

Dalla emergenza pandemica alla costruzione di un sistema di supporto psicologico per le vittime da covid-19

From pandemic emergency to the establishment of a system of psychological support for covid-19 victims

L'articolo illustra la modalità con la quale un Servizio di Psicologia, riorganizzando l'attività degli psicologi trasversalmente alle singole U.O., ha operato nel periodo pandemico in una delle zone più flagellate dal virus. Nella ASST di Crema è stata istituita una Equipe di Psicologia della Emergenza (EPE) di cui hanno fatto parte tutti gli psicologi della ASST di Crema, professionisti di EMDR Italia (consulenti e supervisor) e dell'Esercito Militare. La EPE ha lavorato in team con briefing settimanali durante i quali venivano programmati gli interventi in funzione dei bisogni rilevati e segnalati. Vengono descritte le numerose attività svolte in favore degli operatori sanitari, delle persone malate e dei loro familiari. L'esperienza dà evidenza delle grandi opportunità che si aprono adottando un modello di lavoro in Team, con professionisti psicologi che operano più flessibilmente e trasversalmente dentro e fuori dalle U.O. tradizionali, disponendo delle molteplici competenze per strutturare risposte al fabbisogno psicologico rilevato.

CINZIA CRISTINA SACCHELLI*, GLORIA RESCONI**, EQUIPE PSICOLOGIA EMERGENZA***

PAROLE CHIAVE: psicologia dell'emergenza, competenze, bisogni, risposte operative

Lo scenario

«La pandemia da Covid-19 ha travolto la città di Crema come uno Tsunami». Questa metafora è stata quella più utilizzata per descrivere quanto accaduto in questa cittadina di provincia, crocevia della Lombardia, periferia di Milano e di molti capoluoghi lombardi, confinante con le prime zone rosse del lodigiano. Nei giorni successivi alla prima diagnosi di Covid-19 a Codogno, un'ondata di ammalati da coronavirus nel territorio cremasco ha saturato ogni canale di cura. Già da diverse settimane si osservava nella popolazione una anomala diffusione di sindromi influenzali complicate e strane polmoniti che arrivavano alla attenzione dei medici: la prima diagnosi di infezione da Covid-19 operata da una dottoressa cremonese nel mese di febbraio 2020 ha determinato la drastica svolta nella lettura del fenomeno in atto, ma la incidenza della infezione da coronavirus era già molto

Gli stati di ansia adattiva portavano le persone ad adottare le misure cautelative possibili: il ritiro domestico, il distanziamento dai propri cari, perché la paura per molti era quella di trasmettere inconsapevolmente il virus ai familiari più vulnerabili, anziani, ammalati; la costruzione artigianale di mascherine quando ancora non se ne trovavano in commercio. Le strade erano deserte e le persone spontaneamente tendevano a comportarsi come se il territorio fosse stato dichiarato zona rossa, come accaduto per la confinante Codogno. La scelta del lock down nel territorio cremasco era attesa

alta nel territorio. I pazienti più fragili cominciavano ad avere gravi complicanze che richiedevano interventi urgenti ed intensivi in numero certamente superiore a quanto nella ordinaria disponibilità del Servizio Sanitario. Sintomi suggestivi di infezioni da coronavirus erano presenti in pazienti già in cura nei Reparti e nei Servizi per altre patologie organiche e psichiche (oncologia, neurologia, psichiatria, dipendenze...); in operatori sanitari o loro familiari, nel personale ausiliario. Le Aziende Sanitarie avviavano il reperimento massivo dei Dispositivi di Protezione Individuale (DPI) disponibili sul mercato e definivano procedure per la tutela dei pazienti e dei familiari. L'enormità del pericolo cominciava ad essere percepita, senza che vi fosse ancora la possibilità di identificarla e quantificarla: ogni mattina si apprendeva di nuovi ammalati tra i propri contatti professionali (utenti e loro familiari, colleghi e loro familiari) e durante il giorno della malattia di amici e conoscenti.

