

Presentazione

La logica dei numeri relativi all'impatto dei traumi sulla salute mentale è, pur nella sua freddezza e asetticità, imprescindibile per chi voglia comprendere quale sia la consistenza del fenomeno e quali mezzi dover predisporre per poter affrontare nel modo migliore le conseguenti esigenze assistenziali. I dati che provengono da vari studi internazionali ci dicono che il solo disturbo da stress post-traumatico (DSPT) ha una prevalenza nella vita compresa fra il 6 e l'8% della popolazione statunitense. Secondo lo studio ESEMED, circa l'1,1% della popolazione europea soffre in un anno di DSPT, una proporzione analoga a quella stimata a livello mondiale dalla World Mental Health Survey Initiative. La percezione della gravità del problema assume una maggiore concretezza se si considera il danno che si aggiunge al danno: le persone che hanno sviluppato un DSPT hanno un rischio di incorrere in una depressione maggiore 6-7 volte più elevato, in un qualsiasi disturbo d'ansia 2-4 volte maggiore, in un disturbo da uso di alcol 2-3 volte superiore e in un rischio di suicidio sino a 13 volte maggiore, senza contare il rischio di malattie cardiovascolari (in particolare cardiopatia ischemica) che è 3-4 volte superiore.

Gli eventi traumatici sono purtroppo un'evenienza non eccezionale nella vita di ciascuno di noi, e questo non deve meravigliare se si sommano le tante situazioni in cui chiunque potrebbe venire a trovarsi. Si va da eventi individuali, spesso drammatici, come gravi incidenti automobilistici o forme di violenza fisica, di cui la maggior parte delle vittime sono purtroppo donne, a situazioni collettive, la cui lista è drammaticamente lunga: dagli atti di terrorismo, alle guerre, alle varie forme di disastro naturale, tra cui il terremoto al quale in Italia siamo ormai tristemente avvezzi.

Gli autori italiani di questo pregevole Manuale si sono trovati nella condizione, non certo invidiabile, di poter osservare molto meglio di tanti altri fra noi quali possano essere le conseguenze pratiche ed emotive di chi si trova ad affrontare un terremoto, a causa di un'esperienza vissuta, come si dice, "sulla propria pelle". Come essi stessi raccontano, il loro personale e pressoché immediato coinvolgimento nell'assistenza alla popolazione durante il tremendo terremoto avvenuto nell'aprile del 2009 all'Aquila, divenuta città simbolo di un'Italia perennemente martoriata da queste catastrofi, li ha portati all'esigenza di capire cosa si potesse fare di più e di meglio per aiutare coloro che subiscono le conseguenze a distanza dell'evento che, come giustamente fanno notare, vanno ben oltre il DSPT. Non a caso il loro Manuale, nato da un'esperienza di formazione sviluppata negli Stati Uniti in uno dei più prestigiosi Centri di ricerca internazionali sulle esperienze traumatiche, e poi da loro diffusa successivamente in Italia, è dedicato più ampiamente alle varie forme di sofferenza psicologica che seguono ai disastri naturali e ai traumi importanti. Il loro intento, come hanno sempre fatto nella loro carriera, spesso in maniera davvero pionieristica, è stato quello di formare gli operatori italiani a un metodo di intervento psicoterapeutico di tipo cognitivo-comportamentale che fosse specifico per queste situazioni

cliniche, efficace, basato su solide evidenze scientifiche, ma anche attuabile nella nostra pratica quotidiana. Un metodo agevole da apprendere, se sostenuto da un'adeguata formazione, resa oggi più facile e agile dal Manuale, che prevede anche un Quaderno di lavoro per l'utente che riporta, passo per passo, in maniera chiara e precisa, principi e procedure da seguire.

