolgimento dei compiti istituzionali (attendere il termine delle operazioni di rilievo e della stesura dell'informativa al magistrato), in primo luogo perché l'elevata concentrazione necessaria all'attività di Polizia giudiziaria richiede una attenzione totalizzante che normalmente non lascia spazio ad altro; in secondo luogo perché è solo una volta dismesso l'"atteggiamento mentale operativo" che l'impatto dell'evento colpisce in modo più acuto.

In alcuni casi, tuttavia, potrebbe essere necessario un intervento immediato per fornire consulenza nella gestione delle vittime. Per tali motivi è opportuno un contatto immediato con il Servizio di Psicologia ed una valutazione caso per caso.

Gestione dell'evento quando l'operatore è direttamente coinvolto in servizio, quale vittima dell'incidente stesso

In primo luogo l'attività dei rilievi sarà particolarmente complessa sul piano emotivo se effettuata dal reparto di appartenenza della vittima, proprio per la difficoltà a mantenere il necessario distacco. In questo caso le presenti Linee Guida, proprio per la peculiarità dell'evento prevedono l'attivazione di *default* dell'intervento di psicologia dell'emergenza, per gli eventi critici in cui avviene il decesso di un operatore. In occasione di tali eventi i funzionari psicologi della Polizia di Stato sono a disposizione anche per fornire supporto ai familiari della vittima.

Nei casi in cui, una volta ultimate le attività di supporto, i familiari necessitino di un vero e proprio percorso psicoterapico, i funzionari psicologi della Polizia di Stato, d'intesa con il Servizio di Psicologia, potranno indirizzarli sia presso uno psicoterapeuta indicato dagli Enti con i quali è attiva una convenzione con la Direzione Centrale di Sanità, sia presso uno degli psicologi che appartengono alla rete dei professionisti di ANIA *Cares* (in questo secondo caso è necessario verificare che il progetto sia attivo nella città di residenza della persona da prendere in carico).

PROGETTO CHIRONE

Il Progetto è nato in seno alla Polizia Stradale e Ferroviaria, con il supporto della Fondazione ANIA e del Dipartimento di Psicologia della «Sapienza» Università di Roma, di associazioni di vittime della strada e di esperti internazionali di psico-traumatologia.

Si è proposto lo scopo di incrementare le competenze degli operatori nell'interazione con vittime dirette ed indirette di incidenti stradali e ferroviari con esito fatale e/o di gravissima menomazione.

Negli anni è stato costruito un modello di approccio alle vittime in cui sono confluiti il sapere scientifico universitario, l'esperienza degli operatori, l'esperienza di vittime trattate in modo adeguato e non, il sapere di esperti internazionali in materia di psico-traumatologia.

Il progetto ha previsto non solo la formazione degli operatori e la formazione di formatori per la diffusione su ampia scala del modello raccolto in linee guida, ma anche una sezione specifica per il supporto agli operatori. Ciò nella convinzione che la capacità degli operatori di rapportarsi adeguatamente con le vittime debba necessariamente fondarsi sulla resilienza degli operatori stessi e sulla loro capacità di non farsi sopraffare (o reagire in modo cinico e distaccato, come forma di difesa) da eventi potenzialmente traumatizzanti.

Progetto ANIA Cares

Il Progetto, finanziato dalla Fondazione ANIA, si avvale del coordinamento scientifico della Facoltà di Medicina e Psicologia, “Sapienza” Università di Roma (Responsabile scientifico Prof. Anna Maria Giannini), della collaborazione della Polizia Stradale e coinvolge esperti di fama nazionale e internazionale della psicologia del trauma e del suo trattamento.

Nasce dall’esigenza di individuare misure in grado di migliorare l’efficienza degli interventi di primo soccorso e dell’assistenza post-incidente alle vittime ed ai familiari delle vittime.

Servizio di consulenza e supporto psicologico

Il progetto prevede l’attivazione di un servizio di supporto psicologico, sin dalle prime ore dopo l’evento, nei confronti di vittime di incidenti stradali che abbiano riportato gravi traumi fisici e dei loro familiari, nonché dei familiari delle persone decedute, con l’obiettivo di ridurre l’incidenza di eventuali problematiche psicologiche post-traumatiche.

È inoltre prevista sia una attività di consulenza tramite videochiamata o (nelle città dove è attiva) in presenza, per il supporto nelle fasi immediatamente post evento, e un successivo trattamento post traumatico.

Per ogni vittima è previsto un numero massimo di sedute pari a 8 (il cui costo è sostenuto dalla fondazione ANIA) e il primo intervento non più distante da un anno dall’incidente stradale (in casi particolari è stata valutata l’opportunità di intervenire anche se trascorso più di un anno dall’evento).

Il Pronto Soccorso Psicologico

Il Pronto Soccorso Psicologico per le vittime della strada è finalizzato ad alcune attività specifiche, che sono:

- Accogliere
- Assistere praticamente
- Raccogliere e comunicare informazioni
- Primo sostegno di tipo emotivo in fase acuziale
- *Screening* di possibili reazioni post-traumatiche

- Preparazione alla fase di transizione post-evento
- Intervento focalizzato su alcuni aspetti del trauma conseguente all'incidente stradale

Altri Protocolli per coadiuvare il supporto alle vittime

Il progetto ha previsto la formazione di tutte quelle figure professionali che, a vario titolo, hanno contatti con le vittime di incidenti stradali e i loro familiari: quindi, oltre alle forze dell'ordine che intervengono al momento dell'incidente, possono essere coinvolti medici legali e liquidatori assicurativi.