Questo scenario determinava uno stato di ansia generalizzata negli individui e generalizzato nella popolazione. Qualcuno inizialmente manifestava franche difese denegazioniste, per esempio associando per analogia la nuova patologia e le sue conseguenze ad altre epidemie influenzali che da sempre colpiscono le persone anziane e fragili; oppure sovrastimando la forza delle proprie difese immunitarie. Tuttavia la drammaticità dell'evoluzione della situazione reale si imponeva nelle settimane a seguire: numerosità degli accessi in Pronto Soccorso; indisponibilità di un numero sufficiente di posti letto con ammalati trasferiti lontano; impossibilità di visitare i propri cari; decessi, tanti, ogni giorno.

Gli stati acuti di angoscia determinavano in qualcuno la compromissione dell'esame di realtà con tematiche ideative catastrofiche (fine del mondo e della umanità; contagio e sopravvivenza). La paura faceva sì che si associassero istintivamente alcuni segnali di disagio o malessere al virus: temendo quindi di essere stati infettati in moltissimi richiedevano esami che consentissero una diagnosi certa. Gli stati di ansia adattiva portavano le persone ad adottare le misure cautelative possibili: il ritiro domestico, il distanziamento dai propri cari, perché la paura per molti era quella di trasmettere inconsapevolmente il virus ai familiari più vulnerabili, anziani, ammalati; la costruzione artigianale di mascherine quando ancora non se ne trovavano in commercio. Le strade erano deserte e le persone spontaneamente tendevano a comportarsi come se il territorio fosse stato dichiarato zona rossa, come accaduto per la confinante Codogno. La scelta del lock down nel territorio cremasco era attesa. In questo articolo, alla luce della esperienza vissuta nel periodo pandemico, vogliamo fornire una testimonianza ed un contributo sulle modalità con cui i professionisti psicologi di un Servizio di Psicologia di una Azienda Sanitaria, lavorando in Team, possono attivare interventi di supporto e meccanismi di resilienza nella organizzazione aziendale e nella popolazione di riferimento.

L'azione del servizio di psicologia e della EPE

Nella ASST di Crema la Unità Operativa Servizio di Psicologia (UOPSI) del Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze - da Piano Organizzativo Aziendale Strategico (POAS) - ha la funzione di gestire l'attività psicologica aziendale e i professionisti che la svolgono, operatori dipendenti, liberi professionisti, tirocinanti: la sua azione fa capo al Dipartimento SMD; interloquisce con la Direzione Sociosanitaria per l'intervento sovra-dipartimentale in Azienda.

All'esordio della pandemia, alla UOPSI è stato chiesto di intervenire in emergenza per la tutela della sicurezza degli utenti, del personale, dei tirocinanti e degli psicologi volontari che accedevano ai Reparti ed ai Servizi. In emergenza sono stati temporaneamente sospesi i tirocini e le frequenze volontarie. Gli appuntamenti in presenza sono stati limitati alle sole urgenze e vincolati alla disponibilità dei DPI per i professionisti ed i pazienti. Sono stati chiusi o traslocati gli ambulatori di psicologia collocati all'interno dell'Ospedale, stante che in pochissimi giorni tutti i reparti specialistici nell'edificio sono stati convertiti in reparti-covid. Sono stati censiti i colleghi che avevano avuto o avevano "sintomi parainfluenzali" o avevano avuto contatti o situazioni a rischio con indicazioni delle prassi da seguire per prevenire contagi. Sono stati individuati i professionisti con situazioni sanitarie di fragilità proprie o di un familiare convivente con attivazione di conseguenza dello smart working. Si sono applicate le indicazioni sulle procedure per la protezione dei lavoratori dal rischio di contrazione o trasmissione del virus sul posto di lavoro.

Al termine di questa prima fase di allarme e messa in sicurezza, la UOPSI ha cominciato ad interrogarsi sul tipo di contributo che la Psicologia poteva dare nel far fronte a una situazione tanto drammatica, enorme e sconosciuta: i professionisti erano in grossa parte svincolati dalle consuete attività istituzionali, stante la preclusione nello svolgimento di prestazioni psicologiche, ed hanno quindi istituito la Equipe Psicologica dell’Emergenza (EPE), sulla linea tracciata dal DPCM del 13-06-2006: “Criteri sugli interventi psicosociali da attuare in caso di catastrofi”. La EPE ha iniziato ad avere briefing regolari inizialmente utilizzando i propri device personali, poi quelli forniti dalla ASST.