Purtroppo, come i dati di ricerca sui servizi italiani ci dicono, siamo ancora lontani dall'utilizzare in maniera diffusa interventi psicosociali basati sulle evidenze, per un'inveterata resistenza al cambiamento che si esprime anche nella persistente refrattarietà a metodi di intervento manualizzati, che forse per questo vengono spesso, erroneamente, considerati "troppo semplicistici". La Società Italiana di Psichiatria è da tempo impegnata nello sforzo di colmare questo gap esistente nei servizi italiani fra ciò che viene fatto e ciò che si potrebbe e si dovrebbe fare, attraverso il sostegno e la promozione di pratiche terapeutiche innovative come quella riportata nel Manuale, la cui diffusione è di vitale importanza per il miglioramento della qualità complessiva delle cure nel nostro Paese.

Come Presidente della Società, non posso non essere grato a Massimo Casacchia, Rita Roncone e Laura Giusti per questo Manuale e, più in generale, per il contributo che hanno dato e che sono sicuro continueranno a dare al raggiungimento di questi obiettivi.

Bernardo Carpiniello
Presidente della Società Italiana di Psichiatria
Professore Ordinario di Psichiatria
Dipartimento di Scienze Mediche e Sanità Pubblica
Università di Cagliari

Premessa

Alle 3:32 del 6 aprile 2009 siamo stati costretti a sobbalzare dal letto e uscire precipitosamente, impolverati e coperti da calcinacci, dalla nostra casa in Piazza Chiarino, nel centro storico dell'Aquila, e da allora un tema, come quello delle conseguenze dei disastri naturali, è diventato di prioritario interesse per noi. Essere stati vittime e, nel contempo, per via della nostra professione, soccorritori, a seguito del grave evento sismico che ha colpito la città dell'Aquila e il suo circondario, ci ha necessariamente spinto a occuparci di questa tematica, sia in ambito clinico che di ricerca.

Il terremoto di magnitudo 6.3 sulla scala Richter ha causato dei gravissimi danni alla città, situata a 721 metri sul livello del mare, nel cuore dell'Abruzzo, regione di cui è capoluogo.

Fondata nel XIII secolo, la storia dell'Aquila è legata alla figura dell'eremita Pietro da Morrone che, nel 1288, fece costruire la basilica di Santa Maria di Collemaggio, capolavoro dell'arte romanica. In essa, l'eremita venne incoronato Papa con il nome di Celestino V, il 29 agosto 1294. Quattro mesi dopo, "il gran rifiuto", come definito da Dante, che nella Divina Commedia lo colloca, forse troppo severamente, nell'An-

tinferno tra gli Ignavi. Prima però delle sue dimissioni da Papa, Celestino V emanò una Bolla, che consegnò alla città, con la quale concedeva l'indulgenza plenaria e universale all'intera umanità. Fu un evento eccezionale, che anticipò di sei anni l'introduzione dell'Anno Santo, per volere di Bonifacio VIII. Quello di Pietro da Morrone può essere quindi considerato il primo rivoluzionario giubileo della storia che, tuttora, ogni anno, nella giornata del 28 agosto, in occasione della cerimonia della Perdonanza, prevede l'apertura della Porta Santa della Basilica per 24 ore, durante le quali i fedeli pentiti, oltrepassata la porta, ricevono l'assoluzione dei loro peccati.

In Italia i disastri naturali più frequenti e devastanti sono rappresentati dai terremoti. L'Italia è situata al margine di convergenza tra due grandi placche, quella africana e quella euroasiatica. Il movimento relativo tra queste due placche causa accumulo di energia e deformazione che, occasionalmente, vengono rilasciate sotto forma di terremoti di varia entità. A causa della formazione della catena appenninica, l'Abruzzo è tra le regioni più esposte ai terremoti; la città dell'Aquila, a partire dal 1300, è stata colpita da terremoti distruttivi più volte e in epoche diverse: si ricordano i terremoti del 1315, 1349, 1461, 1703, 1762 e il recente terremoto del 6 aprile 2009.