Struttura del progetto

- È stato sviluppato il protocollo di intervento confluito nelle linee guida dell'intervento, nonché in tre diversi manuali: uno per gli psicologi, uno per gli assicuratori, uno per gli operatori di Polizia.
- È stata costituita una rete di psicologi opportunamente selezionati e formati.
- È stata costituita l'Unità di Pronto Intervento Psicologico che, tramite il numero verde 800.893.510 (accessibile a chiunque), attivo 24 ore su 24, interviene a sostegno delle vittime dirette e indirette.
- È attiva la collaborazione con l'Ospedale S. Andrea di Roma.
- Il Progetto è attivo per interventi in presenza nelle città di Roma, Milano, Firenze, Campobasso, Palermo e Salerno e Napoli. L'intenzione è quella di creare tre poli formativi (Nord, Centro, Sud e Isole).
- Durante la pandemia SARS-CoV-2 sono state svolte specifiche giornate formative agli psicologi ANIA *Cares* con il fine di attivare il servizio in "help line" per permettere alle vittime di accedere al supporto psicologico anche durante il periodo di *lockdown*. Ciò ha velocizzato la creazione di un servizio fisso in *help line* per poter intervenire anche nelle aree non ancora coperte dal progetto ANIA *Cares*. Le aree coperte dagli interventi in *help line* sono: Lazio, Lombardia, Toscana, Molise, Sicilia e Campania.

- Sono attivi percorsi sperimentali per la possibilità di interventi in zone non ancora coperte, quindi in caso di necessità si può contattare il Servizio di Psicologia.
- È prevista l'attivazione delle zone in ulteriori regioni.

**PROTOCOLLO
PER LA COMUNICAZIONE
DI *BAD NEWS***

PROTOCOLLO PER LA COMUNICAZIONE DI *BAD NEWS*

La letteratura scientifica internazionale ha mostrato un crescente interesse, negli ultimi anni, al tema della comunicazione di notizie drammatiche. L'esperienza clinica mostra, infatti, come la sola esposizione ad alcune informazioni inattese e sconvolgenti (*breaking bad news*) possa costituire una vera e propria fonte di trauma psichico.

Gli studi che fanno capo a quest'ambito di ricerca partono da una fondamentale osservazione: la capacità personale di far fronte agli eventi (*coping*) è notevolmente ridotta nei momenti in cui si fatica ad integrare, nel proprio campo cognitivo, esperienze nuove, improvvise e tragiche. In questo senso, vengono definite *bad news* le notizie in grado di alterare in modo drammatico e negativo le aspettative esistenziali sul presente e sul futuro e che avvicinano fortemente la persona all'idea della morte come esperienza possibile, reale e vicina.

Alla base degli studi sulla comunicazione di cattive notizie vi è anche l'ipotesi che il ruolo giocato dalle parole e dagli atteggiamenti di coloro che comunicano la notizia non sia affatto marginale. Adeguate strategie comunicative possono migliorare la qualità della vita delle persone e prevenire possibili reazioni traumatiche.

Dal punto di vista dei familiari, la comunicazione di un decesso in situazioni di emergenza rappresenta un'esperienza indicibilmente intensa. In molti casi si tratta di un evento che sarà ricordato a lungo, poiché le parole utilizzate dal comunicatore diventano parte integrante della memoria di perdita e ne influenzeranno la rappresentazione e l'elaborazione. La prima comunicazione del decesso coincide anche con l'inizio del lungo percorso di ristrutturazione cognitiva ed emotiva dell'elaborazione del lutto.

La comunicazione di un decesso è dunque un compito complesso e delicato che richiede la presa d'atto di un evento irrevocabile e solitamente avviene all'interno di un contesto precario e di una relazione breve. Gli

operatori che si trovano ad affrontare questo compito sono esposti all'esperienza dell'incontro con profondi vissuti emotivi, propri e altrui, che possono essere amplificati da processi di identificazione con la vittima o con i familiari o da specifiche circostanze in cui è avvenuto il decesso (coinvolgimento di bambini, di colleghi o di sé stessi in qualità di soccorritori).

Il protocollo prevede diverse fasi e fornisce indicazioni e raccomandazioni relative ad alcune situazioni o attività particolari:

- **FASE 1 – PREPARAZIONE**
- **FASE 2 – DARE LA NOTIZIA**
- **FASE 3 – CONGEDO**
- Indicazioni su **IDENTIFICAZIONE DELLA SALMA**
- Indicazioni su **CONSEGNA EFFETTI PERSONALI**
- Raccomandazioni per **COMUNICAZIONE *BAD NEWS* IN CASO DI SUICIDIO**
- Raccomandazioni in caso di **COMUNICAZIONE DI *BAD NEWS* AI MINORI**