Per poter usufruire della esperienza e delle competenze di professionisti esperti nelle situazioni di emergenza, tramite l’Ufficio di Formazione aziendale ci si è rivolti ad una Società Scientifica di settore: si è avviata una collaborazione con EMDR Italia che provvedeva alla formazione, consulenza e supervisione della EPE con modalità a distanza. Il lavoro in Team della EPE e la collaborazione con i professionisti di EMDR sono stati i primi strumenti di orientamento e supporto ai professionisti psicologi della Azienda: nel corso dei Briefing vi era per loro la possibilità di condividere le esperienze vissute nei diversi Reparti e Servizi, segnalando il fabbisogno psicologico che rilevavano e potendo contare su uno spazio in cui formulare proposte per la risposta da attuare, congiuntamente ai colleghi, affiancati dalla supervisione degli esperti di Psicologia dell’EMDR. Nella EPE si è integrato, con la sua disponibilità e competenze, anche lo Psicologo Militare, intervenuto con l’Esercito nel Campo Militare costruito davanti all’Ospedale per accogliere le persone malate.

Uno degli ambiti di azione degli psicologi aziendali è stato quello del mantenimento della continuità assistenziale per la utenza già in carico agli psicologi. Per poterlo fare in sicurezza si è utilizzato dapprima il telefono e con l’interessamento della Direzione Strategica si è provveduto rapidamente a dotare le U.O. in cui operano gli psicologi di postazioni informatiche e device attraverso i quali fosse possibile attuare interventi psicologici da remoto, seguendo le Linee Guida suggerite dall’Ordine degli Psicologi.

Attraverso la forma della cosiddetta Telemedicina si sono attivati interventi in favore delle persone fragili, già note ai Servizi o meno: gli Psicologi hanno contattato telefonicamente le persone che avevano avuto in carico nell’ultimo periodo per condizioni di vulnerabilità. Sono state attivate due Linee Telefoniche per consulenze psicologiche per care-giver di persone con fragilità neuropsicologica (S.O.S Demenza) e di minori (Linea Psicologica per l’Età Evolutiva).

Sempre a distanza sono stati svolti interventi di tipo psico-educazionale. In condizioni di necessario distanziamento, si è collaborato con l’Ufficio Comunicazione e con l’Ufficio Formazione della Azienda per produrre materiale che potesse orientare verso buone prassi i professionisti e la popolazione: Vademecum per autotutelare il proprio stato psicofisico; articoli sulla stampa locale; indicazioni per comunicare con i bambini e tutelare le persone fragili; video per gli operatori socio-sanitari con suggerimenti per la autotutela del proprio stato emotivo e presentazione degli interventi di supporto psicologico offerti dalla EPE con EMDR.

La UOPSI ha sofferto del fatto di non essere inclusa nella Unità di Crisi, cosa che avrebbe facilitato la programmazione degli interventi con una modalità già integrata in premessa con l’operato delle altre U.O. sanitarie, assorbite dalla necessità di organizzare una risposta ad un inusuale gigantesco bisogno di cura, nonché a ranghi limitati e riorganizzati per le malattie che contingentavano gli operatori sanitari.

Per l’intervento psicologico diretto alle persone ammalate ricoverate nei Reparti Sub-acute e di Riabilitazione, si è dovuto attendere, e la modalità adottata è stata quella già in essere per le richieste di Consulenza al Reparto in cui lo Psicologo accedeva utilizzando i DPI e le procedure protettive previste per tutti gli operatori. Per i familiari delle persone ricoverate gli Psicologi sono stati scarsamente ingaggiati fino a quando non vi è stata in alcuni Reparti la disponibilità di tablet da utilizzarsi come strumento comunicativo tra malato-curanti-familiari: in alcuni Reparti è stata allora fatta la scelta di delegare questa funzione allo Psicologo Ospedaliero.