Quest'ultimo terremoto aquilano ha causato 309 morti, 1600 feriti e circa 60.000 sfollati, danni al patrimonio culturale, artistico e spirituale, danni alle abitazioni, rese inagibili: la gravità di tale evento ha inevitabilmente comportato un forte impatto sulla salute fisica e mentale delle persone sopravvissute, a breve, medio e lungo termine. Il nostro gruppo di lavoro, fin dalle prime fasi del tragico evento naturale, è stato coinvolto profondamente e operativamente nell'affrontare le gravi e complesse problematiche ad esso correlate.

Il sisma aquilano del 2009 purtroppo non è stato l'unico evento che ha scosso il territorio italiano e i suoi abitanti negli ultimi anni. Infatti, negli anni seguenti, si è verificata una serie di terremoti di diversa entità che ha comportato grave allarme nella popolazione, distruzione e morti: il 20 maggio 2012 il terremoto dell'Emilia Romagna, il 24 agosto 2016 il terremoto di Amatrice, il 30 ottobre 2016 il terremoto di Norcia e del Centro Italia, il 18 gennaio 2017 il terremoto nel circondario dell'Aquila, il 22 agosto 2017 il terremoto di Ischia.

Nel mondo sono state condotte molte ricerche sulle conseguenze sulla salute fisica e mentale delle persone esposte a eventi traumatici, ai disastri naturali e a quelli provocati dall'uomo. Un terzo degli studi in tale campo riporta che molte persone soffrono di problemi psicologici di diversa durata e gravità, lamentando sintomi depressivi, d'ansia e di disturbo da stress post-traumatico (DSPT).

Infatti, le persone sopravvissute a eventi traumatici possono presentare manifestazioni emotive aspecifiche, problemi di salute fisica, difficoltà di adattamento nella vita quotidiana e, in conseguenza delle perdite subite, difficoltà economiche e problemi lavorativi. Tra i fattori che sembrano comportare un impatto rilevante sulla salute mentale si annoverano:

- essere stati direttamente esposti all'evento traumatico;
- appartenere al genere femminile;
- aver presentato in passato problemi psichiatrici;
- disporre di uno scarso supporto sociale;
- appartenere a minoranze etniche.

Molto spesso le persone migliorano con il passare del tempo; altre volte, invece, possono continuare a presentare disturbi o compromissioni del funzionamento sociale e lavorativo, anche molto tempo dopo l'evento traumatico.

Alcuni ricercatori americani hanno dedicato grande attenzione allo sviluppo di specifici trattamenti che aiutassero le persone a superare le conseguenze di traumi gravi, come quello a seguito dell'attacco terroristico alle Torri Gemelle di New York dell'11 settembre 2001 in cui morirono quasi 3000 persone, o di gravi disastri naturali, quali quelli provocati dai frequenti uragani negli Stati Uniti.

Può essere considerato esemplare il lavoro di Hamblen et al. (2006), che riportano una specifica terapia cognitivo-comportamentale (TCC) condotta con successo sui sopravvissuti all'uragano Katrina del 2005 (Hamblen et al., 2009) e sui sopravvissuti all'uragano Sandy di New York del 2012 (Hamblen et al., 2017) e a partire dalla quale è stato elaborato il presente Manuale.

Gli autori americani sottolineano come tale trattamento non dovrebbe essere condotto subito dopo il disastro, in quanto risposte emotive attese e fisiologiche, e che emergono immediatamente dopo l'evento, potrebbero estinguersi nel tempo spontaneamente. Più precisamente, gli autori propongono che tale approccio di tipo cognitivo-comportamentale non venga condotto prima di sei mesi dal trauma, tempo in cui i sintomi della fase acuta dovrebbero esaurirsi. L'intervento è stato sviluppato per le persone che continuano a presentare persistenti sintomi post-traumatici che condizionano, negativamente, la loro qualità di vita. L'approccio è transdiagnostico e multisintomatologico.

Sulla base delle loro esperienze, descritte a livello scientifico, gli stessi autori (Hamblen et al., 2009) hanno evidenziato alcuni vantaggi dell'approccio che riteniamo utile descrivere di seguito.

