



Project co-funded by the European Commission –
Grant Agreement N° 07.Project co 030601/2006/447903/SUB/A3



LINEA GUIDA MULTIDISCIPLINARE

Interventi psicosociali precoci in seguito a catastrofi, terrorismo e altri eventi traumatici

2007

Sotto gli auspici del Comitato Nazionale per lo Sviluppo di linee guide multidisciplinari nell'Assistenza sanitaria mentale.

In collaborazione con le associazioni professionali partecipanti e altre organizzazioni coinvolte.

Supporto e consulenza: l'Istituto Trimbos



Project co-funded by the European Commission –
Grant Agreement N° 07.Project co 030601/2006/447903/SUB/A3



LINEA GUIDA MULTIDISCIPLINARE

Testo sul risvolto di copertina

È la prima volta che vengono pubblicate della raccomandazione multidisciplinare basate sulle evidenze scientifiche in ordine agli interventi psicosociali precoci in seguito a catastrofi, terrorismo e altri eventi traumatici. La raccomandazione contengono raccomandazioni e istruzioni operative riguardanti il triage, lo screening, la diagnostica, le informazioni al pubblico e l'assistenza psicologica a persone coinvolte nelle operazioni di primo soccorso alle vittime.

La domanda di interventi psicosociali precoci ha registrato un notevole incremento: gli eventi catastrofici avvenuti nei Paesi Bassi, quali il disastro aereo del Bijlmermeer, l'esplosione devastante di Enschede e l'incendio del locale notturno di Volendam, hanno dimostrato che la durata degli effetti psicosociali e fisici di una catastrofe è superiore al previsto, e talvolta si protrae negli anni. Anche se l'importanza della cura psicosociale è evidente, essa deve tuttavia essere offerta secondo le ultime prassi operative con effetti dimostrabili.

Il mondo degli operatori professionisti ha avanzato una richiesta di uniformità e chiarezza. Per venire incontro a tale richiesta, sono state sviluppate queste linee guida multidisciplinari, *Interventi psicosociali precoci*, basate sulle evidenze scientifiche. Queste linee guida sono intese come uno strumento che, in conformità alle ultime acquisizioni scientifiche e sulla base di esperienze pratiche (sistematicamente raccolte), offre risposte al quesito sulle azioni da intraprendere e da evitare nelle prime sei settimane successive a una catastrofe, a un attentato terroristico o ad altri eventi strazianti.

La Raccomandazione multidisciplinare

Nel gennaio del 1999 è stato costituito il *Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ* (Comitato nazionale per lo sviluppo di linee guida multidisciplinari per l'assistenza sanitaria mentale). Questo comitato, sotto la guida di un presidente indipendente, è composto da rappresentanti delle seguenti associazioni professionali: Il Collegio olandese dei Medici Condotti (NHG), l'Associazione olandese per la Psichiatria (NVvP), l'Associazione olandese per Psicoterapia (NVP), l'Istituto olandese per Psicologi (NIP) e la Federazione Infermieri nell'assistenza sanitaria mentale (FVGGZ). Il comitato viene assistito dall'istituto TrimboS.

1. Introduzione alla parte destinata al pubblico

Nei Paesi Bassi, in seguito a eventi traumatici, quali catastrofi e grandi calamità, vengono offerti interventi psicosociali precoci, definiti anche supporto psichico post-traumatico nella fase acuta. Questa forma di accoglienza psicologica viene attivata da operatori individuali (registrati come BIG, professionisti sanitari autonomi), da enti non profit nonché da organizzazioni private.

La domanda di interventi psicosociali precoci ha registrato un notevole incremento: gli eventi catastrofici avvenuti nei Paesi Bassi, quali il disastro aereo del Bijlmermeer, l'esplosione devastante di Enschede e l'incendio del locale notturno di Volendam, hanno dimostrato che la durata degli effetti psicosociali e fisici di una catastrofe è superiore al previsto, e a volte si protrae negli anni. Anche se l'importanza della cura psicosociale è evidente, essa deve tuttavia essere offerta secondo le ultime prassi operative con effetti dimostrabili.

