



Rivista di

Psicologia dell'Emergenza e dell'Assistenza Umanitaria

SEMESTRALE DELLA FEDERAZIONE PSICOLOGI PER I POPOLI

Numero 10, Aprile 2013



Direttore responsabile
Giuseppe Maiolo

Direttore
Luigi Ranzato

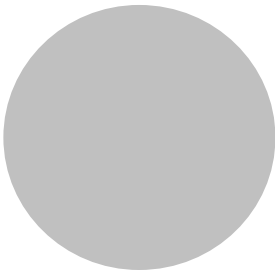
Vicedirettore
Marilena Tettamanzi

Direzione scientifica
Paolo Castelletti
Mariateresa Fenoglio
Alfredo Mela
Fabio Sbattella

Comitato professionale
Presidenti delle Associazioni Regionali/Provinciali
Di Psicologi per i Popoli

Redazione, grafica e impaginazione
Gabriele Lo Iacono
E-mail: gabrieleloiacono@psicologia-editoria.eu

Psicologia dell'emergenza e dell'assistenza umanitaria è edita da
Psicologi per i Popoli – Federazione
Presidenza: via Grosotto 5, 20149 Milano
E-mail: psicologixpopoli.fed@libero.it; tel. 3458499120; fax 0240708753.
Sede legale e segreteria generale: via E. Chini 59, 38123 Trento
E-mail: psicologixpopoli@alice.it; tel. 3356126406, fax 0461915434.



**Psicologia dell’Emergenza e
dell’Assistenza Umanitaria**

Numero 10, aprile 2013

Indice

Marilena Tettamanzi <i>Introduzione</i>	P. 4
Paolo Castelletti <i>Analisi e valutazione dell’intervento delle associazioni di Psicologi per i Popoli nel teatro del terremoto in Abruzzo alla luce della coerenza con le linee guida IASC</i>	P. 6
Fabio Sbattella <i>Le attenzioni psicosociali trasversali ai diversi ambiti dell’intervento umanitario</i>	P. 18
Donatella Galliano <i>Le funzioni specifiche delle IASC</i>	P. 36
Fabio Rossi <i>Aspetti psicosociali nelle funzioni di base</i>	P. 66
<i>Norme per gli autori</i>	P. 78

6 Aprile 2009 – 6 Aprile 2013: a 4 anni dal devastante terremoto de L'Aquila ci è sembrato doveroso soffermarci a riflettere e a rielaborare l'intervento di supporto psicologico realizzato in Abruzzo, e condividere tali rielaborazioni; queste ultime, infatti, possono rappresentare un utile punto di riferimento per valutare analoghi interventi svolti più recentemente in territorio emiliano e come base per migliorare e impostare azioni di supporto future.

Che senso ha oggi tale riflessione? L'idea chiave che ci ha guidati nell'implementare questo nuovo numero della rivista è stata quella della capitalizzazione.

Se l'intervento in emergenza (psicologico e non) deve essere caratterizzato da tempestività, rapidità, azioni efficaci e mirate, il prima e il dopo di tale intervento devono riempirsi di pensiero, riflessioni, discussioni, condivisioni, essenziali a prepararsi ad azioni sì rapide ma mai improvvisate.

Operare come psicologi dell'emergenza significa sapersi adattare in modo flessibile ai diversi scenari, ai differenti contesti naturali, antropici e culturali, sapersi integrare nella più complessa macchina dei soccorsi, sempre mutevole e mai completamente prevedibile a priori. Ciò, però, non deve prescindere dal riferimento a chiari principi teorici e metodologici, dall'attenta preparazione professionale e personale, dall'implementazione di azioni progettuali entro cui attuare singoli interventi, mai casuali e mai slegati da un ampio processo di supporto, volto a promuovere il benessere e a contrastare l'insorgenza di possibili evoluzioni patologiche (nei singoli, nelle famiglie e nella comunità).

Chi opera in tale ambito non si stancherà mai di ripetere che l'emergenza va preparata in "tempo di pace". In questo senso parlare oggi degli interventi realizzati in Abruzzo non va giudicato anacronistico: il pensiero segue tempi diversi dall'azione ed è propedeutico a possibili azioni future.

Se è vero che ogni emergenza è diversa dalle altre, è altrettanto vero che l'esperienza acquisita va capitalizzata e utilizzata per imparare a adattarsi in modo sempre più flessibile ai cangianti contesti emergenziali, per evitare il grave rischio di ripartire sempre dal "tempo zero".

A partire da tali riflessioni, abbiamo dunque deciso di pubblicare gli articoli che sintetizzano la valutazione del lavoro svolto dalla Federazione e dalle associazioni locali di Psicologi per i Popoli a seguito del sisma abruzzese, evidenziando la base teorica e metodologica comune alla luce della quale progettare, implementare, monitorare e valutare l'intervento di psicologia dell'emergenza.

Benché spesso gli psicologi dell'emergenza intervengano a seguito di eventi calamitosi in qualità di volontari, infatti, non va mai dimenticato che si tratta di un intervento di natura professionale; come tale richiede un'attenta preparazione e conoscenza degli aspetti psicologici connessi all'emergenza. Ciò significa saper prevedere le dinamiche e i processi relazionali possibili – anziché restare attoniti o farsi trovare impreparati –, strutturare interventi in grado di gestire e contenere le normali reazioni umane all'emergenza e alle sue conseguenze e magari saperle anticipare o "curare". È essenziale il riferimento a un modello. Molti sono oggi gli approcci e i modelli utilizzati dagli psicologi dell'emergenza.

In questo numero proponiamo il modello psicosociale che sta a fonda-

mento del pensiero e dell'azione di quanti si riconoscono nella Federazione Psicologi per i Popoli, e non solo.

Un modello è essenziale a favorire un processo di riconoscimento e appartenenza e permette di innescare un processo ricorsivo tra teoria e pratica, dove la teoria sta alla base di azioni specifiche, sempre mutevoli e flessibili; ricorsivamente tali azioni trovano sostanza nella teoria, la arricchiscono, magari la modificano e attraverso di essa trovano una strada per intraprendere un processo di valutazione di quanto svolto.

I quattro articoli di seguito presentati hanno il merito di operare ciascuno su un doppio livello.

Da un lato tutti gli articoli evidenziano e si soffermano sui principi teorici che guidano e hanno guidato gli interventi realizzati, sostanziando le azioni di pensieri. Ciò è essenziale in un ambito come il nostro, dove l'intervento specialistico spesso si realizza attraverso azioni semplici, poco eclatanti, di normalizzazione e di riconoscimento della dignità umana. Fondamentale in questo senso l'articolo di Paolo Castelletti, che introduce in modo chiaro ed estremamente professionale le linee guida dell'Inter-Agency Standing Committee/IASC per gli interventi psicosociali, che la Federazione Psicologi per i Popoli ha adottato. Sulla stessa linea, in successione, Fabio Sbattella, Donatella Galiano e Fabio Rossi ci mostrano come tali linee guida si sostanzino in azioni che riguardano funzioni comuni, funzioni specifiche e funzioni di base.

Parallelamente, ciascun articolo analizza e valuta gli interventi realizzati in Abruzzo, esplorandone la coerenza con le stesse linee guida all'interno dello specifico ambito di azione esaminato.

Questi lavori sono di grande pregio poiché introducono un tema estremamente delicato e complesso, ossia quello della necessità di monitorare prima e valutare poi gli interventi psicologici realizzati in contesti di emergenza. La complessità di tale argomento è dovuta ad aspetti sia metodologici che etici. Da un punto di vista metodologico è, infatti, estremamente arduo implementare degli studi rigorosi che siano in grado di darci risultati scientifici chiari e "puliti" sull'efficacia degli interventi realizzati. Da un punto di vista etico, inoltre, non è possibile escludere dall'intervento alcune popolazioni di soggetti semplicemente per valutarne l'efficacia (attraverso l'utilizzo di studi sperimentali, di per sé impossibili da realizzare in un contesto naturale). Sebbene rimangano alcune sbavature metodologiche, iniziare a fornire una base teorica alle singole azioni e rileggere i risultati in funzione di quanto atteso è un importante e doveroso passo che spetta agli psicologi professionisti dell'emergenza.