La EPE istituiva precocemente una offerta di Supporto Psicologico per gli operatori Socio-sanitari. Si identificavano alcuni Psicologi a cui i Primari dei Reparti e i Responsabili dei Servizi, i Caposala, i Gruppi di Lavoro e i singoli professionisti potevano spontaneamente rivolgersi con una richiesta di intervento fruibile in presenza o da remoto. Sono stati richiesti ed eseguiti interventi in piccolo gruppo di Debriefing, Protocolli EMDR, Training Autogeno. In setting individuali si sono svolti

Uno degli ambiti di azione degli psicologi aziendali è stato quello del mantenimento della continuità assistenziale per la utenza già in carico agli psicologi. Per poterlo fare in sicurezza si è utilizzato dapprima il telefono e con l’interessamento della Direzione Strategica si è provveduto rapidamente a dotare le U.O. in cui operano gli psicologi di postazioni informatiche e device attraverso i quali fosse possibile attuare interventi psicologici da remoto, seguendo le Linee Guida suggerite dall’Ordine degli Psicologi

La UOPSI ha sofferto del fatto di non essere inclusa nella Unità di Crisi, cosa che avrebbe facilitato la programmazione degli interventi con una modalità già integrata in premessa con l'operato delle altre U.O. sanitarie, assorbite dalla necessità di organizzare una risposta ad un inusuale gigantesco bisogno di cura, nonché a ranghi limitati e riorganizzati per le malattie che contingevano gli operatori sanitari

interventi di Triage e Screening, Valutazione Psicologica, Consulenza e Supporto Psicologico, Trattamento con Protocollo EMDR.

Il Medico Competente a sua volta inviava alla EPE gli operatori della Azienda che segnalavano sintomi di malessere psicologico reattivo alla emergenza sanitaria. In seguito, tutti gli operatori sanitari rientranti al lavoro dopo un periodo di malattia, accedevano ad uno screening dello stato emotivo con uno psicologo - utilizzando gli strumenti indicati dall'INAIL e dall'Ordine degli Psicologi nel documento per la Prevenzione del burn-out degli operatori sanitari - potendo eventualmente concordare interventi di consulenza, supporto, trattamento sullo stress con protocollo EMDR.

Per la cittadinanza si avviava una partnership con i Consulenti Privati Accreditati sul territorio, uno dei quali, il Consultorio Diocesano di Crema, si prendeva il compito di attivare una Linea Telefonica di Ascolto Psicologico e Spirituale, con i propri professionisti psicologi e con colleghi che si sono resi disponibili a svolgere alcune ore di attività volontaria, e con le figure di religiosi per il conforto spirituale.

Le Cure Territoriali e la Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) della ASST, dovendosi trasformare in una Unità ADI-Covid per la assistenza di competenza sul territorio alle persone ammalate e loro familiari, hanno richiesto alla EPE una Formazione mirata sulle modalità comunicative delle cattive notizie ed una collaborazione per l'invio agli psicologi delle situazioni che manifestavano condizioni di malessere psicologico reattivo: nel giro di poche ore EPE ed EMDR hanno organizzato e tenuto le docenze sui temi richiesti; hanno realizzato delle Linee Guida per la comunicazione di cattive notizie divulgate a tutti gli operatori sanitari in prima linea; hanno illustrato l'utilizzo del Distress Thermometer, un semplice strumento di screening dello stato emotivo, e la modalità di proposta del supporto psicologico alle persone che manifestavano segnali di malessere o vivevano situazioni di lutto; hanno svolto funzioni di consulenza ai colleghi sanitari che dovevano fare "telefonate difficili" comunicando condizioni di malattia o perdita a persone in condizioni di particolare criticità (famiglie pluricolpite dal covid; famiglie con situazioni di disabilità o fragilità...).

La survey

È stata predisposta una brochure con gli interventi psicologici supportivi disponibili, inviata al personale della ASST insieme a semplici strumenti - scelti tra quelli indicati dall'INAIL e dall'Istituto Superiore di Sanità (ISS) - che permettevano a chi lo volesse di autovalutare il proprio stato di benessere psicologico generale (Scala GHQ) e l'impatto emotivo dell'evento stressante pandemico (Scala IES-R): i risultati potevano essere restituiti alla U.O.Psi nominalmente con richiesta di un appuntamento con uno psicologo della EPE o in forma anonima per una rilevazione epidemiologica dello stato di stress del personale al termine del periodo emergenziale.

Diversi operatori sanitari della ASST di Crema hanno reinviato i loro questionari al Servizio di Psicologia, consentendo di effettuare alcune valutazioni sul campione di 71 lavoratori casualmente formato.