FASI DELLA COMUNICAZIONE DI *BAD NEWS*

FASE 1: PREPARAZIONE

- **CHI:** la comunicazione dovrebbe avvenire da parte di due/tre figure istituzionali (preferibilmente il dirigente dell'ufficio di appartenenza quando la vittima è un operatore di polizia, il medico e, ove presente, lo psicologo) non coinvolte direttamente nell'evento che ha portato al decesso, ma informati sui fatti e sui dati essenziali per essere in grado di rispondere alle domande dei familiari. In caso di mancanza di informazioni su alcuni aspetti legati all'evento, evitare congetture ed assumersi il compito di raccogliere ulteriori informazioni.
- **A CHI:** un punto cruciale è la scelta dei destinatari della comunicazione. È importante accertare accuratamente l'identità del defunto, raccogliere informazioni sui familiari (relazioni tra di loro, condizioni di salute, presenza di bambini e anziani). Chiedere conferma dell'identità e del ruolo delle persone con cui si interagisce, assicurandosi di parlare con la persona giusta. «Lei è la moglie di...?» «Siete i fratelli di...?»
- **DOVE:** si sottolinea l'importanza di uno spazio riservato dove i familiari possano sedersi, nonché la disponibilità di un tempo adeguato per l'ascolto. Scegliere un ambiente tranquillo, lontano dai rumori, non affollato, ma anche un luogo che permetta il manifestarsi di emozioni intense. Queste condizioni possono essere soddisfatte in caso di comunicazione in un luogo idoneo (casa, ospedale). In caso di intervento sulla scena, se la salma non è presentabile evitare l'avvicinamento dei familiari. Suggestire che il riconoscimento venga effettuato da parenti più lontani o conoscenti. Preoccuparsi di riaccompagnare i familiari a casa.
- **RAPPORTI CON I MEDIA:** chi comunica dovrebbe curare i rapporti con i media, ponendo attenzione affinché la notizia non sia diffusa dai media o dai social prima che la famiglia sia stata informata.

FASE 2: DARE LA NOTIZIA

- Dare la notizia personalmente e non per telefono.
- Presentarsi con chiarezza. È importante che la persona sappia con chi sta parlando per facilitare l'instaurarsi di una relazione.
- La qualità della relazione dipende non solo dal contenuto della comunicazione, ma anche dal modo in cui si comunica, dagli atteggiamenti che si assumono, dai gesti che si compiono. Porre attenzione alla coerenza tra il comportamento verbale, paraverbale e non verbale.
- Parlare lentamente, ripetere se necessario, lasciare spazio alle domande.
- Rivolgersi al destinatario ponendosi sufficientemente vicino e guardarlo negli occhi.
- Non far trasparire impazienza. Il destinatario deve percepire che gli viene dedicato tutto il tempo necessario.
- Esplorare ciò che il destinatario già sa.
- Fornire, compatibilmente con quanto consentito dalle attività investigative in corso, informazioni accurate in merito a COSA è accaduto, QUANDO è accaduto, DOVE è accaduto, COME è accaduto, dosando le informazioni, per dare ai familiari il tempo di affrontare le implicazioni della notizia. Informare sui dettagli in modo graduale, facendo una pausa dopo ogni informazione significativa.
- Condividere le informazioni utilizzando un linguaggio semplice, diretto e adeguato alle possibilità di comprensione degli interlocutori. «Mi dispiace dovervi dare alcune notizie molto brutte» PAUSA «(nome della vittima) è stato coinvolto in... ed è morto/a» PAUSA «Mi dispiace molto».
- Utilizzare il nome del defunto, evitando parole come «defunto», «vittima», «corpo», «cadavere», «trapassato», «salma», ecc.

- Rispondere alle domande con onestà, fornendo solo notizie certe. Non fornire più particolari di quanti ne vengano richiesti.
- I commenti utili sono semplici e diretti e convalidano, normalizzano, rassicurano ed esprimono un interesse sincero. «Mi dispiace molto», «È più difficile di quanto non si pensi», «Anch'io al suo posto mi sentirei...».
- Evitare di parlare di colpe e responsabilità e rispettare i silenzi.
- Chiedere ai familiari se non hanno compreso qualcosa.

FASE 3: CONGEDO

- Offrirsi di avvisare qualcuno.
- Lasciare i contatti a cui rivolgersi per chiarimenti e richieste.
- Porgere le condoglianze.
- Garantirsi la presenza di una terza persona che possa rimanere con i familiari.

IDENTIFICAZIONE DELLA SALMA

- Offrirsi di accompagnare i familiari per l'identificazione della salma.
- Spiegare quali sono le procedure previste, cosa succederà.
- Descrivere la stanza.
- Preparare i familiari a ciò che vedranno del congiunto.
- Accertarsi che la salma sia stata adeguatamente preparata (ad es. lavata dal sangue, che siano coperte ferite visibili, ecc.).
- Lasciare ai familiari la gestione del tempo: dare la libertà di decidere quando rimuovere il lenzuolo per vedere la salma e di restare il tempo che desiderano.

CONSEGNA DEGLI EFFETTI PERSONALI

- Anticipare verbalmente la consegna degli effetti personali, accordandosi con i familiari sulle modalità.
- Accertarsi che gli oggetti siano stati ripuliti da eventuali residui di sangue o altro.
- Non consegnare gli oggetti in una busta di plastica, ma riporli in una scatola decorosa.
- Consegnare gli oggetti in un ambiente tranquillo.
- Anticipare il contenuto della scatola.