Valutare l'intervento realizzato significa anche sapere riconoscere i limiti presenti e individuare i punti su cui è opportuno perfezionarsi e introdurre cambiamenti per azioni sempre più efficaci. La condivisione di tali aspetti permette di comprendere meglio il senso di singoli interventi e azioni, e imparare a ottimizzarli in modo consapevole e coordinato.

Marilena Tettamanzi

Paolo Castelletti

Analisi e valutazione dell'intervento delle associazioni di Psicologi per i Popoli nel teatro del terremoto in Abruzzo alla luce della coerenza con le linee guida IASC

Riassunto

L'articolo è parte di un lavoro più ampio di valutazione dell'intervento in Abruzzo effettuato dalla Federazione Psicologi per i Popoli nel periodo immediatamente successivo al terremoto dell'Aquila del 2009. In particolare, viene analizzata la coerenza di tale intervento con le direttive contenute nelle linee guida IASC, uscite nel 2007, a cui la Federazione per prima ha aderito in Italia. Dopo una descrizione delle linee guida e del percorso teorico che ha portato alla loro elaborazione, vengono presentati i passaggi e gli strumenti attraverso cui la Federazione ha organizzato il lavoro di analisi e valutazione dei propri interventi nel contesto di emergenza.

Parole chiave: Psicologia dell'emergenza, aiuto umanitario, benessere psicosociale, salute mentale, IASC.

Abstract

The article is part of a larger work of evaluation of the intervention carried out by Federazione Psicologi per i Popoli in the aftermath of the earthquake in Abruzzo in 2009. In particular, the author analyzes the consistency of that intervention with the directives contained in the IASC Guidelines on mental health and psychosocial support in emergency settings, issued in 2007 – which our federation has been the first in Italy to adhere to. After a description of the Guidelines and the theoretical path that led to their development, the steps and the means by which the federation has organized the work of analysis and evaluation of its interventions in the emergency context are presented.

Key words: Emergency psychology, humanitarian assistance, psychosocial well-being, mental health, IASC.

Antecedenti

In quanto federazione di associazioni specializzate nel campo della psicologia delle emergenze, Psicologi per i Popoli ha seguito con grande attenzione il percorso che, dalla fine degli anni Novanta, ha portato all'affermazione del ruolo della psicologia nel sistema dell'assistenza umanitaria e alla costruzione di una cornice concettuale condivisa che definisce il significato, le finalità e i contenuti dell'intervento psicosociale nelle emergenze complesse.

La necessità di definire una simile cornice si è resa evidente dopo un periodo, tra la fine degli anni Ottanta e l'inizio degli anni Novanta, che ha rappresentato una fase topica nel percorso di integrazione della psicologia nel mondo dell'assistenza umanitaria. È con le guerre jugoslave infatti, quella bo-

sniaca prima, quella kosovara poi, e con la crisi ruandese, attraverso i programmi di supporto ai sopravvissuti del genocidio, che i progetti di assistenza psicologica alle vittime dei conflitti armati si sono affiancati in modo massiccio alle tradizionali azioni di tipo sanitario, nutrizionale, abitativo e socio-assistenziale caratteristiche degli interventi nelle emergenze complesse.

La prima fase degli interventi psicologici nei contesti internazionali è stata fundamentalmente una fase di esplorazione e di sperimentazione, ove i primi psicologi volontari si sono trovati disarmati nell'utilizzazione dei propri strumenti, che si rivelavano spesso non appropriati e quindi inefficaci a portare i benefici sperati alle vittime di catastrofi, guerre o conflitti interetnici.

Le emergenze complesse, come si definiscono le emergenze in cui l'evento catastrofico si verifica in contesti con bassi indici di sviluppo umano, richiedono infatti l'elaborazione di approcci specifici, configurando una sfida che mai la psicologia si era trovata ad affrontare, consistente nel rimettere in discussione i suoi modelli e confrontarsi con diversi paradigmi culturali e valoriali.

Ciò ha richiesto uno sforzo crescente della ricerca psicologica sui piani della concettualizzazione teorica, della pratica clinica, dell'elaborazione di nuovi modelli organizzativi e operativi e di definizione di programmi formativi.

La prima formulazione teorica della possibilità di fondare una psicologia dell'assistenza umanitaria come disciplina autonoma è contenuta in un articolo di Alastair Ager e Maryanne Loughry intitolato *Psychology and humanitarian assistance* e pubblicato nel 2004 sulla rivista "The journal of humanitarian assistance". In esso vennero individuati con lucidità i motivi per i quali la psicologia è rimasta a lungo estranea al mondo dell'assistenza umanitaria e suggeriti i possibili ambiti di sviluppo.

Il lavoro dello Psychosocial Working Group

L'esperienza più consistente, sul piano della concettualizzazione dell'intervento psicologico nelle emergenze complesse, destinata ad avere importanti ricadute sulla definizione delle future linee guida, è rappresentata dal lavoro dello Psychosocial Working Group/PWG, nato dalla connessione tra il mondo universitario e il mondo delle ONG. Costitutosi nel 2000 con finanziamenti di una fondazione americana, ha riunito esperti di cinque grandi università (Columbia, Harvard, Oxford, Queen Margaret di Edimburgo e Centro Solomon Asch) e di cinque tra le maggiori ONG europee e americane (Christian Children Fund, International Rescue Committee, MSF - Olanda, Mercy Corps e Save the Children).

La finalità dello PWG era quella di definire un quadro concettuale condiviso sugli obiettivi, le strategie e le metodologie dell'intervento psicosociale nelle emergenze complesse partendo da un assunto centrale: *le conseguenze psicosociali determinate dalle emergenze complesse indeboliscono le risorse degli individui e delle comunità coinvolte e la loro competenza nel fronteggiare le situazioni estreme di stress.*

La considerazione di partenza, che rifletteva la situazione esistente alla fine degli anni Novanta, era che si aveva un'idea confusa su ciò che è psicosociale e su ciò che non lo è, se gli interventi realizzati in tale direzione fossero o meno efficaci, se apportassero davvero benefici. Inoltre, erano in corso numerosi progetti che si autodefinivano psicosociali ma che poco avevano in comune l'uno con l'altro, aumentando il grado di confusione. La mancanza di un quadro comune di riferimento a cui le agenzie internazionali potessero ricorrere nel disegnare gli interventi psicosociali, le portava a trovarsi spesso incerte nei loro processi decisionali, spingendole a utilizzare strumenti e metodologie non appropriati. Per questo era necessario lavorare alla definizione di un quadro concettuale coerente e condiviso e fare chiarezza su alcune di tali questioni, in modo da supportare le agenzie in termini di programmazione e proposizione degli interventi.

Venne deciso di adottare il termine "psicosociale" per marcare la stretta connessione tra gli aspetti psicologici dell'esperienza individuale (i pensieri, le emozioni e i comportamenti) e la più ampia esperienza sociale (le relazioni, le tradizioni e la cultura). Gli interventi che si focalizzano unicamente sul concetto di salute mentale o su quello di trauma psicologico, infatti, corrono il rischio di ignorare aspetti del contesto sociale considerati vitali per il benessere individuale, come la famiglia e la comunità, che definiscono l'ambito delle appartenenze e i confini dell'identità. Rischiano inoltre di stigmatizzare in senso patologico intere popolazioni e di risultare ad esse incomprensibili.

Individuato il concetto di benessere psicosociale degli individui e dei contesti sociali coinvolti nelle emergenze complesse come campo di indagine privilegiato, ne vennero definite le tre componenti fondamentali a livello transculturale:

- *la funzionalità individuale*, intesa come l'insieme della salute psicofisica e delle conoscenze e competenze/abilità di un individuo;
- *l'ecologia sociale*, intesa come la trama delle connessioni sociali di cui un individuo dispone in termini di supporto all'interno della comunità;
- *il sistema culturale/valoriale*, inteso come quadro di riferimento cognitivo comunitario che influenza l'attribuzione di significato agli eventi vitali e le conseguenti risposte comportamentali.