- L'approccio è stato sviluppato per aiutare le persone a superare un distress post-traumatico, senza necessaria-

mente presentare una specifica diagnosi psichiatrica o un quadro clinico definito, come, ad esempio, il disturbo da stress post-traumatico. Pertanto il trattamento può essere utilizzato anche in altre condizioni, ad esempio una condizione depressiva, che seguono a eventi traumatici rilevanti per un individuo.

- Il trattamento può essere appreso e utilizzato da un ampio numero di operatori della salute in quanto è sufficiente un training di breve durata (due giorni) per acquisire le competenze necessarie alla sua conduzione con vantaggi, quindi, anche sul piano economico per gli amministratori (Hamblen et al., 2010).
- Tale trattamento non esige una valutazione iniziale, intermedia e finale particolarmente lunga e onerosa, essendo infatti sufficiente la somministrazione di uno strumento semplice, quale la scala Short Posttraumatic Stress Disorder Rating Interview, Expanded version (SPRINT-E; Norris et al., 2008) (riportata nel presente Manuale). La scala SPRINT-E è un utile e semplice strumento di valutazione che si può usare in situazioni in cui risulta poco fattibile una valutazione approfondita, in condizione di modesta disponibilità di risorse dei servizi di salute mentale. Derivata dalla scala SPRINT a 8 item (Connor e Davidson, 2001), la scala SPRINT-E, composta da 12 item, valuta sintomi post-traumatici e bisogni di trattamento e, per il suo facile impiego, si presta molto bene allo screening degli utenti e al monitoraggio dell'efficacia del trattamento.
- Tale approccio, che, come già detto, è rivolto a persone che non ricevono necessariamente una diagnosi psichiatrica, risulta essere più accettabile per i "sopravvissuti" ai traumi che possono soffrire per la prima volta di problemi di salute mentale. Poter contare, infatti, su un trattamento che non richiede una diagnosi psichiatrica può sicuramente aumentarne l'accessibilità.

Come abbiamo accennato, il corso di formazione per gli operatori sul trattamento, descritto nel presente Manuale, dura due giorni, durante i quali gli stessi operatori riescono a migliorare la capacità di valutazione delle conseguenze dello stress nelle persone esposte a un trauma e le competenze terapeutiche nei riguardi di persone sofferenti, anche in contesti disagiati come quelli in cui avvengono eventi catastrofici collettivi.

Gli autori americani che hanno sviluppato la TCC esposta in questo Manuale consigliano di programmare periodicamente delle riunioni con gli operatori per verificare, in primo luogo, la “fedeltà” all’erogazione del trattamento e per discutere eventuali difficoltà che è possibile incontrare nel mettere in pratica l’approccio (Hamblen et al., 2009).

Gli autori della traduzione e dell’ampio adattamento del lavoro di Hamblen et al. riportato nel presente Manuale, in seguito all’evento traumatico del 6 aprile 2009, hanno effettuato, nel febbraio del 2011 presso l’Università degli Studi dell’Aquila, lo specifico training “Cognitive-Behavioral Therapy for Distress Following Natural Disaster”. Il training era condotto da Jennifer Gottlieb, al tempo Research Assistant Professor presso il Department of Psychiatry, Geisel Medical School, Dartmouth, negli Stati Uniti. Al corso hanno partecipato 20 operatori della salute mentale della ASL 1 Avezzano-Sulmona-L’Aquila.