Si è rilevata, per diversi aspetti, una discrepanza fra la pratica quotidiana e i risultati delle ricerche scientifiche sull'efficacia degli interventi psicosociali precoci. Nell'ambito dei servizi socio-sanitari vengono attuati interventi mai approfonditi scientificamente o che, dopo uno studio, risultano essere inefficaci e non mirati.

La discussione si concentra in particolare sul momento in cui gli interventi psicosociali devono essere offerti, sugli operatori da coinvolgere e sulle metodologie da adottare. Il contenuto, l'attuazione e l'eventuale follow-up degli interventi psicosociali precoci, dipendono dalle convinzioni delle organizzazioni e degli operatori individuali e, talvolta, da interessi commerciali. Di conseguenza, le modalità di offerta di questa forma di cura post-traumatica sono diverse fra di loro e spesso i soggetti colpiti non ricevono la cura ottimale (*'state of the art'*).

Il mondo degli operatori professionisti ha avanzato una richiesta di uniformità e chiarezza.

Pertanto, per venire incontro a tale richiesta, sono state sviluppate queste linee guida multidisciplinari per interventi psicosociali precoci, basate sulle evidenze scientifiche. Queste linee guida sono intese come uno strumento che, in conformità alle ultime acquisizioni scientifiche e all'esperienza (sistematica) maturata nella pratica, offre risposte al quesito sulle azioni da intraprendere e da evitare nelle prime sei settimane dopo una catastrofe, un attentato terroristico o altri eventi strazianti.

Obiettivo e gruppo target

Queste linee guida per interventi psicosociali precoci contengono raccomandazioni a supporto delle persone coinvolte nell'attuazione di interventi psicosociali precoci nelle prime sei settimane successive a catastrofi, attentati terroristici o altri eventi traumatici. Si tratta quindi di eventi di natura improvvisa, inattesa e violenta, che comprendono avvenimenti che portano o possono portare alla morte, che producono una lesione grave o che costituiscono una minaccia all'integrità fisica della vittima o di altre persone coinvolte.

La vittima avverte una sensazione di intensa paura, di disorientamento o di ripulsione (DSM-IV-TR, APA 2000).

Le presenti linee guida si applicano a grandi catastrofi (fra cui attentati terroristici), ma sono state elaborate sulla base di letteratura riguardante eventi critici di entità minore. Il punto di partenza del gruppo di lavoro era l'utilizzabilità di questa letteratura per le linee guida, tenendo presenti la similitudine fra gli effetti generati da incidenti di entità minore e quelli di grandi calamità, e l'assenza di studi che ne dimostrano il contrario.

Sulla base dei risultati della ricerca scientifica, delle conoscenze acquisite attraverso esperienze, nonché di altre considerazioni, le linee guida offrono una panoramica delle azioni positive (ottimali) atte a garantire un supporto psicosociale di alto livello qualitativo. Le linee guida offrono pertanto un orientamento all'interpretazione degli interventi psicosociali precoci (basata sulla domanda) nelle prime sei settimane successive all'evento e sono anche utilizzabili per lo sviluppo (ulteriore) dei protocolli operativi per maxiemergenze nei luoghi che accolgono un gran numero di persone, quali strutture sanitarie pubbliche, scuole, impianti sportivi o centri di detenzione.

Gruppo di lavoro

Ai fini dello sviluppo delle linee guida è stato costituito un gruppo di lavoro multidisciplinare, composto complessivamente di 21 membri rappresentanti le 5 associazioni professionali BIG e le 13 altre associazioni e organizzazioni operative nell'ambito degli interventi psicosociali precoci. Per un elenco completo dei membri del gruppo di lavoro, le associazioni e organizzazioni rappresentate e gli altri collaboratori si rimanda all'allegato 1. Il gruppo di lavoro, presenziato dal prof. C. Spreeuwenberg, si è riunito 8 volte in 18 mesi. Una sola volta sono state svolte consultazioni di singoli professionisti impiegati nei servizi di soccorso sanitario e di soggetti colpiti da eventi catastrofici (cfr. Allegato 3), durante le quali si è presentato e discusso il progetto delle linee guida. Il progetto delle linee guida è stato trasmesso ai colleghi e ai responsabili dei membri del gruppo di lavoro, per il commento e l'accettazione. Le linee guida definitive sono state redatte in seguito all'elaborazione degli ultimi commenti e all'approvazione da parte delle associazioni professionali.