L'impatto delle migrazioni forzate, dei disastri naturali e delle guerre può essere misurato in termini di perdite o di perturbazioni in ciascuno di tali ambiti, così come il benessere psicosociale degli individui e delle comunità dipende dalla possibilità di reperire risorse in questi tre ambiti per fronteggiare i fattori di stress indotti dalle situazioni di emergenza.

Poiché tali ambiti sono interdipendenti, un intervento focalizzato su uno di essi va a toccare anche gli altri. Queste tre aree, infatti, sono strettamente interconnesse e costituiscono un equilibrio rispetto al quale cambiamenti in una di esse influenzano le altre e il benessere complessivo dell'individuo.

I cambiamenti apportati dalle situazioni di emergenza complessa sono caratterizzati da un accavallarsi di eventi diversi dei cui effetti le persone pos-

sono continuare a risentire per molti anni, subendo danni psicofisici, materiali ed economici, come dimostrano le ricerche di Victor Igreja (2006). In secondo luogo, le guerre e i disastri naturali portano a uno sconvolgimento dell'ecologia sociale di una comunità, ove le relazioni familiari e comunitarie cambiano e le istituzioni civili e religiose cessano di funzionare. Infine, possono essere travolti anche la cultura e i valori comunitari, soprattutto in rapporto alla violazione dei diritti umani.

Tuttavia, le comunità possiedono sempre un repertorio tradizionale di risposte agli eventi traumatici, ricorrendo alle abilità e alle conoscenze disponibili al loro interno, alle reti relazionali, ai valori e alle tradizioni comuni, per ricostruire la loro vita. Ciò introduce il concetto di resilienza, e quello in particolare di resilienza comunitaria, che si è imposto recentemente all'attenzione come concetto euristico per eccellenza e che attualmente risulta essere la bussola in base alla quale orientare tutti i modelli di intervento.

Di tutti questi aspetti devono tenere conto gli interventi psicosociali, che si definiscono quindi come i programmi per promuovere il benessere psicosociale delle persone con riferimento alle tre aree sopra individuate.

Molti dei concetti elaborati dallo PWG e delle scelte effettuate in relazione al tipo di approccio da adottare nei contesti di emergenza sarebbero stati in seguito adottati dalla task force incaricata di realizzare le linee guida IASC.

Le linee guida IASC sulla salute mentale e il supporto psicosociale nei contesti di emergenza

Nel febbraio 2007 il lungo percorso di riconoscimento dell'apporto psicologico nelle emergenze complesse, come intervento prioritario e indispensabile nell'assistenza alle popolazioni colpite da catastrofi naturali o causate dall'uomo, ha trovato una definitiva consacrazione con la pubblicazione delle *Linee guida sulla salute mentale e il supporto psicosociale nei contesti di emergenza*.

Ne ha curato la redazione, dopo un lavoro durato oltre due anni, l'Inter-Agency Standing Committee/IASC, organismo costituito nel 1992 a seguito della Risoluzione dell'Assemblea generale delle Nazioni Unite 46/182, che auspicava un maggior coordinamento tra le agenzie intergovernative e non governative impegnate nell'assistenza umanitaria.

Nel 2004 lo IASC ha costituito una task force incaricata di redigere le linee guida, composta da esperti in rappresentanza dei tre principali consorzi di ONG, dell'International Federation of Red Cross e delle principali agenzie della Nazioni Unite, tra cui l'OMS, che ha svolto un ruolo determinante nella redazione e nella promozione delle linee guida attraverso il Dipartimento di salute mentale diretto dal dott. Benedetto Saraceno.

Una volta ultimata, la bozza del documento è stata sottoposta alla revisione di altre trentasei ONG, molte delle quali di Paesi in via di sviluppo, di ventinove istituti universitari e di trentasette associazioni professionali in rappresentanza del mondo della psicologia e della psichiatria. Il documento che ne è derivato rappresenta, dunque, uno strumento a dimensione planetaria che

raccoglie e sintetizza il decennale lavoro di concettualizzazione svolto da gruppi e organizzazioni diverse, fissando principi destinati a diventare punti di riferimento ineludibili nell'ambito dell'intervento psicologico nelle emergenze complesse.

Così è scritto nell'Introduzione: *“I conflitti armati e i disastri naturali causano significative sofferenze psicologiche e sociali alle popolazioni colpite. L'impatto psicologico e sociale delle emergenze può essere acuto a breve termine, ma può anche compromettere a lungo termine la salute mentale e il benessere psicosociale delle popolazioni colpite. Tale impatto può minacciare la pace, i diritti umani e lo sviluppo. Una delle priorità nelle emergenze è dunque quella di tutelare e promuovere la salute mentale delle popolazioni e il loro benessere psicosociale”*.

Definite le problematiche legate alla salute mentale e al benessere psicosociale come prioritarie nell'azione di assistenza umanitaria, e affermato di conseguenza il ruolo fondamentale del supporto psicologico all'interno di tale azione, le linee guida hanno stabilito i propri obiettivi a partire da una premessa di fondo: *“Uno dei limiti principali in questo campo è rappresentato dall'assenza di una cornice multisettoriale condivisa che renda possibili un effettivo coordinamento tra gli attori umanitari governativi e non governativi, l'identificazione di pratiche efficaci, la complementarità tra differenti approcci alla salute mentale”*.

Merita, inoltre, un'attenzione particolare la scelta dei termini “salute mentale” e “supporto psicosociale”, riferiti a *“ogni tipo di supporto locale o esterno che intenda tutelare o promuovere il benessere psicosociale e prevenire o curare i disturbi psichici”*, definizione che allarga il campo del lavoro psicosociale includendovi interventi a livello biologico e non biologico, specialistico e non specialistico, ma tutti convergenti in modo sinergico verso i medesimi obiettivi.

Tale definizione serve a fondare un vocabolario comune alle diverse agenzie operanti nel settore, sanitarie e non, alle diverse discipline in campo e ai vari Paesi coinvolti, superando anni di contrasti e di disaccordi.

A seguito di queste premesse, la task force ha definito i due obiettivi principali delle linee guida:

1. facilitare gli attori umanitari e le comunità nel pianificare, definire e coordinare un insieme minimo di interventi per tutelare e migliorare la salute mentale e il benessere psicologico delle popolazioni;
2. individuare strategie concrete per la salute mentale e il supporto psicosociale da considerarsi come prioritarie prima, durante e dopo la fase acuta dell'emergenza.

L'adesione di Psicologi per i Popoli alle linee guida IASC

Psicologi per i Popoli è stata la prima organizzazione italiana a interessarsi concretamente delle linee guida IASC, cogliendone il fondamentale significato in termini di riconoscimento dell'importanza dei fattori psicosociali nei

contesti di emergenza e riconoscendosi nei concetti che ne costituiscono la base teorica e operativa:

- *partecipazione*: è fondamentale mobilitare gruppi di popolazione colpita dall'emergenza nell'organizzare proprie forme di supporto e partecipare attivamente ai soccorsi. Le popolazioni locali non sono beneficiari passivi ma attori dotati di mezzi e risorse, e il supporto fornito dall'interno della comunità è altrettanto efficace di quello proveniente dall'esterno;
- *intersettorialità*: la modalità con cui ogni tipo di intervento umanitario viene fornito ha implicazioni, positive o negative, sulla salute mentale e il benessere psicosociale della popolazione colpita. L'efficacia e l'utilità dei supporti possono dipendere dal modo in cui l'aiuto è organizzato e fornito;
- *integrazione dei sistemi di supporto*: le attività e la programmazione devono essere il più possibile integrate. La proliferazione di servizi isolati, diretti ad affrontare un unico problema, può creare un sistema di assistenza altamente frammentato. Le attività integrate in sistemi più ampi tendono a raggiungere più persone, sono maggiormente sostenibili e meno stigmatizzanti;
- *supporti a più livelli*: nelle emergenze, le persone sono colpite in modi differenti e richiedono differenti tipi di supporto. La soluzione per organizzare interventi efficaci in salute mentale e supporto psicosociale è quella di sviluppare un sistema di supporti complementari a più livelli, che affronti i bisogni dei differenti gruppi: servizi di base e sicurezza, supporti comunitari e familiari, supporti focalizzati non specialistici,



Figura 1. Piramide degli interventi di supporto psicosociale nelle emergenze.

servizi specialistici, rivolti questi ultimi a quella piccola fascia di popolazione che, a seguito dell'emergenza, accusa gravi disturbi psichici (vedi figura nella pagina precedente).