RACCOMANDAZIONI IN CASO DI COMUNICAZIONE DI BAD NEWS IN CASO DI SUICIDIO

- La morte per suicidio provoca in chi rimane un lutto particolare che generalmente attiva immediati sentimenti di colpa: «Come ho fatto a non capire?» «Avrei potuto fare qualcosa per evitarlo».
- I familiari vivono un evento altamente traumatico che li pone in una condizione di estrema fragilità.
- È necessario porre la massima attenzione alle frasi da evitare («ormai è successo», «bisogna farsene una ragione») e al rispetto dei tempi nella comunicazione.
- Non contenere a tutti i costi le reazioni di rabbia, sconforto, dolore, anche quando sono particolarmente intense, poiché questo evita il congelamento emotivo. Lasciare che la persona reagisca come vuole, anche stando momentaneamente in disparte.

RACCOMANDAZIONI IN CASO DI COMUNICAZIONE DI *BAD NEWS* AI MINORI⁸

- Ogni volta che le circostanze lo consentono, evitare di comunicare una cattiva notizia in presenza di un bambino. Il minore dovrebbe essere allontanato ed essere accompagnato preferibilmente nella sua stanza con un adulto significativo.
- I bambini hanno bisogno di apprendere la notizia da una persona di cui si fidano.
- Se si tratta della morte di un genitore sarebbe preferibile che il bambino ricevesse la notizia dal genitore superstite, supportato, ove possibile, da un professionista.

⁸ Nella versione integrale delle Linee Guida per la psicologia dell'emergenza nella Polizia di Stato è presente il **Protocollo specialistico per la comunicazione di *bad news* ai minori** destinato alle competenti figure professionali.

PROTOCOLLO IN CASO DI EVENTO CRITICO PRIVATO

PROTOCOLLO IN CASO DI EVENTO CRITICO PRIVATO

Con **evento critico privato** ci riferiamo a quegli eventi attinenti alla sfera privata o familiare di un appartenente alla Polizia di Stato che esulano dall'ordinario e che mettono a rischio l'integrità fisica e psicologica nonché il senso di sicurezza delle persone coinvolte.

Sono eventi critici privati le seguenti tipologie di eventi critici: il decesso per cause naturali di un dipendente; il decesso di un familiare; incidenti occorsi ai familiari.

L'attivazione di un adeguato intervento di supporto psicologico è utile per favorire un primo processo di elaborazione del trauma.

Nei casi di evento critico privato viene attivato un protocollo specialistico di sostegno psicologico che prevede una procedura semplificata rispetto al protocollo specialistico per l'intervento in caso di evento critico di servizio articolato nelle seguenti fasi:

- **FASE DELL'ANALISI DELL'EVENTO**
- **FASE DELLA PIANIFICAZIONE DELL'INTERVENTO**
- **FASE DELL'INTERVENTO**
 - SULLA SCENA
 - ❖ Primo Soccorso Psicologico
 - ❖ Attivazione e realizzazione dell'intervento di sostegno
 - ❖ Colloqui individuali e/o interventi sul gruppo famiglia

FLUSSO COMUNICATIVO IN CASO DI EVENTO CRITICO PRIVATO

Il protocollo relativo al flusso comunicativo individua gli uffici coinvolti nell'attivazione e realizzazione dell'intervento di **supporto psicologico** in caso di evento privato occorso ad un operatore di polizia, con le relative azioni che si devono compiere, nonché i passaggi fondamentali per un intervento efficace.

RICEZIONE DELLA NOTIZIA DELL'EVENTO – ANALISI DELL'EVENTO CRITICO PRIVATO E REALIZZAZIONE DELL'INTERVENTO DI SUPPORTO PSICOLOGICO

Il responsabile dell'ufficio coinvolto nell'evento critico privato notizia il **Dirigente dell'Ufficio Sanitario Provinciale** o, in sua assenza, l'**Ufficio di Coordinamento Sanitario** competente per territorio.

L'Ufficio di Coordinamento Sanitario

- Acquisisce tutte le informazioni necessarie sulle circostanze dell'evento e scambia informazioni circa l'accaduto con il **Servizio di Psicologia**;
- Valuta, d'intesa con il **Servizio di Psicologia** l'opportunità di attivare un *team* sanitario come di seguito composto:
 - *primo soccorso medico*: funzionario medico e personale tecnico settore sanitario dell'Ufficio Sanitario competente in relazione all'ufficio/reparto coinvolto;
 - *primo soccorso psicologico*: funzionario tecnico psicologo e ispettore tecnico settore psicologia, ove presenti, valutandone l'opportunità con il Servizio di Psicologia, in attesa dell'eventuale attivazione dell'*équipe* dell'emergenza.

È possibile valutare il coinvolgimento in tali attività di un funzionario medico specializzato in psichiatria, ove presente sul territorio.

- Gestisce la procedura amministrativa relativa all'invio in missione qualora l'evento ed il personale sanitario individuato ricadano nella propria competenza territoriale e trasmette le informazioni necessarie al **Servizio Affari Generali di Sanità** e, per conoscenza, al **Servizio di Psicologia**.