Metodologia

Le linee guida sono state sviluppate in conformità alla metodologia per lo sviluppo di linee guida multidisciplinari, nell'ambito dell'assistenza sanitaria mentale e sotto gli auspici del *Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ* (Comitato nazionale per lo sviluppo di linee guida multidisciplinari per l'assistenza sanitaria mentale). Le linee guida prendono spunto dai quesiti di partenza (cfr. Allegato 2), le cui risposte sono state formulate in seguito a un'ampia ricerca sistematica della letteratura disponibile. Sulla base delle acquisizioni della ricerca scientifica (prova, *'evidence'*) e in combinazione con altre considerazioni dei membri del gruppo di lavoro (*'best practices'*), sono state tratte delle conclusioni *'evidence-based'* e formulate le raccomandazioni. Per quanto attiene l'esistente letteratura scientifica consultata, va rilevato che essa si riferisce prevalentemente al disturbo post-traumatico da stress. Il gruppo di lavoro precisa che, nonostante il disturbo post-traumatico da stress sia un disturbo frequentemente riscontrato dopo catastrofi, terrorismo e altri eventi strazianti, si possono distinguere diversi altri disturbi meno considerati dalla letteratura, ma tuttavia altrettanto rilevanti e frequenti nella pratica operativa. Si pensi, a tale proposito, ai disturbi depressivi, i disturbi d'ansia, i sintomi fisici inspiegabili e l'abuso di farmaci.

Attualità e revisione

Entro il 2010, in stretta collaborazione con il *Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ*, Impact valuterà l'attualità delle presenti linee guida. Se necessario, sarà istituito un nuovo gruppo di lavoro che si occuperà della revisione delle linee guida. Qualora nuovi sviluppi portino all'avvio anticipato del percorso di revisione, la validità delle linee guida scadrà prima della data prevista.

2. Testo delle linee guida, parte destinata al pubblico

Obiettivo degli interventi psicosociali precoci

Dopo una catastrofe, un attentato terroristico o un altro evento critico, la maggior parte dei soggetti colpiti si rimette spontaneamente. Ciononostante, un numero notevole di vittime presenta sintomi e/o disturbi psichici a lungo termine, correlati all'evento traumatico. Pertanto, ai fini di garantire il benessere dei soggetti colpiti e di evitare psicopatologie, si ricorre agli interventi psicosociali precoci. Il gruppo di lavoro raccomanda che tali interventi psicosociali siano orientati ai seguenti obiettivi:

- favorire la remissione spontanea e dell'uso di risorse naturali;
- individuare le vittime che necessitano di assistenza psicologica acuta;
- se necessario, richiedere una visita specialistica e il trattamento della vittima che necessita di assistenza psicologica acuta.

Screening

Si parla di *screening* quando uno specifico metodo di ricerca - atto a individuare l'insorgenza di certe patologie allo stadio iniziale - viene offerto a un'ampia comunità. Stante la situazione attuale, il gruppo di lavoro non raccomanda l'individuazione precoce dei soggetti che

presentano un maggiore rischio di disturbo post-traumatico da stress (DPTS). Attualmente, lo screening sulla base della diagnosi di disturbo acuto da stress (DAS) e dei questionari DPTS non è ritenuto utile, poiché non esistono prove sufficienti relative all'identificazione di disturbi latenti e sintomi precoci nelle prime sei settimane dopo l'evento. Nella maggior parte dei casi, nel predetto periodo le reazioni provocate da stress vengono considerate "reazioni normali in seguito a eventi anormali". Del resto, la letteratura non fornisce pareri consoni sul valore della diagnosi di disturbo acuto da stress (DAS) nel primo mese dopo un evento traumatico come potenziale anticamera del disturbo post-traumatico da stress (DPTS). Occorrono ulteriori studi sull'efficacia di uno screening di popolazione in seguito a un evento traumatico. È necessario che vengano approfonditi gli eventuali effetti negativi e il momento più indicato dello screening prima di predisporre il questionario destinato allo screening di popolazione. Inoltre, dovranno essere svolte delle ricerche sull'efficacia di una ripetizione dello screening nelle prime sei settimane dopo una catastrofe, un attentato terroristico o un altro evento traumatico. Occorrono studi supplementari sull'utilizzabilità degli strumenti di screening, basati su fattori di rischio e orientati all'individuazione precoce dei soggetti con un rischio incrementato di disturbi psichici correlati a eventi traumatici.