Fin dalla loro prima pubblicazione, nel febbraio del 2007, le linee guida IASC sono state proposte dall'Associazione all'attenzione di quanti si occupano di psicologia dell'emergenza all'interno di moduli formativi interni ed esterni, al 2° Campo scuola nazionale di protezione civile degli psicologi italiani dell'emergenza, svoltosi a Marco di Rovereto nell'ottobre del 2007 e al Corso di formazione per psicologi dell'emergenza organizzato a Bologna nel 2007.

Tali attività di divulgazione e promozione sono culminate nel novembre del 2008 con l'organizzazione a Milano del convegno internazionale "La tutela della salute mentale e la promozione del benessere psicosociale nelle emergenze complesse", in cui è stato dedicato ampio spazio all'illustrazione delle linee guida e alla loro applicazione sperimentale, con la partecipazione di Mark Van Ommeren, responsabile del settore emergenze del Department of Mental Health and Substance Dependence dell'OMS e chairman della task force responsabile dell'elaborazione delle linee guida, e di Anita Marini, incarica dall'OMS dell'implementazione delle linee guida in Giordania.

Il convegno di Milano ha anche rappresentato l'occasione per Psicologi per i Popoli di dichiarare ufficialmente, attraverso l'intervento del presidente Luigi Ranzato, la propria adesione alle linee guida IASC, intese da una parte come strumento in grado di rispecchiare l'orientamento dell'Associazione in tema di interventi psicosociali nei contesti di emergenza, dall'altra di consentirle l'utilizzo di un linguaggio condiviso dalle più importanti organizzazioni governative, non governative e intergovernative operanti nel settore.

Pochi mesi dopo, nell'aprile del 2009, l'associazione Psicologi per i Popoli si sarebbe dovuta misurare con una emergenza vera, il drammatico terremoto in Abruzzo, chiamata a intervenire fin dal primo giorno dal Dipartimento di Protezione Civile sul teatro della catastrofe.

Il lavoro di monitoraggio e di coordinamento interno

Nel pieno della fase di prima emergenza e nelle fasi successive, fino alla conclusione degli interventi delle associazioni regionali e provinciali di Psicologi per i Popoli nel contesto dell'emergenza in Abruzzo, la Federazione ha organizzato dei meeting interni per monitorare gli interventi effettuati, confrontare le modalità seguite e preparare la fase della post-emergenza.

Nel maggio del 2009 si è tenuto a Milano il primo meeting, in cui è stata proposta l'idea di avviare una valutazione complessiva dell'intervento della Federazione in Abruzzo confrontando l'insieme degli interventi svolti alla luce delle funzioni previste dalle linee guida IASC.

Per fare ciò era necessario costruire una griglia di rilevazione che raccogliesse tutte le attività svolte, ordinate in base allo schema contenuto nella matrice degli interventi.

La proposta è stata approvata dal direttivo della Federazione e il lavoro, avviato immediatamente.

La griglia per la rilevazione degli interventi

La griglia predisposta per la raccolta dei dati (vedi tabelle 1, 2 e 3 nelle pagine seguenti) comprende cinque colonne. La prima riprende la colonna delle funzioni contenuta nella matrice degli interventi all'interno delle linee guida IASC, suddivisa in tre parti:

- funzioni comuni a tutti gli ambiti di intervento;
- funzioni specifiche relative alla salute mentale e al supporto psicosociale;
- aspetti psicosociali nelle funzioni di base.

La seconda colonna comprende una sintesi delle attività relative a ciascuna funzione, ripresa anch'essa dalle linee guida. Le tre colonne successive, destinate ad essere compilate da tutte le associazioni afferenti alla Federazione, riguardano le modalità con cui sono state realizzate le attività, gli indicatori quantitativi individuati per ciascuna attività e i problemi incontrati nel loro svolgimento.

Il lavoro di raccolta dei dati, iniziato nel mese di settembre del 2009, immediatamente dopo la conclusione dell'emergenza, e coordinato dal direttivo della Federazione, ha richiesto circa un mese e mezzo di lavoro, durante il quale i dati inviati da ciascuna associazione, sono stati omogeneizzati e accorpati nella griglia, per essere successivamente sottoposti ad analisi, in modo da effettuare una valutazione di coerenza con quanto indicato dalle linee guida IASC e trarne lezioni apprese e raccomandazioni.

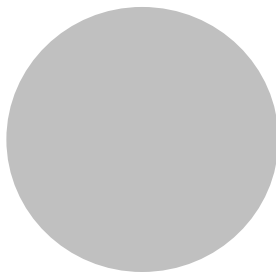
È stato quindi organizzato un nuovo meeting, tenutosi nell'ottobre del 2009 a Bologna e finalizzato alla presentazione del lavoro, nel corso del quale tutti i presidenti delle associazioni di Psicologi per i Popoli hanno presentato relazioni sulle diverse funzioni analizzate.

L'elaborazione del report finale

Nel corso del meeting è stato inoltre deciso di creare una task force, formata da un gruppo ristretto di sei componenti, incaricata di redigere un report finale riassuntivo dell'intervento di Psicologi per i Popoli in Abruzzo nel periodo aprile-settembre 2009, spendibile su diversi livelli: a livello interno, per capitalizzare l'enorme lavoro svolto dalle associazioni in occasione del sisma; a livello nazionale, per valorizzare il ruolo della Federazione e delle singole associazioni rispetto alle diverse articolazioni della protezione civile; a livello internazionale, per rafforzare i rapporti con il Dipartimento di salute mentale dell'OMS e con il settore emergenze del Dipartimento stesso, oltre che con il gruppo di esperti costituito presso lo IASC (Reference group on mental health

FUNZIONI GENERALI	ATTIVITA'	MODALITA'	INDICATORI	PROBLEMI IN CONTRATI
COORDINAMENTO	Integrazione degli psicologi nelle strutture organizzative e nella catena di comando della Protezione Civile		n. briefing con P.C. =	
	Integrazione dell'Associazione nelle strutture organizzative delle P.C. comunali, provinciale regionali di appartenenza		n. briefing con P.C. locali = n. briefing in s.m. =	
	Coordinamento intersettoriale negli ambiti della salute mentale e del supporto psicosociale a livello interassociativo e locale		n. strutture locali incontrate = n. associazioni incontrate = n. operatori incontrati =	
	Coordinamento con rappresentanti locali istituzionali e della società civile		n. briefing con autorità locali = n. progetti elaborati =	
	Studio e elaborazione di progetti di intervento per la fase di post emergenza			
ASSESSMENT MONITORAGGIO VALUTAZIONE	Sviluppo di strategie, indicatori e strumenti per il monitoraggio e la valutazione degli interventi		n. documenti prodotti = n. report realizzati =	
	Raccolta di informazioni iniziali sui fattori di vulnerabilità e sulle risorse delle comunità colpite		n. persone intervistate = n. operatori locali intervistati =	
	Svolgimento di assessments sui bisogni psicosociali e di salute mentale		n. sfollati intervistati = n. report realizzati =	
	Attivazione di sistemi partecipativi di monitoraggio e valutazione con definizione dei relativi indicatori			
RISORSE UMANE	Reclutamento e selezione di operatori competenti in psicologia dell'emergenza		n. operatori selezionati = n. operatori inviati sul campo =	
	Azioni di orientamento e formazione sul contesto di emergenza per i volontari reclutati		n. riunioni di orientamento = n. trainers utilizzati =	
	Fornitura allo staff delle migliori condizioni logistiche e assicurative per operare		n. operatori orientati e formati = n. contratti assicur. =	
	Prevenzione e gestione dei problemi di salute mentale e di benessere psicosociale nello staff		n. debriefing effettuati =	

Tabella 1. Funzioni generali.