Il Servizio di Psicologia

- Prende contatti e scambia informazioni sull'evento e sui soggetti coinvolti con l'**Ufficio Sanitario Provinciale** e con il **Dirigente dell'ufficio di appartenenza** del dipendente coinvolto nell'evento.
- Valuta il grado di complessità dell'evento in considerazione del presumibile numero, delle caratteristiche dei destinatari dell'intervento e dell'eventuale coinvolgimento di minori.
- Concorda, di concerto con l'**Ufficio di Coordinamento Sanitario**, l'opportunità di un eventuale intervento di sostegno psicologico successivo al primo soccorso sanitario.
- Nel caso in cui si ritenga opportuno predisporre un intervento per il sostegno psicologico, previa richiesta formale inviata dall'ufficio di appartenenza coinvolto (come specificato di seguito), il **Servizio di Psicologia** procede all'individuazione dello/gli psicologo/i incaricati per l'attività di sostegno.
- Comunica con il **Servizio Affari Generali di Sanità** che predispone l'impiego e la missione dello/degli psicologo/i incaricato/i per l'attività di sostegno.
- Trasmette le informazioni allo/agli psicologo/i designato/i per l'intervento di sostegno psicologico.
- Svolge la funzione di referente tecnico-professionale del successivo intervento di sostegno.

Il Servizio Affari Generali di Sanità

- Sovrintende agli aspetti logistico-organizzativi.
- Predispone l'impiego e l'invio in missione dello/gli psicologo/i in tutti i casi in cui sia necessaria una disposizione di livello centrale.

FASE 1 – Evento critico privato

RICEZIONE NOTIZIA

EVENTO CRITICO
PRIVATO

Ufficio Sanitario
Provinciale

Direzione Centrale di Sanità
(per il tramite dell'Ufficio di
Coordinamento Sanitario)

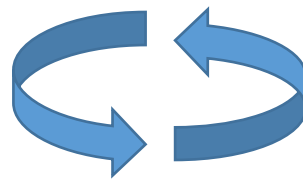
UFFICIO DI COORDINAMENTO SANITARIO

Acquisisce informazioni sulle circostanze dell'evento.

Valuta, d'intesa con il Servizio di Psicologia, l'opportunità dell'attivazione di un *team* sanitario:

- Primo soccorso medico (funzionario medico e personale tecnico sanitario dell'Ufficio Sanitario, ove presente).
- Primo soccorso psicologico (funzionario tecnico psicologo e ispettore tecnico settore psicologia, ove presenti e d'intesa con il Servizio di Psicologia).

Gestisce la procedura amministrativa relativa all'invio in missione dello *staff* se di propria competenza territoriale e trasmette le informazioni al Servizio Affari Generali di Sanità e al Servizio di Psicologia.



SERVIZIO AFFARI GENERALI DI SANITÀ

Sovrintende agli aspetti logistici ed organizzativi.

Predisporre l'impiego e l'invio in missione dello/degli psicologo/i.