A seguito di questo corso, gli autori hanno dato diffusione formativa e scientifica del trattamento. Nell’ambito del 17° Congresso Nazionale della Società Italiana di Psicopatologia, svoltosi nel febbraio 2013 a Roma, è stato condotto un corso di formazione ECM dal titolo “Intervento cognitivo-comportamentale nei disturbi psicopatologici conseguenti a disastri naturali”, con la docenza della stessa Gottlieb e

di operatori del nostro gruppo (Rita Roncone, Laura Giusti, Valeria Bianchini). Nello stesso Congresso, nel Simposio “Interventi cognitivo-comportamentali orientati alla *recovery* nei servizi di salute mentale”, moderato da Massimo Casacchia, fu inclusa la relazione di Jennifer Gottlieb “Cognitive-behavioral therapy for distress following disasters: a cognitive restructuring approach”, che suscitò grande interesse. Del resto, la stessa Società Italiana di Psicopatologia, proprio nell’edizione congressuale del 2013, aveva organizzato un partecipato forum dal titolo “Aspetti psicopatologici nelle maxi emergenze: che fare?”, sulla spinta delle esigenze assistenziali di eventi catastrofici verificatisi nel nostro Paese, quali il terremoto dell’Aquila dell’aprile 2009, l’incidente ferroviario di Viareggio del giugno 2009, il naufragio della nave Costa Concordia di fronte all’Isola del Giglio del gennaio 2012, il terremoto dell’Emilia Romagna del maggio 2012.

Il presente trattamento manualizzato per gli operatori e il Quaderno di lavoro per gli utenti erano stati tradotti e adattati per uso interno. Nell’agosto 2016, gli eventi sismici dell’Italia Centrale ci hanno fatto “rispolverare” tali preziosi strumenti di lavoro. Abbiamo ripreso i materiali con Laura Giusti, psicologa, dottore di ricerca e attualmente assegnista del nostro Dipartimento, che nel sisma aquilano del 2009 ha perso una zia e due giovanissime cugine cui era molto affezionata, esempio di resilienza e di impegno attivo.

E, a seguito del terremoto di Amatrice dell’agosto 2016, la nostra équipe di psichiatria del Dipartimento di Medicina Clinica, Sanità Pubblica, Scienze della Vita e dell’Ambiente, della quale hanno fatto parte anche Donatella Ussorio e Anna Salza, su specifica richiesta ha dato la propria disponibilità a effettuare il corso di formazione sul “Trattamento cognitivo-comportamentale incentrato sulla sofferenza psicologica che segue ai disastri naturali e a traumi importanti”. Tale

corso, incluso nel piano formativo aziendale della ASL di Rieti (ASL di riferimento di Amatrice), è stato condotto nei primi mesi del 2017 con la partecipazione di più di 40 operatori della salute mentale presenti sul territorio delle zone laziali colpite dal sisma.

Ma non solo terremoti... In realtà, questo trattamento, tratto e rielaborato dal gruppo aquilano di psichiatria a partire dal lavoro di Hamblen et al. (2006), può essere impiegato per aiutare anche persone che non sono necessariamente vittime di catastrofi naturali, ma che sono sottoposte ad altri tipi di traumi che possono insorgere durante la vita di ciascuno di noi.

Infine, gli autori desiderano ricordare, con rimpianto e tenerezza, il Prof. Rocco Pollice, ai tempi valente ricercatore universitario in psichiatria del Dipartimento, che, nell'occasione del sisma aquilano, si spese con grande generosità nel soccorso della popolazione colpita, con particolare attenzione ai giovani dell'Unità Operativa Servizio di Monitoraggio e Intervento Precoce per la Lotta agli Esordi della sofferenza mentale e psicologica nei giovani (SMILE).

Il gruppo di psichiatria del Dipartimento di Medicina Clinica, Sanità Pubblica, Scienze della Vita e dell'Ambiente, sfidato dal sisma dell'aprile 2009, a partire da quella data, si confronta ancora con la popolazione aquilana che ha sofferto e soffre tuttora delle conseguenze di tale evento catastrofico, che, per via di repliche in territori più o meno vicini, torna spesso prepotentemente a ostacolare la ripresa di una "vita normale", assieme alla problematica della dislocazione abitativa e della lenta ricostruzione materiale e sociale della città e del circondario.

Rita Roncone e Massimo Casacchia