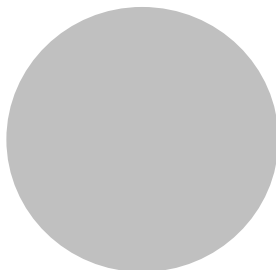


FUNZIONI SPECIFICHE	ATTIVITA'	MODALITA'	INDICATORI	PROBLEMI IN CONTRATI
MOBILITAZIONE E SUPPORTO COMUNITARIO	<p>Facilitare le condizioni per la mobilitazione comunitaria attraverso il coinvolgimento delle risorse locali</p> <p>Facilitare l'auto-aiuto comunitario e il supporto sociale</p> <p>Facilitare il mantenimento delle pratiche culturali, religiose e ricreative tradizionali</p> <p>Fornire supporto ai bambini (0-8) e ai loro genitori, facilitando le riunizioni familiari, il rapporto madre-bambino, la disponibilità di spazi specifici per il gioco e lo studio</p>		<p>n. autorità locali coinvolte =</p> <p>n. strutt. sanitarie coinvolte =</p> <p>n. briefing effettuati =</p> <p>n. operatori locali coinvolti =</p> <p>n. iniziative di supporto comunitario organizzate =</p> <p>n. iniziative di formazione organizzate =</p> <p>n. di eventi organizzati =</p> <p>n. di bambini assistiti =</p> <p>n. nuclei familiari assistiti =</p> <p>n. di interventi specifici effettuati =</p>	
SERVIZI SANITARI	<p>Inclusione degli aspetti psicologici e sociali nell'assistenza sanitaria di base, attraverso azioni di orientamento per gli operatori sanitari (PFA) e supporto specialistico a persone sintomatiche</p> <p>Organizzare l'assistenza specialistica per persone con gravi disturbi psichici, attraverso azioni di assessment, diagnosi e cura in collaborazione con i servizi locali</p>		<p>n. di incontri di orientamento con operatori sanitari =</p> <p>n. di operatori sanitari orientati =</p> <p>n. di persone supportate =</p> <p>n. di colloqui effettuati =</p> <p>n. di pazienti assistiti =</p> <p>n. di pazienti inviati a strutture specialistiche =</p> <p>n. di interventi effettuati =</p>	
EDUCAZIONE	<p>Facilitare l'accesso dei bambini a strutture educative efficienti e sicure</p> <p>Formare gli educatori a fornire supporto psicosociale ai bambini</p>		<p>n. di bambini coinvolti =</p> <p>n. di insegnanti coinvolti =</p> <p>n. di interventi attivati =</p> <p>n. di educatori formati =</p> <p>n. di interventi effettuati =</p>	

Tabella 2. Funzioni specifiche.

FUNZIONI DI SUPPORTO AD ALTRI SETTORI	ATTIVITA'	MODALITA'	INDICATORI	PROBLEMI IN CONTRATI
SICUREZZA ALIMENTARE E NUTRIZIONE	<p>Analisi dei fattori psico-sociali connessi alla sicurezza alimentare e alla distribuzione del cibo</p> <p>Estendere la partecipazione alla pianificazione, distribuzione e al follow up dell'aiuto alimentare</p> <p>Implementare l'aiuto alimentare con modalità culturalmente appropriate a tutela dell'identità e della dignità dei rappresentanti comunitari</p>		<p>n. di studi effettuati =</p> <p>n. di interventi effettuati =</p> <p>n. di interventi effettuati =</p>	
PIANIFICAZIONE E GESTIONE DEI CAMPI	<p>Utilizzo di un approccio partecipativo nella valutazione, pianificazione e implementazione dei campi</p> <p>Contribuire alla sicurezza, alla privacy e alla mediazione dei conflitti all'interno dei campi attraverso il supporto psico-sociale</p> <p>Sviluppare e utilizzare un efficace sistema di documentazione e registrazione</p>		<p>n. di interventi effettuati =</p> <p>n. di interventi effettuati =</p> <p>n. di persone coinvolte =</p> <p>n. di interventi effettuati =</p>	
ACQUA E SERVIZI IGIENICI	<p>Includere aspetti psico-sociali nella fornitura di acqua e di servizi igienici e nella promozione dell'igiene</p> <p>Promuovere l'igiene personale e a livello di comunità</p> <p>Facilitare il monitoraggio e il feedback comunitario sulla fornitura di acqua e servizi igienici</p>		<p>n. di interventi effettuati =</p> <p>n. di interventi effettuati =</p> <p>n. di interventi effettuati =</p>	

Tabella 3. Funzioni di supporto agli altri settori.



and psychosocial support in emergency settings) e con altre istanze internazionali impegnate nel campo della tutela della salute mentale e della promozione del benessere psicosociale nei contesti di emergenza.

Paolo Castelletti, Psicologi per i Popoli nel Mondo.

Bibliografia

- Ager A. e Loughry M. (2004), *Psychology and humanitarian assistance*, "The journal of humanitarian assistance", alla pagina Internet <http://sites.tufts.edu/jha/archives/80>.
- Castelletti P. (2005), *Verso una psicologia dell'assistenza umanitaria*, "Nuove tendenze della psicologia", 3(1), pp. 127 – 140.
- IASC (2007), *IASC Guidelines on mental health and psychosocial support in emergency settings*, alla pagina Internet www.humanitarianinfo.org/iasc/downloadDoc.aspx?docID=4445.
- IASC (2012), *Operational guidance for coordinated assessments in humanitarian crises*, alla pagina Internet www.humanitarianinfo.org/iasc
- IASC (2012), *Key humanitarian indicators*, alla pagina Internet www.humanitarianinfo.org/iasc.
- IASC (2011), *Mental health and psychosocial support in emergency settings: What should humanitarian health actors know?* alla pagina Internet www.humanitarianinfo.org/iasc.
- Igreja V., Kleijn W. e Richters A. (2006), *When the war was over, little changed. Women's posttraumatic suffering after the war in Mozambique*, "Journal of nervous and mental disease", 194, pp. 502–509
- Ramalingam B. e Jones H. (2008), *Exploring the science of complexity. Ideas and implications for development and humanitarian efforts*, alla pagina Internet www.odi.org.uk/sites/odi.org.uk/files/odi-assets/publications-opinion-files/833.pdf.
- Sbattella F. (2009), *Manuale di psicologia dell'emergenza*, Franco Angeli, Milano.

Fabio Sbattella

Le attenzioni psicosociali trasversali ai diversi ambiti dell'intervento umanitario

Riassunto

Scopo del presente lavoro è quello di presentare e discutere le attenzioni trasversali che devono essere poste in ogni intervento umanitario per garantire un positivo impatto psicosociale delle operazioni di soccorso e ricostruzione. Sono dunque presentate e discusse le proposte e le indicazioni concrete offerte dall'agenzia internazionale IASC all'interno delle più ampie linee guida per gli interventi psicosociali in emergenza. Nella seconda parte dell'articolo viene brevemente riesaminato l'operato dei team appartenenti alla Federazione Psicologi per i Popoli, intervenuta in Abruzzo nel 2009 a seguito del devastante terremoto dell'Aquila. Questo studio descrittivo permette di evidenziare come le indicazioni dello IASC possano essere uno strumento utile a rileggere e migliorare le esperienze operative complesse in emergenza, ponendo attenzione ai risvolti psicosociali di azioni sistemiche e organizzative in emergenza.

Parole chiave: interventi psicosociali, team, formazione, monitoraggio.