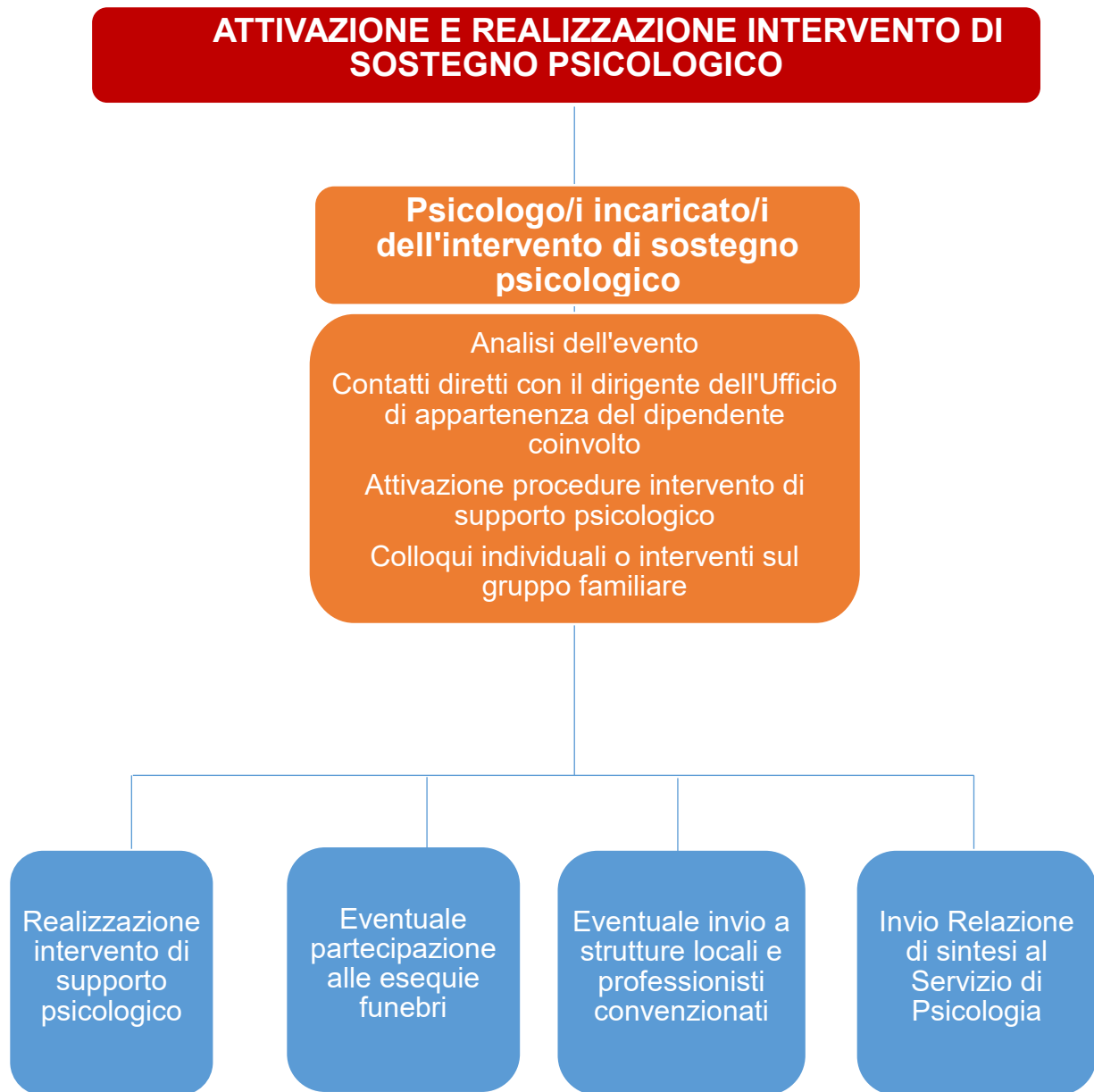
SERVIZIO DI PSICOLOGIA

Raccoglie le informazioni.

Valuta il grado di complessità dell'evento, il presumibile numero e le caratteristiche dei destinatari dell'intervento e l'eventuale coinvolgimento di minori.

In base all'esito della valutazione procede all'eventuale pianificazione per invio di uno o più psicologi.

FASE 2 – Evento critico privato



**PROTOCOLLO
PER L'INTERVENTO IN
CASO DI MAXI-EMERGENZA**

PROTOCOLLO PER L'INTERVENTO IN CASO DI MAXI-EMERGENZA

CLASSIFICAZIONE DELLE MAXI-EMERGENZE

CATACLISMA

Evento dovuto alle forze della natura senza intervento dell'uomo.

Condizione che richiede un assetto dei soccorsi superiore al livello ordinario per un evento che ha una estensione tale da avere pregiudicato la stessa catena dei soccorsi (es. terremoto con compromissione degli ospedali della zona).

La caratteristica che accomuna queste due definizioni è l'esistenza di un forte squilibrio tra necessità di soccorso e risorse disponibili.

CATASTROFE AD EFFETTO LIMITATO

Evento che coinvolge un numero elevato di vittime ma non le infrastrutture di un determinato territorio, producendo una temporanea, ancorché improvvisa e grave, sproporzione tra richieste di soccorso e risorse disponibili.

CATASTROFI ANTROPICHE

Comprendono incidenti legati all'attività dell'uomo.

CATASTROFI CONFLITTUALI E SOCIOLOGICHE: comprendono atti terroristici, sommosse, conflitti armati, uso d'armi chimiche, batteriologiche e nucleari, epidemie, carestie, migrazioni forzate di popolazioni, incidenti durante spettacoli o manifestazioni sportive.

CATASTROFI TECNOLOGICHE: comprendono incidenti in attività industriali (incendio, rilascio di sostanze inquinanti e rilascio di radioattività), nei trasporti (aerei, ferroviari, navali o stradali), collasso dei sistemi tecnologici (*black out* elettrico o informatico, interruzione di linee elettriche, idriche o condotte di gas, collasso di dighe), incendi boschivi od urbani, crollo di immobili per abitazione o di ospedali.

CATASTROFI NATURALI

Comprendono fenomeni geologici (terremoti, maremoti, caduta di meteoriti, eruzioni vulcaniche), meteorologici (piogge estese, siccità, nebbia, trombe d'aria), idrogeologici (alluvioni, esondazioni, frane, valanghe) e le epidemie animali.

Nel corso di maxi emergenze le attività dell'*équipe* degli psicologi di Polizia si configurano in interventi di diverso genere, ispirati alle linee guida nazionali ed internazionali per la tutela della salute mentale e orientati ad assicurare direzione e continuità alle operazioni di soccorso del personale della Polizia di Stato secondo le procedure di indirizzo previste dalla Direzione Centrale di Sanità e coordinate dal Servizio di Psicologia.

Destinatari e gerarchia degli interventi

Anche nel corso di un evento emergenziale che abbia coinvolto l'intera comunità, i destinatari primari degli interventi di psicologia dell'emergenza realizzati dagli psicologi della Polizia di Stato sono gli operatori e i loro familiari, direttamente e indirettamente coinvolti nell'evento, salvo diversa indicazione degli organi gerarchicamente superiori. Non è esclusa la possibilità di un intervento in favore della popolazione civile. In caso di intervento sugli operatori in qualità di soccorritori si può far riferimento al protocollo per l'evento critico di servizio (pag. 25).

In primo luogo gli interventi dovranno essere diretti alle vittime dirette dell'evento (vittime primarie), in secondo luogo dovranno essere inclusi tra i potenziali destinatari degli interventi i testimoni diretti dell'evento e i familiari delle vittime (vittime secondarie) e i soccorritori che a qualsiasi titolo (anche volontari) abbiano prestato aiuto alle vittime e ai sopravvissuti (vittime terziarie).

Gli interventi possono essere individuali o rivolti a gruppi (ad esempio famiglie, squadre di soccorso, *team* operativi o altri gruppi formali o informali).