A tale proposito, il gruppo di lavoro raccomanda che gli strumenti di screening redatti in una lingua diversa dall'olandese (solitamente la lingua inglese) vengano tradotti e successivamente convalidati con vittime di madrelingua olandese.

Anche se non rientra nel campo di applicazione delle linee guida, il gruppo di lavoro ritiene che lo screening per problematiche correlate a traumi possa essere utile dopo le sei settimane successive all'evento traumatico collettivo. La constatazione che lo screening non è consigliabile nelle prime sei settimane, non toglie che in tale periodo debbano essere individuati le vittime con un urgente bisogno di supporto psichico. I casi di disturbo psichico richiedono una diagnostica idonea e un trattamento mirato. Le informazioni relative a minorenni devono essere fornite sia dal minore stesso sia dai genitori/tutori.

Il contesto di supporto

I soggetti colpiti da catastrofi, terrorismo e grandi calamità hanno bisogno di sostegno. Il gruppo di lavoro raccomanda che in seguito a una catastrofe, terrorismo o altri eventi traumatici venga offerto un idoneo contesto di supporto. Non appena le vittime saranno state messe in sicurezza, si dovrà prioritariamente soddisfare la loro domanda di ascolto, supporto, rassicurazione; venire incontro alle loro necessità pratiche; offrire informazioni reali e aggiornate sull'evento traumatico; organizzare supporto proveniente dall'ambiente sociale individuale; facilitare la ricongiungimento con i parenti e il mantenimento dell'unione familiare; tranquillizzare quei soggetti che presentano normali reazioni di stress. Si suppone che queste azioni favoriscano la remissione spontanea della vittima. Il contesto di supporto deve essere continuamente disponibile e accessibile nell'intero periodo oggetto delle presenti linee guida (le prime sei settimane), poiché costituisce il punto di partenza per l'attuazione degli interventi psicosociali precoci.

Interventi psicosociali precoci preventivi

Informazioni al pubblico

Il gruppo di lavoro raccomanda che in seguito a una catastrofe, terrorismo o eventi traumatici tutti i soggetti colpiti ricevano informazioni adeguate, brevi, basilari e atte al ripristino del controllo e alla stimolazione dell'autosufficienza della vittima. Le informazioni al pubblico comprendono i seguenti 3 elementi:

- spiegazioni sulle reazioni considerate normali;
- indicazioni sulle reazioni che richiedono supporto psicologico;
- consigli atti a favorire la ripresa della routine quotidiana.

Il gruppo di lavoro non raccomanda che alle vittime e ai familiari venga offerta educazione psichica preventiva sotto forma di informazioni e training strutturati (e ripetuti) al fine di cambiare il comportamento indotto dal trauma.

Per un buona conduzione delle operazioni informative, il gruppo di lavoro raccomanda che tali attività vengano inserite nei vari piani d'emergenza. Qualora l'evento traumatico coinvolga anche i bambini, devono essere previste sessioni informative specificamente idonee al loro livello di comprensione e il loro universo mentale.

Triage

Oltre alle informazioni al pubblico, nella fase acuta i volontari addestrati e gli operatori di linea zero e di prima linea (sostenuti dai servizi di assistenza sanitaria mentale di seconda linea) hanno un ruolo anche nell'ambito del triage psicologico. Si tratta in particolare dell'individuazione di vittime con disturbi psichici e/o gravi sintomi clinici che richiedono diagnostica e/o trattamento. Il triage psicologico si incentra sul giudizio clinico degli operatori volontari e professionisti di linea zero e di prima, seconda e terza linea, nonché sul giudizio personale della vittima. È necessario che gli operatori volontari e i professionisti dispongano di una preparazione di base e siano consapevoli del fatto che la maggior parte delle vittime manifesterà qualche, normale, reazione provocata da stress.

Nell'ambito dell'individuazione e della diagnostica, ai medici condotti si consiglia la consultazione delle norme del *Nederlandse Huisartsengenootschap* (NHG, Collegio nazionale dei medici condotti) riguardanti disturbi d'ansia (NHG 2004) e depressione (NHG 2003).