Abstract

The aim of the present article is to explain and discuss the cross attentions that have to be paid in any humanitarian intervention so that the aid and rebuilding operations have a positive psycho-social impact. In addition, the suggestions and the practical recommendations of IASC, included in the broader Guidelines for psychosocial intervention in emergencies, are exposed and discussed. In the second part, we briefly review the interventions implemented in Abruzzo by the teams of Psicologi per i Popoli in 2009, in the aftermath of L'Aquila's earthquake. This account allows to highlight how the IASC guidelines can be useful in order to review and improve the complex operative experience carried out in emergency settings, paying attention to the psychosocial implications of the systemic and organizational actions in emergency.

Key words: psychosocial interventions, team, training, monitoring.

Da un punto di vista sistemico, ogni catastrofe rappresenta, per definizione, uno sconvolgimento sociale di ordine complesso e globale. Un evento che trasforma la realtà sociale dei gruppi umani che occupano un dato territorio in modi molteplici. Vengono infatti a cadere, a causa degli accadimenti avversi, le infrastrutture dei servizi e i sistemi produttivi, le reti relazionali e le organizzazioni formali, i valori, le credenze e i saperi che permettevano un buon adattamento su quel territorio. Sono anche sconvolte le abitudini e le routine quotidiane, dispersi i beni e le risorse di ogni tipo. Le organizzazioni, i gruppi naturali e le singole persone si trovano così allo scoperto, senza la trama di difese e di strumenti di elaborazione della realtà che costituiscono e caratterizzano ogni comunità. Tale esposizione porta in evidenza la forza delle strutture più profonde di ciascun gruppo e della sua cultura, strutture che sono depositate nella mente dei singoli e nelle loro relazioni superstiti. È in questi momenti

che, in modo ottimale, si riesce a cogliere la "stoffa" delle persone e delle comunità, poiché è possibile distinguere fino a che punto le risorse del gruppo sociale erano costituite dai mezzi materiali e fino a che punto dalla ricchezza interiore e dalla rete di relazioni.

In questi contesti, l'arrivo tempestivo e massivo di gruppi di persone disponibili a portare soccorsi di ogni tipo costituisce di per sé un pesante intervento di tipo psicosociale. La dinamica dei macrogruppi tende, infatti, a schematizzare le parti: da un lato i soccorritori, dall'altro i bisognosi d'aiuto. Da un lato coloro che dispongono di risorse e conoscenze pertinenti al contesto emergenziale, dall'altro i gruppi e gli individui più confusi e spaesati. La stessa azione di soccorso massivo può, dunque, costituire un evento in grado di stabilizzare o destabilizzare gli equilibri psicosociali che iniziano a riorganizzarsi subito dopo gli eventi più drammatici.

Messe a nudo e frastornate dagli eventi, le comunità locali colpite non sono in grado neppure, a volte, di esercitare i residui diritti di scelta, per decidere se, come o fino a che punto farsi aiutare. Questa vulnerabilità può anche essere percorsa da vissuti drammatici. Infatti, la consapevolezza della fragilità delle proprie difese collettive può incrociarsi con la certezza che tra i soccorritori si celano a volte aggressori e sciacalli, approfittatori e falsi profeti.

Per questi motivi, l'esperienza internazionale d'intervento umanitario (ben rappresentata all'interno delle linee guida IASC) ha ritenuto utile offrire indicazioni e avvertimenti di ordine generale, prima di addentrarsi nello specifico delle azioni mirate alla difesa della salute mentale. Non ha molto senso, infatti, occuparsi dei singoli o dei disagi espressi da specifiche fasce della popolazione se non si è in grado di valutare attentamente la cornice sociale all'interno della quale essi si manifestano. Nell'insieme di variabili che danno significato alle trasformazioni individuali e collettive non ci sono, dopo un disastro, solo le caratteristiche dell'evento distruttivo e quelle della comunità locale precedente al disastro. Ci sono anche i fattori introdotti dalle azioni di soccorso.

Per questo motivo, gli interventi di ordine psicosociale partono da lontano, curando lo stile dei soccorritori e ponendo attenzione al potenziale impatto che ogni intervento d'aiuto (anche materiale) ha sulle comunità locali, sui singoli e sulle loro relazioni.

Abbiamo tradotto qui con la locuzione *attenzioni psicosociali trasversali a tutti gli ambiti dell'intervento umanitario* questa cura, questo stile di organizzazione di interventi consapevoli e lungimiranti.

All'interno di questa prima area d'intervento psicosociale possono essere facilmente rintracciati i principi base delle linee guida IASC (Castelletti, 2008; Inter-Agency Standing Committee, 2007), le parole chiave che reggono l'intervento in quest'area.

Ci preme qui anche sottolineare come l'intervento complessivo di messa in opera di attenzioni trasversali richieda, in questo contesto, precise competenze specialistiche. Operare con attenzioni trasversali non significa, infatti, intervenire in modo generico e generale. Al contrario, significa saper utilizzare strumenti teorici e metodologie operative specifiche. Strategie in grado di immaginare e gestire, in modo lungimirante, le conseguenze di tutti i piccoli e

grandi gesti che compongono le azioni di soccorso e ripristino post-emergenza.

Dal punto di vista psicologico, queste teorie e strumenti possono essere rintracciati all'interno della psicologia sociale e di comunità, della psicologia culturale (Bruner, 1992) e transculturale, dell'antropologia (Ligi, 2009) e delle teorie sistemiche ed ecologiche della mente (Sbattella, 2009).

Cosa sono le attenzioni psicosociali trasversali ai diversi ambiti dell'intervento umanitario

Le linee guida IASC suggeriscono quattro ambiti da considerare con attenzione e in modo trasversale a tutte le funzioni che si attivano durante gli interventi umanitari post-emergenza:

1. il coordinamento;
2. la valutazione e il monitoraggio;
3. la protezione e difesa dei diritti umani;
4. la cura delle risorse umane.

Più precisamente, per ciascun ambito suggeriscono alcune attenzioni doverose. Per il coordinamento:

- 1.1. Organizzare un coordinamento intersettoriale per il supporto psicosociale e la promozione della salute mentale.

Per la valutazione e il monitoraggio:

- 2.1. realizzare una valutazione iniziale delle questioni relative alla salute mentale e ai bisogni e le risorse psicosociali;
- 2.2. promuovere un sistema di monitoraggio e valutazione di tipo partecipativo.

Per la protezione e difesa dei diritti umani:

- 3.1. utilizzare una cornice di riferimento fortemente basata sulla difesa dei diritti umani, in ogni azione di supporto psicosociale e di promozione della salute mentale;
- 3.2. e 3.3. identificare, monitorare prevenire e rispondere agli abusi e alle minacce alle condizioni di protezione sia con strumenti sociali che legali.

Per la cura delle risorse umane:

- 4.1. identificare e reclutare operatori e volontari in grado di comprendere la cultura locale.
- 4.2. assicurare l'osservanza delle linee guida etiche e dei codici di condotta professionale.

- 4.3. organizzare l'orientamento e la formazione dei lavoratori dell'area di supporto psicosociale e promozione della salute mentale.
- 4.4. prevenire e gestire i possibili problemi di salute mentale e benessere psicosociale tra i volontari e i professionisti del soccorso.

Quali sono le attenzioni psicosociali trasversali

Il coordinamento

Il tema del coordinamento appare di primaria e fondamentale importanza. Poiché ogni catastrofe rappresenta per molti aspetti l'irrompere del caos all'interno di un'organizzazione sociale, è estremamente importante arginare gli effetti destrutturanti delle situazioni critiche, evitando di aggiungere elementi di frammentazione a una situazione già molto intricata.

Si tratta di un principio semplice da enunciare, ma impossibile da realizzare pienamente. Per quanto le moderne organizzazioni di protezione civile e soccorso emergenziale si dotino di solidi strumenti di organizzazione e coordinamento, una certa quota di confusione nei soccorsi è da considerarsi strutturale a ogni crisi. La carenza di informazioni, la necessità di operare in tempi ristretti, la pluralità delle competenze richieste e la varietà dei territori da cui provengono gli operatori comportano necessariamente alcune fatiche e incongruenze. Studi internazionali mostrano che, a dispetto dei tentativi autoritari e precostituiti di incanalare le risorse d'aiuto, queste giungono gradualmente e spontaneamente, dopo un certo tempo, ad armonizzarsi, attraverso una serie di aggiustamenti reciproci di ordine sistemico (Huges et al., 2012; Reyes e Jacobs, 2006; Sbattella, 2005).