L'intervento di supporto psicologico dovrà essere adeguato alla diversa tipologia e durata delle azioni di soccorso, senza mai intralciarne l'operatività.

È importante, però, che l'*équipe* svolga un continuo monitoraggio della situazione, attraverso l'osservazione diretta degli operatori, al fine di individuare precocemente eventuali segnali di una condizione di stress o affaticamento eccessivi, tali da necessitare di un intervento specialistico, anche al fine di facilitare il recupero e quindi la continuità nei lavori di soccorso.

A. FASE DELL'ANALISI DELL'EVENTO DI MAXI - EMERGENZA

OBIETTIVO: questa fase ha la finalità di acquisire elementi conoscitivi relativi alle caratteristiche dell'evento, utili alla pianificazione dell'intervento. È importante in particolare acquisire informazioni su potenziali destinatari già noti (operatori o familiari coinvolti in qualità di vittime primarie) e procedere all'individuazione preliminare di fattori di rischio presenti nel contesto emergenziale.

SOGGETTI COINVOLTI: *équipe* di psicologi e figure di riferimento sul territorio (referenti del ruolo ordinario e dirigente dell'Ufficio Sanitario della sede luogo dell'intervento).

FLUSSO COMUNICATIVO: contatti diretti tra i soggetti coinvolti, finalizzati ad acquisire informazioni utili alla strutturazione dell'intervento.

- Che cosa è accaduto, dove, come, quando.
- Chi e quanti operatori sono coinvolti direttamente (vittime primarie) nell'evento.
- Raccolta di informazioni anagrafiche (stato civile, età, presenza di figli, notizie anamnestiche, situazione familiare attuale e di origine) e relative al profilo lavorativo degli operatori vittime primarie (qualifica, mansione, anzianità di servizio totale e anzianità di servizio nell'ultima sede).
- Valutazione del numero e dell'ubicazione degli operatori in servizio nello stesso ufficio/sede degli operatori vittime primarie dell'evento.
- Valutazione del numero e dell'ubicazione di eventuali altri operatori coinvolti a vario titolo nell'evento (ad esempio, precedenti recenti sedi di servizio delle vittime primarie).
- Valutazione della necessità di effettuare l'intervento sulla scena, presso la camera mortuaria, presso nosocomi, presso sede/ufficio e/o presso abitazioni private dei destinatari.

B. FASE DELLA PIANIFICAZIONE DELL'INTERVENTO

OBIETTIVO: strutturazione dell'intervento, in considerazione della tipologia dell'evento, dei luoghi e dei possibili destinatari.

SOGGETTI COINVOLTI: *équipe* di psicologi e figure di riferimento sul territorio (referenti del ruolo ordinario e dirigente dell'Ufficio Sanitario della sede luogo dell'intervento).

FLUSSO COMUNICATIVO: contatti diretti tra i soggetti coinvolti finalizzati ad acquisire informazioni utili alla strutturazione dell'intervento.

- Presentazione ai referenti sul territorio delle caratteristiche principali dell'intervento di psicologia dell'emergenza.
- Individuazione dei luoghi dove effettuare l'intervento.

Nel caso di intervento **presso uffici e sedi di servizio:**

- Individuazione, in accordo con i referenti sul territorio, di spazi adeguati che consentano l'attività, tutelando un livello sufficiente di *privacy*, e identificazione delle condizioni di supporto logistico.

Nel caso di intervento **sulla scena** (pronto soccorso, camera mortuaria, ecc.):

- L'*équipe* provvederà all'individuazione degli spazi idonei alla gestione dell'intervento, evitando di interferire con le eventuali attività operative di soccorso in atto.

C. FASE DELL'INTERVENTO

INTERVENTO IMMEDIATO SULLA SCENA DELL'EVENTO

ACCOGLIENZA

OBIETTIVO: ridurre l'esposizione dei soggetti all'evento traumatico e alle loro conseguenze; favorire la ricomposizione dei nuclei familiari; soddisfare i bisogni primari e pratici; facilitare la verbalizzazione delle emozioni e la condivisione delle esperienze; aiutare a riguadagnare un senso di controllo sulla situazione e favorire il recupero di un ruolo attivo.

SOGGETTI COINVOLTI: *équipe* di psicologi e vittime dell'evento critico.

PRIMO SOCCORSO PSICOLOGICO

Per quanto riguarda il protocollo specialistico per il Primo Soccorso Psicologico in caso di maxi-emergenza si rimanda al protocollo di Primo Soccorso Psicologico in caso di evento critico di servizio (pag. 32).

Nel caso di maxi-emergenza è opportuno rivolgere particolare attenzione a specifiche strategie di intervento, da attuare nella fase iniziale, quali:

- *analisi della situazione:* caratteristiche dell'evento, numero vittime e feriti, loro ubicazione, eventuali strutture e operatori dell'emergenza in campo, strutture di assistenza psicosociale sul territorio ecc.;
- *screening:* analisi delle informazioni raccolte direttamente e indirettamente sui sopravvissuti, include il *triage* psicologico;
- *outreaching:* procedure per entrare in contatto con le vittime senza aspettare una richiesta esplicita da parte dei superstiti (*roaming*, inteso

come quell'attività che porta lo psicologo a spostarsi frequentemente all'interno dello scenario della catastrofe, visite a domicilio ecc.).