Il triage psicologico può anche aver luogo nel periodo successivo a quello indicato nelle presenti linee guida (ovvero le prime sei settimane dopo l'evento traumatico), ad esempio, nel momento in cui la vittima si consulta con un operatore socio-sanitario.

Il gruppo di lavoro ritiene che, in caso di triage psicologico, si debba operare una distinzione fra:

- soggetti senza disturbi psichici e/o sintomi clinici gravi che costituiscono il gruppo maggiore. La maggior parte dei soggetti si rimette spontaneamente e autonomamente; e nelle prime sei settimane ha soltanto bisogno di qualche rassicurazione e informazioni concise;
- soggetti con una sospetta presenza di disturbi psichici e/o sintomi clinici gravi. Anche questo gruppo deve ricevere informazioni concise e l'operatore sanitario deve fissare un appuntamento per un colloquio con la vittima;
- soggetti che presentano disturbi psichici e/o sintomi clinici gravi. In questo caso siamo di fronte a una problematica clinica evidente che richiede una diagnostica e/o un trattamento immediato e adeguato.

In generale, il gruppo di lavoro sostiene che gli operatori professionali - ma anche altre persone quali il partner della vittima, responsabili e istituti scolastici - devono rispettare un periodo di sei settimane di attesa e di attenta osservazione delle vittime, a meno che non si presentino problematiche cliniche evidenti.

Debriefing psicologico

Con il termine debriefing psicologico si intendono quegli interventi di routine nel campo della psicologia dell'emergenza intesi a evitare e limitare le conseguenze psichiche indesiderate di un evento traumatico. Il debriefing psicologico comprende vari approcci simili, fra cui il *Critical Incident Stress Debriefing* (CISD); spesso si riferisce a un unico intervento semistrutturato.

Il gruppo di lavoro raccomanda di non ricorrere a un unico debriefing psicologico (fra cui CISD) ai fini di evitare l'evoluzione verso DPTS e altri problemi psichiatrici nei soggetti colpiti. Dato che le prove sull'effetto dimostrabile del debriefing psicologico nei corpi d'intervento sono finora insufficienti, il gruppo di lavoro raccomanda di non sottoporre nemmeno gli operatori dell'emergenza a debriefing psicologico.

Per quanto riguarda questi (corpi di) operatori, il gruppo di lavoro ritiene che il supporto offerto da colleghi (*peer support*) abbia un effetto positivo sul contesto di supporto, poiché tramite il supporto fra pari si può realizzare un appoggio pratico e emotivo e promuovere l'uso dei fonti di sostegno sociale individuali. Il gruppo di lavoro ritiene che, qualora si verifichi un evento critico sul luogo di lavoro, il datore di lavoro debba offrire assistenza psicologica (tramite un operatore socio-sanitario o un volontario addestrato).

Il gruppo di lavoro raccomanda ulteriori ricerche sull'efficacia del CISM, il modulo di pronto soccorso psicologico elaborato dalla NCTPSD e un protocollo di accoglienza strutturato per bambini.

Interventi psicosociali precoci collettivi

Gli interventi psicosociali precoci collettivi sono destinati a tutta la popolazione colpita o a certe comunità. A titolo esemplificativo ma non esaustivo, si riportano alcuni degli interventi collettivi: una funzione di supporto a sportello unico come l'*Informatie- en Adviescentrum* (IAC, Centro informativo e consultorio) o un centro di informazioni e assistenza virtuale, notizie tramite i media, una piattaforma per i soggetti colpiti, un'equipe di assistenza sanitaria specializzata, ricerche sulla salute mentale e politiche governative.

Anche se questi interventi non rientrano nel campo di applicazione delle presenti linee guida, il gruppo di lavoro raccomanda che gli interventi precoci collettivi facciano parte integrante e essenziale del pacchetto di cura psicosociale offerto in seguito a eventi shockanti. Pertanto deve essere garantita l'attivazione di questo tipo di intervento. Il gruppo di lavoro raccomanda altresì che nelle prime sei settimane successive alla catastrofe venga predisposto un adeguato sistema di assistenza, e che i vari piani strategici prevedano tassativamente l'offerta di informazioni al pubblico.