Ciò non significa tuttavia che nulla possa essere fatto per facilitare e accelerare il processo. Se, infatti, le emozioni intense e il disorientamento cognitivo procedono dal caos e dalla frammentazione improvvisa, lavorare per la salute mentale dei gruppi sociali vuole dire operare affinché gradualmente alcuni punti di riferimento emergano nuovamente con chiarezza. Nel fare ciò, gli esperti in interventi psicosociali mettono in campo un'ampia gamma di tecniche, tutte basate, sostanzialmente, sulla strategia di stabilire connessioni. Infatti, affinché un sistema vivente possa tornare a evolversi e organizzare il suo equilibrio dinamico con l'ambiente, c'è bisogno che siano stabiliti punti di connessione e siano messe in relazione tra loro parti diverse dello stesso sistema.

Intervenire in termini psicosociali in questi contesti, dunque, significa lavorare alacremente per facilitare gli incontri, le comunicazioni, i coordinamenti, le sintonie e le sincronie delle azioni che si muovono nel contesto emergenziale. Il tutto sopportando pazientemente l'idea che mancati coordinamenti, frammentazioni e dispersioni sono comunque costitutivi del contesto specifico.

Un punto particolarmente importante in quest'area è la questione del tempo. La ricostruzione di reti relazionali e canali di comunicazione è, infatti, da immaginare come urgente fin dai primi attimi dopo il disastro, e doverosa-

mente conclusa dopo pochi mesi. Solo grazie a queste connessioni le varie parti del sistema potranno procedere nella ricerca di nuovi equilibri psicosociali.

Per quanto riguarda il rapporto tra gruppi sociali in difficoltà e soccorritori accorsi, il tema del tempo pone un problema importante di continuità. Le caratteristiche strutturali della relazione, infatti, portano a immaginare le popolazioni colpite come comunità che permarranno per lungo tempo sul territorio in via di ripresa, mentre le comunità dei soccorritori come tribù nomadi che si alternano nelle “invasioni di soccorso”.

Dal punto di vista degli interventi psicosociali e di promozione della salute mentale, emergono, dunque, due significativi nodi relativi al coordinamento: quello relativo alla continuità degli interventi (coordinamento diacronico) e quello dell'integrazione/sovrapposizione degli interventi agiti da soggetti diversi (coordinamento sincronico).

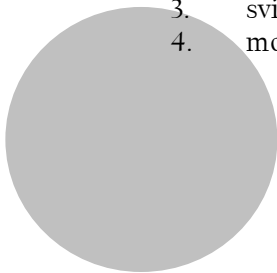
Per questo motivo, le linee guida IASC raccomandano in primo luogo di attivare una forma di coordinamento solido, intersettoriale. In particolare, suggeriscono di coinvolgere chi si occupa di servizi educativi, sociali, sanitari, ma anche i rappresentanti dei settori dedicati ai servizi di base, quali la sicurezza, il cibo, l'acqua, l'igiene. L'obiettivo è di sensibilizzare tutti a una presa in carico del tema della salute mentale e del benessere psicosociale, senza cedere alla tentazione di semplificare la complessità della vita dei sopravvissuti attraverso una spartizione di ambiti di intervento sulla base di competenze e appartenenze dei soccorritori.

Nella specifica realtà italiana, il metodo Augustus, adottato dal sistema nazionale di protezione civile, bene assume le necessità di differenziazione, coordinamento e integrazione delle diverse funzioni. I tempi e i luoghi di coordinamento (diversificati a seconda dei livelli territoriali) permettono, inoltre, una certa flessibilità del sistema. Per quanto riguarda gli interventi psicosociali, tuttavia, il metodo Augustus appare carente, poiché non prevede una funzione dedicata agli interventi psicosociali.

Tornando alle linee guida IASC, possiamo ricordare che l'esperienza internazionale suggerisce alcune raccomandazioni: lavorare per l'integrazione tra competenze sanitarie e di protezione sociale, coinvolgere il maggior numero di attori sociali possibile, coinvolgere ampiamente i rappresentanti della popolazione colpita, individuare punti di intesa su problemi e soluzioni concrete attorno a cui creare il consenso dei molti attori sul campo.

Concretamente, le linee guida IASC suggeriscono poi quattro tipi di azioni:

1. costruire un gruppo di coordinamento intersettoriale di promozione della salute mentale e intervento psicosociale;
2. coordinare i planning dei programmi;
3. sviluppare e diffondere linee guida d'intervento;
4. mobilitare risorse.



Assessment, monitoraggio e valutazione

La seconda area trasversale da considerare riguarda il tema dell'assessment, del monitoraggio e della valutazione. Operare nei contesti di emergenza significa per molti buttarsi nell'azione, sviluppare interventi, rispondere alle domande più pressanti. L'esperienza internazionale insegna invece che, come in tutti gli ambiti, anche gli interventi psicosociali poco pensati risultano poco efficaci, soprattutto sul lungo periodo.

Investire tempo e risorse per conoscere la realtà, raccogliere informazioni, analizzarle e condividerle significa, dal punto di vista psicologico, mantenere uno spazio di pensiero e di elaborazione anche all'interno di situazioni emotivamente travolgenti.

Un buon assessment psicosociale in emergenza, secondo le linee IASC, dovrebbe permettere di aumentare la comprensione della complessità dei processi in atto, fornire un'analisi puntuale delle minacce e delle risorse presenti per la salute mentale e il benessere psicosociale, facilitare la comprensione di ciò che è richiesto e ciò che è utile in un determinato contesto.

Per fare questo, dovrebbe includere osservazioni su come gli individui, i gruppi e le organizzazioni reagiscono all'emergenza. Dovrebbe, inoltre, individuare bisogni e problemi, ma anche risorse come gli stili di coping più diffusi, i meccanismi di supporto sociale tipici del gruppo sociale, le azioni di governo sviluppate dalla comunità locale, le capacità presenti tra le organizzazioni non governative scese in campo.

Concretamente è necessario:

1. fare in modo che le azioni di assessment siano coordinate;
2. raccogliere e analizzare informazioni chiave per il supporto psicosociale e la promozione della salute mentale;
3. realizzare le valutazioni iniziali in modo etico e partecipativo;
4. impostare monitoraggi a medio termine per rilevare i livelli di disagio e stress diffusi tra la popolazione.

C'è poi bisogno di impostare un sistema di monitoraggio e verifica. Per monitoraggio intendiamo qui un processo sistematico di raccolta e analisi delle informazioni, finalizzato a orientare le decisioni delle azioni umanitarie e suggerire eventuali altre operazioni. La verifica e la valutazione includono l'analisi della rilevanza ed efficacia delle attività in corso o concluse. La cura di questi aspetti permette, anche nei contesti post-emergenza, di accompagnare ogni azione scaturita dall'assessment con una continua riflessione sugli agiti. Un buon monitoraggio consente, inoltre, di impostare le verifiche che costruiscono nuovi apprendimenti. Fin dai primi momenti dell'azione in emergenza è dunque necessario ricordarsi che tutte le esperienze (anche quelle positive) saranno state vane se, al loro termine, nulla sarà stato appreso per evitare nuove sciagure o per migliorare i sistemi di aiuto.