Nella prima parte della nostra Survey abbiamo raccolto alcuni dati sulla condizione di esposizione dell'operatore all'evento emergenziale, mentre nella seconda parte sono state proposte le due scale di valutazione, il questionario sul benessere generale (GHQ) e la Scala di Impatto dell'Evento (IES). La scala di benessere generale GHQ ha lo scopo di valutare disturbi di personalità o pattern di adattamento associati al distress psicologico. Nello specifico, valuta la presenza di sintomi non cronici di cui il soggetto ha sofferto nelle ultime settimane. Il questionario comprende item costituiti da affermazioni positive, che descrivono stati psicologici connotati positivamente o attività quotidiane, e da affermazioni negative, che descrivono sintomi di disagio psicologico. Al soggetto è richiesto di confrontare la propria situazione attuale rispetto al suo stato psicologico nel 'qui et ora', scegliendo tra quattro modalità di risposta ('come al solito' più del solito', 'meno del solito', 'molto meno del solito'); in questo modo è possibile situare i soggetti lungo un continuum i cui estremi sono costituiti da una condizione di benessere psicologico, ossia assenza di sintomi psichici, e dall'altro estremo da una condizione di disordine psichico con diversi livelli di gravità. Per assegnare il punteggio alla scala abbiamo utilizzato il metodo likert, che consiste nell'assegnazione di un punteggio 0-1-2-3 per le quattro modalità di risposta e permette di ottenere, all'interno del punteggio totale, alcune

informazioni circa l'intensità e frequenza dei sintomi. Il punteggio totale ci permette di valutare lo stato di salute del soggetto, e viene rappresentato attraverso i colori del semaforo; nello specifico, il punteggio globale che assume valori compresi tra 0-14 segnala l'assenza di problemi psicologici, e quindi sarà indicato il colore verde del semaforo. Un punteggio totale compreso tra i 15-19 indica la presenza di qualcosa di insolito, e l'eventualità di una richiesta di aiuto, segnalato con il colore giallo del semaforo. Infine, un punteggio totale che assume valori compresi tra 19-36, pone in evidenza una situazione critica, che conseguentemente consiglia al soggetto di rivolgersi ad uno sportello d'ascolto, segnalato con il colore rosso del semaforo.