TRIAGE PSICOLOGICO

OBIETTIVO: operare una classificazione dei soggetti in base alle conseguenze psicologiche dell'evento critico, definendo una priorità di trattamento (trattamento differibile o indifferibile, necessità di invio immediato presso le strutture sanitarie, ecc.).

SOGGETTI COINVOLTI: *équipe* di psicologi e vittime dell'evento critico che presentano un'evidente condizione di disagio che può interessare la sfera emotiva, cognitiva e comportamentale.

STRATEGIE DI INTERVENTO

- valutare la presenza di reazioni emotive, disturbi del comportamento e/o significative alterazioni del funzionamento cognitivo che possono essere legate a 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 sé e per gli altri) e coloro che richiedono ulteriori approfondimenti diagnostici.

Le valutazioni serviranno a differenziare i soggetti secondo classi di urgenza del trattamento come segue:

- **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.
- **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 bassa (Psi 1):** soggetti con sintomi psicopatologici lievi che richiedono interventi di supporto psicologico o trattamenti farmacologici differibili.
- fornire interventi psicologici o psichiatrici non differibili a soggetti con gravi reazioni emotive, disturbi del comportamento, alterazioni significative del funzionamento cognitivo.

INTERVENTO NEL BREVE TERMINE SULLA SCENA DELL'EVENTO

SOSTEGNO

OBIETTIVO: sostegno delle persone coinvolte a vario titolo, ripristino delle reti di supporto sociale preesistenti o creazione di reti alternative per il rafforzamento delle risorse locali e le strategie di solidarietà presenti all'interno delle comunità.

SOGGETTI COINVOLTI: *équipe* di psicologi e vittime dell'evento critico.

STRATEGIE DI INTERVENTO

- facilitare l'accesso ai servizi sanitari e sociali;
- inviare una relazione al Servizio di Psicologia relativa agli interventi realizzati.

INFORMAZIONE

- Fornire informazioni semplici, accurate ed attendibili: sulle cause, sulle caratteristiche, sulla evoluzione, sulle conseguenze dell'evento, sui servizi di emergenza immediatamente disponibili (accessibilità ai servizi), 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;
- 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.

D.V.I. (Disaster Victim Identification)⁹

Un *mass disaster* può causare, talora inaspettatamente, un elevato numero di vittime la cui identificazione risulta spesso difficoltosa. Ciò deriva dai seguenti elementi:

- caratteristiche dell'evento, soprattutto in termini di tempistica per il recupero dei corpi;
- luogo del disastro;
- iniziale conoscenza, o meno, delle potenziali vittime.

Dai suddetti elementi deriva l'esigenza, per l'identificazione di tutte le vittime, di una capacità di risposta tecnico-specialistica adeguata all'evento.

Gli eventi che possono configurare un *mass disaster* e richiedere specifiche procedure d'identificazione delle vittime sono diversi:

- incidenti maggiori stradali e ferroviari;
- incidenti navali o aerei;
- terremoti, alluvioni;
- incendi ed esplosioni;
- attacchi terroristici;
- eventi in contesto bellico.

⁹ Grande A., Tancredi D. M. (2020). *Disaster Victim Identification. Guida tecnico-operativa*. Direzione Centrale Anticrimine della Polizia di Stato.

L'identificazione delle vittime di disastro, o *DVI (Disaster Victim Identification)*, figura da sempre nell'attività della Polizia Scientifica e per questo motivo, oltre che per dovute esigenze di organizzazione e coordinamento, è stato istituito nel 2006 con decreto del Capo della Polizia - Direttore Generale della Pubblica Sicurezza il Gruppo di missione denominato DVI – Polizia (*Disaster Victim Identification*), il cui impiego è disposto dalla Segreteria del Dipartimento della Pubblica Sicurezza ai fini dell'identificazione delle vittime di eventi calamitosi, sia sul territorio nazionale che all'estero (qualora accertata o da riscontrare la presenza di vittime di nazionalità italiana).

È stato stabilito di dotare il Gruppo DVI-Polizia di specifici segni distintivi, di affidarne l'operatività alla Direzione Centrale Anticrimine della Polizia di Stato e di prevederne la composizione con le seguenti specifiche figure professionali:

- Medici
- Biologi
- Chimici
- Ingegneri
- Fisici
- Psicologi
- Operatori di Polizia Scientifica
- Infermieri
- Informatici
- Conoscitori di lingua estera

La direzione dell'Unità operativa del Gruppo DVI-Polizia durante l'emergenza è affidata ad un medico-legale appartenente ai ruoli professionali dei Sanitari della Polizia di Stato; al termine di tale emergenza, la direzione è affidata ad un funzionario dei ruoli tecnico-scientifici. Lo psicologo, in qualità di componente della squadra DVI, ha il compito di sostenere e monitorare la fatica emotiva degli operatori impiegati nell'identificazione delle salme, anche attraverso la realizzazione di

debriefing psicologici di gruppo che hanno la finalità di decomprimere le rilevanti reazioni emotive correlate alla persistenza delle immagini di morte violenta e delle operazioni necessarie all'identificazione. L'operatività degli psicologi è analoga a quella illustrata nel protocollo dell'evento critico di servizio, riferito alle vittime terziarie impegnate come soccorritori in interventi ad alto impatto emotivo.