Interventi psicosociali precoci curativi

Nel caso in cui si manifestino gravi sintomi clinici o disturbi psichici di cui al DSM-IV-TR, gli operatori professionisti dispongono di una vasta scala di interventi. Fra i disturbi traumatici più frequenti che richiedono trattamento si distinguono: disturbi d'ansia, disturbi depressivi, sintomi fisici non spiegabili, il disturbo acuto da stress, il disturbo post-traumatico da stress, disturbi comportamentali disadattivi e abuso di farmaci. Qualora nella catastrofe siano coinvolte minoranze etniche, l'approccio a questi gruppi deve essere, per quanto possibile, regolare e, per quanto necessario, incentrato sulla cultura.

Disturbo acuto da stress e gravi sintomi del disturbo post-traumatico da stress

Il gruppo di lavoro raccomanda l'uso di TCC per traumi quale metodo di trattamento efficace per soggetti che presentano un disturbo acuto da stress o gravi sintomi del disturbo post-traumatico da stress nel primo mese dopo un evento shockante. Il rilassamento terapeutico può essere integrato nel trattamento terapeutico cognitivo-comportamentale, ma non è utile come intervento a sé stante (non incentrato sul trauma).

Il gruppo di lavoro ritiene auspicabile lo svolgimento di ulteriori studi sul valore di EMDR negli interventi precoci curativi.

Il gruppo di lavoro raccomanda di considerare la terapia cognitivo-comportamentale per traumi in bambini che presentano gravi sintomi di DPTS nel primo mese dopo l'evento traumatico. Il gruppo di lavoro ritiene auspicabile lo svolgimento di ulteriori studi sul valore di EMDR negli interventi precoci curativi destinati ai bambini.

Altri disturbi psichici

Per il trattamento di disturbi d'ansia o depressivi, il gruppo di lavoro rimanda alle relative direttive multidisciplinari in materia di disturbi d'ansia e depressione (del 2003 e del 2005). Le linee guida per sintomi e disturbi somatoformi sono in fase di preparazione. Per il trattamento degli altri disturbi psichici si rimanda agli orientamenti, ai protocolli e alle meta-analisi per lo specifico disturbo.

Terapia farmacologica

Il gruppo di lavoro raccomanda che in caso di disturbi del sonno provocati da trauma, si può prendere in considerazione una terapia farmacologica. Per un eventuale trattamento medicamentoso dei disturbi del sonno, d'ansia e depressivi, il gruppo di lavoro fa riferimento alle vigenti linee guida in materia.

Organizzazione

Gli interventi psicosociali precoci in seguito a catastrofi, terrorismo e altre calamità devono essere attuati nel rispetto del quadro giuridico relativo. I punti di partenza consistono in un'offerta più regolare possibile e una cura psicosociale integrale.

I quadri giuridici applicabili alle catastrofi e agli eventi critici di larga portata non vengono considerati nelle presenti linee guida. Per ulteriori informazioni si rimanda alla normativa olandese in materia, ovvero la legge catastrofi e incidenti gravi (WRZO), la legge assistenza medica in caso di incidenti e catastrofi (WGHOR), la legge miglioramento della qualità del pronto intervento, nonché la legge prevenzione collettiva della salute pubblica (WCPV).

Per una migliore applicazione pratica, il gruppo di lavoro raccomanda che le presenti linee guida multidisciplinari di carattere generale vengano implementate nell'ambito professionale specifico.

3 Panoramica delle raccomandazioni

Il gruppo di lavoro raccomanda che gli interventi psicosociali precoci siano orientati ai seguenti obiettivi:

- favorire la remissione spontanea e dell'uso di risorse naturali;
 - individuare le vittime che necessitano di assistenza psicologica acuta;
 - se necessario, richiedere una visita specialistica e il trattamento della vittima che necessita di assistenza psicologica acuta.
1. Finora il gruppo di lavoro non raccomanda l'individuazione precoce tramite questionari DPTS dei soggetti con un maggior rischio di disturbo post-traumatico da stress.
 2. Il gruppo di lavoro raccomanda la traduzione e la successiva convalida di strumenti di screening in una lingua diversa dall'olandese (spesso l'inglese). La convalida deve essere effettuata in popolazioni olandesi di vittime di catastrofi, attentati terroristici o altri eventi critici.
 3. Il gruppo di lavoro raccomanda che, in caso di disturbi psichici già presenti, vengano effettuati una diagnostica idonea e un trattamento mirato.
 4. Il gruppo di lavoro sconsiglia l'individuazione precoce dei soggetti con un maggiore rischio di disturbo post-traumatico da stress, sulla base della sussistenza del disturbo acuto da stress (DAS). Il gruppo di lavoro raccomanda invece di fissare un appuntamento per l'ulteriore osservazione della vittima.
 5. Il gruppo di lavoro raccomanda lo svolgimento di studi supplementari in popolazioni di vittime di catastrofi, attentati terroristici o altri eventi shockanti, che riguardano l'utilizzabilità di strumenti di screening basati su fattori di rischio.
 6. Il gruppo di lavoro raccomanda lo svolgimento di ulteriori studi sull'efficacia di uno screening di popolazione in seguito a eventi traumatici.
 7. Il gruppo di lavoro raccomanda che, qualora dopo un evento critico si decida di sottoporre bambini e adolescenti a uno screening DAS, le informazioni vengano fornite sia dal bambino, sia dai genitori/tutori.
 8. Il gruppo di lavoro raccomanda ulteriori ricerche relative al momento più indicato per l'impiego di uno screening, in seguito a una catastrofe, un attentato terroristico o altro evento traumatico.
 9. Il gruppo di lavoro raccomanda ulteriori ricerche sui potenziali effetti negativi di uno screening di vittime di catastrofi, attentati terroristici e altri eventi critici.
 10. Il gruppo di lavoro raccomanda che, dopo una catastrofe, terrorismo o un altro evento traumatico, venga offerto un contesto di supporto che comprenda quanto segue:
 - l'offerta di ascolto, sostegno e conforto, nonché una risposta ai bisogni pratici dei soggetti colpiti;
 - l'offerta di informazioni reali e aggiornate sull'evento traumatico;
 - l'organizzazione di supporto proveniente dall'ambiente sociale individuale;
 - la facilitazione del ricongiungimento con i parenti e il mantenimento dell'unione del nucleo familiare;
 - la assicurazione delle vittime che presentano normali reazioni di stress.
 11. Il gruppo di lavoro raccomanda che, in seguito a una catastrofe, terrorismo o altri eventi traumatici, tutti i soggetti colpiti ricevano informazioni adeguate. Le informazioni al pubblico devono comprendere:

- spiegazioni sulle reazioni considerate normali;
 - indicazioni sulle reazioni che richiedono assistenza psicologica;
 - consigli per favorire la ripresa della routine quotidiana.
12. Il gruppo di lavoro sconsiglia l'offerta di educazione psichica preventiva.
 13. Il gruppo di lavoro raccomanda che, nella fase acuta, i volontari addestrati e gli operatori di linea zero e di prima linea (con il supporto dei servizi di assistenza sanitaria mentale di seconda linea) svolgano un ruolo anche nell'ambito del triage psicologico. Si tratta in particolare dell'individuazione di vittime con disturbi psichici e/o gravi sintomi clinici che richiedono diagnostica e/o trattamento. Il triage psicologico viene spesso condotto nella fase acuta, ma può anche aver luogo durante il periodo successivo a quello oggetto delle presenti linee guida (ovvero le prime sei settimane), ad esempio, nel momento in cui una vittima si consulta con un operatore socio-sanitario.
 14. Il gruppo di lavoro raccomanda che nel triage psicologico si operi una distinzione fra:
 - soggetti senza disturbi psichici e/o sintomi clinici gravi che devono essere tranquillizzati e ricevere informazioni concise;
 - soggetti con una sospetta presenza di disturbi psichici e/o sintomi clinici gravi. Anche questo gruppo deve ricevere informazioni concise e l'operatore sanitario deve fissare un appuntamento al fine di continuare l'osservazione individuale;
 - soggetti che presentano disturbi psichici e/o sintomi clinici gravi. In questo caso siamo di fronte a una problematica clinica evidente che richiede diagnostica e/o trattamento immediato.
 15. Il gruppo di lavoro raccomanda di non ricorrere a un unico debriefing psicologico (fra cui CISD) per evitare l'evoluzione verso DPTS e altri problemi psichiatrici nei soggetti colpiti.
 16. Il gruppo di lavoro non raccomanda debriefing psicologico (fra cui CISD) per gli operatori di soccorso.
 17. Il gruppo di lavoro ritiene che il sostegno offerto da colleghi (*peer support*) abbia un effetto positivo sul contesto di supporto, poiché tramite il supporto fra pari si può ottenere un appoggio pratico e emotivo, nonché promuovere l'uso di fonti individuali di sostegno sociale.
 18. Il gruppo di lavoro raccomanda di non offrire CISM a livello di popolazione.
 19. Il gruppo di lavoro raccomanda ulteriori ricerche sull'efficacia di CISM.
 20. Il gruppo di lavoro raccomanda ulteriori studi sull'efficacia del modulo di pronto soccorso psicologico.
 21. Il gruppo di lavoro raccomanda di non ricorrere a un unico debriefing psicologico (fra cui CISD) nel caso di soggetti adulti o bambini, per evitare l'evoluzione verso DPTS e altri problemi psichiatrici.
 22. Il gruppo di lavoro raccomanda ulteriori ricerche sull'efficacia di un protocollo di accoglienza strutturato nell'ambito degli interventi preventivi per bambini.
 23. Il gruppo di lavoro raccomanda la terapia cognitivo-comportamentale (TCC per traumi) per soggetti che presentano un disturbo acuto da stress (DAS) o gravi sintomi del disturbo post-traumatico da stress (DPTS) nel primo mese dopo un evento shockante.
 24. Il gruppo di lavoro raccomanda l'uso del rilassamento terapeutico unicamente come parte integrante della TCC e non come intervento a sé stante (e non incentrato sul

trauma).

25. Il gruppo di lavoro raccomanda ulteriori ricerche sull'efficacia di EMDR come intervento precoce curativo durante le prime sei settimane successive all'evento critico.
26. Il gruppo di lavoro raccomanda che, in caso di disturbi del sonno provocati dal trauma, si prenda in considerazione una terapia farmacologica. Per un eventuale trattamento medicamentoso dei disturbi del sonno, d'ansia e depressivi il gruppo di lavoro fa riferimento alle vigenti linee guida in materia.
27. Il gruppo di lavoro raccomanda che, qualora si verifichi un evento sconvolgente sul luogo di lavoro, il datore di lavoro debba offrire supporto psicologico (tramite un operatore sanitario o un volontario addestrato).
28. Il gruppo di lavoro raccomanda la terapia cognitivo-comportamentale (TCC per traumi) a favore di bambini d'età superiore ai 7 anni che presentano gravi sintomi del disturbo post-traumatico da stress (DPTS) nel primo mese dopo un evento sconvolgente.
29. Il gruppo di lavoro raccomanda ulteriori ricerche sull'efficacia di EMDR quale intervento curativo precoce per bambini.
30. Il gruppo di lavoro raccomanda ulteriori studi sugli interventi farmacologici per bambini.
31. Il gruppo di lavoro raccomanda che l'approccio a minoranze etniche sia, per quanto possibile, regolare e, per quanto necessario, incentrato sulla cultura. A parere del gruppo di lavoro, l'approccio culturale può consistere in informazioni nella lingua madre e prevedere il coinvolgimento di figure chiave provenienti dai diversi gruppi etnici.
32. Il gruppo di lavoro raccomanda che gli interventi psicosociali precoci vengano offerti da persone addestrate/qualificate.
33. Il gruppo di lavoro raccomanda che gli interventi precoci collettivi facciano parte integrante e essenziale del pacchetto di cura psicosociale offerto in seguito a eventi traumatici. Deve pertanto essere garantita l'attivazione di questo tipo di intervento.
34. Il gruppo di lavoro raccomanda che entro le prime sei settimane dalla catastrofe venga predisposto un adeguato sistema di assistenza.
35. Il gruppo di lavoro raccomanda che i vari piani strategici prevedano tassativamente l'offerta di informazioni al pubblico.
36. Il gruppo di lavoro raccomanda l'implementazione delle presenti lingue guida multidisciplinari di carattere generale linee guida nell'ambito professionale specifico.