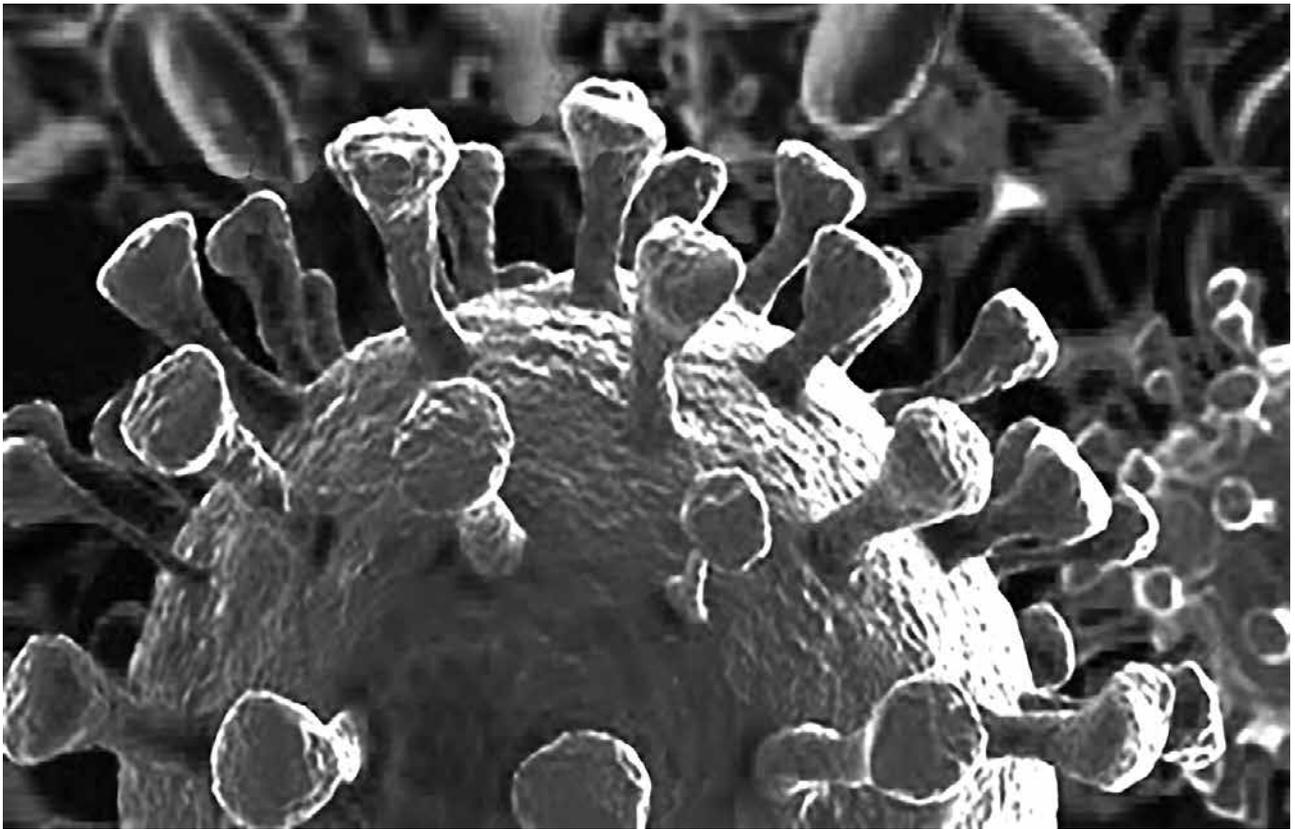
La Scala di Impatto dell'Evento IES-R è un test psicodiagnostico per i disturbi post-traumatici, ed è stata utilizzata al fine di valutare l'impatto che la situazione di emergenza ha avuto sugli operatori sanitari, focalizzandosi sull'eventuale esacerbazione delle problematiche in un PTSD; nello specifico, infatti, la scala presenta una lista di difficoltà che le persone possono manifestare a seguito di eventi stressanti. Il nostro obiettivo era dunque quello di osservare a quale livello la situazione di emergenza avesse avuto delle ripercussioni sullo stato degli operatori sanitari, fino al manifestarsi di un vero e proprio PTSD. Abbiamo deciso di usare questa scala in quanto presenta a sua volta delle subscale molto interessanti, quali evitamento, iperarousal e intrusività, che rappresentano l'anticamera di un possibile disturbo post-traumatico da stress. Per quanto riguarda lo scoring, ogni subscale si riferisce a degli item specifici ed il punteggio di ciascuno viene calcolato facendo la media degli item relativi. Per calcolare, invece, il punteggio totale della scala IES è opportuno fare la somma delle medie delle tre subscale. Il massimo punteggio medio di ognuna delle tre subscale è 4, quindi il punteggio medio totale massimo della scala IES è 12. Punteggi bassi sono migliori, mentre un punteggio totale di 33 o superiore su un punteggio massimo di 88 denota la probabile presenza di un PTSD. Le nostre analisi statistiche in sintesi hanno dimostrato l'esistenza di una connessione significativa tra i risultati totali delle due scale GHQ e IES-R: nello specifico il benessere generale è associato in modo significativo per $r=0,05$ con l'impatto dell'evento ($r=0,866$; $p=0,000$). La direzione dell'associazione risulta essere positiva, quindi sono direttamente proporzionali, e all'aumentare di una variabile anche l'altra aumenta e viceversa.

Come ci aspettavamo, la quasi totalità degli operatori ha punteggi elevati, indicativi di una condizione psicologica provata dalla esperienza pandemica: circa un terzo del campione, all'inizio della Fase 2 (giugno 2020) ha valori che indicano la possibile presenza di un disturbo post traumatico da stress.

Abbiamo provato a verificare l'esistenza di correlazioni tra lo stato di benessere (esiti delle due scale) e le condizioni che potevano determinare una maggiore/minore esposizione all'evento pandemico. Con una certa sorpresa abbiamo rilevato che non sussistono connessioni relativamente ad alcune condizioni quali: essersi allontanato da casa nel periodo emergenziale per non contagiare familiari; aver contratto il virus; aver perso un familiare a causa del Covid-19. L'unica significatività emersa è stata quella tra lo stato di benessere e l'aver avuto un familiare ammalato. Questi dati portano a riflettere sul fatto che altre variabili, di fragilità o di resilienza personale o di contesto, abbiano impattato fortemente - nel bene e nel male, nella protezione e nel danneggiamento - sul vissuto dei singoli operatori sociosanitari. Alcuni dei fattori protettivi relativi al contesto sono stati anche esplicitati, nel corso di alcuni incontri di Debriefing avuti con piccoli gruppi di lavoro: fare squadra con i colleghi che apparivano molto più motivati e solidali nell'emergenza; il sentito apprezzamento del Responsabile avvertito molto più presente ed umanamente vicino; la possibilità di avere "rinforzi", altro personale aggiuntivo che consentiva turni di lavoro sostenibili. L'accesso al supporto psicologico è facilitato per molti dalla possibilità di accedervi inizialmente durante l'orario di lavoro: al termine di giornate così faticose, il desiderio è quello di riposarsi, allontanarsi dall'ambiente e dal pensiero del dramma di cui si è stati partecipi.

Gli operatori hanno bisogno di sentirsi garantiti di non trovarsi mai più a vivere niente di simile: la sola idea provoca ansia anticipatoria con fantasie difensive di evitamento e di fuga. Auspicano che vengano messi in atto cambiamenti organizzativi preventivi, di tutela, di intervento sul territorio e al domicilio, di maggiore attenzione al fine vita, di umanizzazione della cura anche in condizioni emergenziali.

La Psicologia è tra le discipline più all'avanguardia nella definizione di Linee Guida per l'intervento a distanza e on line. Tale modus operandi non è certamente sovrapponibile a quello in presenza, ma può certamente affiancarlo in modo complementare anche quando il distanziamento non sarà più necessario. Operare da remoto fa risparmiare il tempo di trasferimento, facilitando una maggiore frequenza di incontri di coordinamento e riunioni di rete; consente di raggiungere il paziente che non può accedere al Servizio, per esempio per malattia, temporanea assenza o indisponibilità di mezzi di trasporto



Conclusioni

Nella emergenza sanitaria gli psicologi della ASST di Crema hanno potuto lavorare sinergicamente nella EPE, grazie al fatto che le U.O. in cui operano avevano drasticamente ridotto la attività diretta con la utenza: il lavoro in Team supervisionato è stato strumento di resilienza per chi ne ha fatto parte e per chi ha goduto dei suoi interventi. Per la UOPSI la disponibilità di risorse umane da impiegare trasversalmente ha consentito di orientare gli interventi in funzione dei fabbisogni psicologici che via via si manifestavano. Con la ripresa delle attività istituzionali sarà importante ripensare all'utilizzo del personale prevedendone una quota da destinare alle azioni trasversali alla Azienda (per es. il triage, lo screening, lo stress lavoro-correlato, la consulenza ai reparti, la psicodiagnostica a fini certificatori, la psicoterapia).

Nella programmazione sul lungo periodo e/o su larga scala, l'Emergenza non può essere considerata un imprevisto. Il personale, psicologico e non, deve essere formato preliminarmente a fronteggiarla, avendo strumenti per autotutelare il proprio stato psicologico e per curare gli assistiti e comunicare con la dovuta attenzione con i loro familiari. E' importante prevedere prassi e procedure per guidare gli operatori negli interventi in situazioni di crisi e traumatiche, che peraltro possono accadere in periodi ordinari (per es. negli accessi al P.S., negli eventi avversi, ecc.).

Il termine Telemedicina dovrebbe essere sostituito da Telesanità, stante che l'intervento da remoto nel periodo emergenziale è stato attuato da una molteplicità di professionisti sanitari e sociosanitari che hanno supportato le persone ammalate ed i loro familiari, la popolazione in fase di lockdown. La Psicologia è tra le discipline più all'avanguardia nella definizione di Linee Guida per l'intervento a distanza e on line. Tale modus operandi non è certamente sovrapponibile a quello in presenza, ma può certamente affiancarlo in modo complementare anche quando il distanziamento non sarà più necessario. Operare da remoto fa risparmiare il tempo di trasferimento, facilitando una maggiore frequenza di incontri di coordinamento e riunioni di rete; consente di raggiungere il paziente che non può accedere al Servizio, per esempio per malattia, temporanea assenza o indisponibilità di mezzi di trasporto.

Il lavoro svolto straordinariamente dai professionisti con le vittime della pandemia ed i soccorritori non trovava modo di essere immediatamente registrato e rendicontato all'interno delle consuete procedure: si è provveduto artigianalmente a predisporre

file ad hoc per quantificare il carico di lavoro che comunque non poteva essere valorizzato se non per le prestazioni erogate a fronte di impegnativa medica alle persone con cartella aperta in qualche U.O.

La pandemia ha reso evidente in modo eclatante che il bisogno psicologico della popolazione prescinde dall'essere affetti da una franca psicopatologia o dipendenza. E' giunto il tempo di progettare una diversa modalità di accesso agli interventi psicologici già previsti dai LEA prevedendone percorsi di appropriata fruizione; un aggiornamento dei nomenclatori tariffari delle prestazioni psicologiche e una revisione dei flussi; una nuova e corretta modalità di registrazione delle prestazioni erogate alla utenza, evitando di dover cooptare quella propria di altre U.O. che risulta inadatta e mortificante del lavoro svolto dalla Psicologia per la Salute Mentale.

*Psicologa Psicoterapeuta (Linkedin: Cinzia Cristina Sacchelli; cinziasacchelli@libero.it).

**Psicologa.

***Equipe di Psicologia dell'Emergenza: Susanna Piloni, Marco Castagna, Vanessa Raimondi, Francesca Tosetti, Cinzia Sacchelli, Olga Capone, Adami Nicole, Alessia Fusari, Valentina Calderara, Letizia Romanini, Bozzetti Chiara, Capone Olga, Elisabetta Denti, Clara Ferrari, Silvia Galvani, Silvia Zaghen, Stefania Spaggiari, Marco Tadini, Mara Patrini, Elisa Mussini, Silvia Rovaris. Stefania Sacchezin e Federica Frosi (EMDR Italia). Daniele Barnabè (Esercito Italiano).

BIBLIOGRAFIA

CNOP, Linee di indirizzo per interventi psicologici a distanza, a favore della popolazione nel periodo covid (2020). http://ordinepsicologi.tn.it/upload/documents/LINEE_INTERVENTO_PSIKOLOGICO_A_DISTANZA_CNOP_02042020.pdf

CNOP. Raccomandazioni sulle prestazioni psicologiche attraverso tecnologie di comunicazione a distanza (2013)

https://www.psy.it/allegati/documenti_utili/Raccomandazioni_CNOP_prestazioni_on_line.pdf

C. Di Tecco, M. Ronchetti, M. Ghelli, B. Persechino, S. Iavicoli: GESTIONE DELLO STRESS E PREVENZIONE DEL BURNOUT NEGLI OPERATORI SANITARI NELL'EMERGENZA COVID-19. (2020). https://www.inail.it/cs/internet/docs/alg-pubbl-gestione-stress-operatori-sanitari-covid-19_6443145764145.pdf

Inail: Covid-19 e protezione degli operatori sanitari. Inail: Tipografia Milano (2020). ISBN 978-88-7484-605-4. <https://www.inail.it/cs/internet/comunicazione/news-ed-eventi/news/news-covid-19-supporto-psicologico-operatori-sanitari-2020.html>

ISS: Franco Veltrò, Gemma Calamandrei, Angelo Picardi, Massimo Di Giannantonio, Antonella Gigantesco : Indicazioni di un programma di intervento dei Dipartimenti di Salute Mentale per la gestione dell'impatto da epidemia COVID-19 sulla salute mentale (2020). https://www.iss.it/documents/20126/0/RAPPORTO+ISS+COVID-19+23_2020.pdf/a5d4cf5e-f4cc-072e-0c43-d14ae920a2ca?t=1589209649628

Organizzazione Mondiale della Sanità: Coronavirus disease (covid-19) outbreak: rights, roles and responsibilities of health workers, including key considerations for occupational safety and health (2020). Geneva

Van Lander A, Tarocchi A, Savanovitch C, Pereira B, Vennat B, Guastella V: Evaluate the validity of the medical-graded rescue thermometer in palliative care. *BMC Palliat Care*. 2019 17 ottobre;18 (1):81. doi: 10.1186/s12904-019-0466-x. PMID: 31623591; PMCID: PMC6798346.

From pandemic emergency to the establishment of a system of psychological support for covid-19 victims

The article describes the impact of the outbreak of the Coronavirus disease on people and health workers in the first red zone, and how they tried to face the emergency relying on competence and team work.

KEYWORDS: emergency psychology, competence, needs, service program