Anche in questo ambito, le linee guida IASC non vengono meno al principio di partecipazione: esse suggeriscono di includere nelle azioni di monitoraggio e verifica alcuni membri significativi della comunità locale. Questo sug-

gerimento può rivelarsi a volte difficile. Da un punto di vista tecnico, infatti, è spesso indicato che i monitoratori e i valutatori siano esterni rispetto ai gruppi che implementano i progetti di aiuto. Se poi si pensa ai membri della comunità colpita, è più facile immaginare che essi siano il target delle azioni da verificare piuttosto che monitoratori delle azioni a loro destinate. Tuttavia, proprio in questo sta uno dei punti forti delle linee guida IASC: ricordare che, per ogni aspetto e in ogni fase, la popolazione colpita può e deve essere protagonista delle azioni di soccorso. Mantenere il controllo dei processi di valutazione significa, concretamente, rinforzare i processi di empowerment essenziali per arginare il senso d'impotenza insinuato dalle vicende catastrofiche. Al contrario, espropriare la comunità locale della possibilità di indicare e utilizzare criteri di valutazione significa sottrarle il potere di giudicare da sé ciò che è bene e ciò che è male nel suo territorio.

Concretamente, le linee guida IASC suggeriscono di:

1. definire un insieme di indicatori per il monitoraggio, coerenti con gli obiettivi enunciati e le attività previste;
2. condurre ogni assessment rispettando i principi etici e in modo partecipativo;
3. utilizzare le azioni di monitoraggio per proporre riflessioni, apprendimenti e cambiamenti.

Protezione e difesa dei diritti umani

L'esperienza internazionale insegna che nei contesti di emergenza spesso si registrano violazioni dei diritti umani. Questo fenomeno è facilitato dalla frattura delle strutture sociali, dall'erosione dei valori tradizionali, dall'assenza di responsabilità, dalla dispersione delle famiglie, dalla debole governance, dalla difficoltà di accesso ai servizi umanitari.

Soprusi, abusi, ingiustizie e violenze rischiano così di aumentare all'interno delle comunità colpite, seminando rancori, paure, tentativi di farsi giustizia da sé. La perdita degli standard internazionali di difesa dei diritti umani viene segnalata come una delle cause principali dei conflitti che a volte si sviluppano nel post-emergenza e vanno a esacerbare le conseguenze negative dei disastri naturali.

I gruppi minoritari e le fasce di popolazione più deboli sono, in questi contesti, particolarmente a rischio e sotto stress. Anche per questo possono manifestare livelli di sofferenza mentale maggiori. Per motivi psicologici, infatti, possono essere fatti oggetto di pesanti dinamiche discriminatorie e processi di attribuzioni di colpa irrazionali, volti a individuare e liquidare capri espiatori da sacrificare. Il caos che segue ai disastri può anche essere pensato come un'occasione per eliminare, rimanendo impuniti, avversari politici, concorrenti economici, nemici personali, soggetti deboli, irriverenti o fastidiosi.

Per questi motivi, la protezione e la promozione dei diritti umani vanno pensate come intimamente legate alla protezione della salute mentale e alla promozione del benessere mentale. Difendere il diritto alla salute, all'educa-

zione e all'assenza di discriminazioni contribuisce a creare un ambiente percepito come protettivo e favorisce il supporto legale e sociale. Azioni pensate in quest'ottica cercheranno anche di evitare di fomentare processi di stigmatizzazione, legati all'offerta esclusiva di aiuti ad alcune persone e all'uso di categorizzazioni improprie.

Il tema della protezione va anche al di là della difesa dei semplici diritti fondamentali: la vulnerabilità personale, messa a nudo dagli eventi connessi ai disastri, solleva forti bisogni di protezione in generale. Tutte le persone coinvolte rimangono fortemente in ansia se sentono di essere immerse in un contesto privo di protezione. Gli stessi psicoterapeuti suggeriscono di non iniziare alcun processo di esplorazione delle emozioni traumatiche fino a quando i soggetti in crisi non sentono di poter godere di un ambiente pienamente sicuro (Van der Hart et al., 2011; De Soir e Vermeiren, 2002). Ricostruire contesti protettivi nel post-emergenza richiede particolari sensibilità, che coinvolgono sia gli specialisti della mente che tutte le forze in grado di operare sul piano di realtà. I maggiori stress derivano, nella popolazione, dal timore di essere esposti a molte minacce. Gli attacchi immaginati possono essere connessi non solo a ciò che ha generato il primo disastro (terremoto, inondazione, ecc.) ma anche ad alcune azioni poste in essere dalla macchina degli aiuti. Il trasferimento forzato, la separazione dai familiari, il sequestro di beni contaminati o necessari ai soccorritori possono essere tutti percepiti come eventi minacciosi e stressanti (e rivelarsi tali). Il senso di protezione può essere aumentato con interventi di ordine ambientale, legale e sociale. Strumenti di protezione possono essere l'attenzione alla legalità, così come la facilitazione di reti sociali di auto-aiuto e reciproco controllo. Anche tutto ciò che facilita il rispetto della dignità umana favorisce i processi di rassicurazione. Il fatto di vedere che, nonostante tutto, le persone non vengono confuse con cose e animali permette a molte persone spaventate di recuperare la speranza.

Concretamente, le linee guida IASC suggeriscono dunque di:

1. promuovere l'aderenza agli standard dei diritti internazionali in tutte le azioni di aiuto psicosociale e di salute mentale in emergenza;
2. includere il tema dei diritti umani in tutti i percorsi di formazione degli operatori umanitari;
3. prevedere strumenti per il monitoraggio e la segnalazione di abusi e situazioni di sfruttamento;
4. identificare, monitorare, prevenire e rispondere a tutto ciò che può essere avvertito come minaccia da parte della popolazione esposta;
5. facilitare la consapevolezza dei diritti dei cittadini, monitorare le illegalità, facilitare l'accesso agli strumenti di autodifesa legale.

La cura delle risorse umane

Per sua natura, ogni emergenza comporta il coinvolgimento di persone esterne alle comunità locali che sono colpite da un disastro. Professionisti e volontari, mossi dalle migliori intenzioni solidali, provengono dunque spesso

da comunità distanti e differenti rispetto a quelle colpite. Ciò comporta differenze linguistiche, culturali, valoriali di cui non sempre i soccorritori sono consapevoli. Il diverso background culturale spesso rimane in gran parte implicito, oscurato dalla preminenza dell'universale compassione di fronte al dolore e dalle capacità solidali che accomunano buona parte dell'umanità. Questo può causare incomprensioni e conflitti, sia tra le persone sia all'interno delle menti dei singoli individui. Il confronto con differenti valori, atteggiamenti, modi di fare, infatti, se da un lato arricchisce, dall'altro può sollevare dubbi interni ed emozioni negative.

Per questo motivo, i soccorritori dovrebbero avere sempre un'alta capacità di rispettare le culture e i valori locali. Dovrebbero anche sapere adattare i propri protocolli e le proprie procedure in funzione dello specifico contesto culturale in cui vanno da operare.

Lo stress della popolazione colpita da un disastro può, inoltre, essere aumentato da operatori umanitari tecnicamente incompetenti o incapaci di gestire la fatica tipica dei contesti emergenziali. Può anche accadere che operatori impreparati abbiano la tentazione di abusare del potere che si trovano ad avere a causa della vulnerabilità dei loro interlocutori.

Per questo, la cura delle risorse umane impiegate in emergenza rappresenta un ambito non trascurabile dell'impegno di chi si occupa di promuovere benessere e salute mentale. Tale cura si esprime attraverso particolari attenzioni nella fase di reclutamento, supporto e monitoraggio del personale impiegato.

In questo senso le linee IASC suggeriscono di:

1. bilanciare in fase di selezione il reclutamento di persone di differente sesso e appartenenza culturale;
2. chiarire molto bene i termini e le condizioni di lavoro anche per i volontari;
3. controllare attentamente le referenze evitando reclutamenti affrettati;
4. puntare a costituire staff che conoscano la cultura delle comunità in cui sono chiamati a operare;
5. valutare con estrema attenzione le offerte d'aiuto da parte di singoli non affiliati a nessuna associazione/ente pubblicamente accreditato;
6. esplicitare, condividere e rinforzare gli standard di comportamento etico richiesti in emergenza;
7. insegnare a non alimentare aspettative irrealistiche, a ottenere consensi informati, a gestire e conservare i dati riservati;
8. stabilire un codice di comportamento per gli operatori umanitari e renderlo noto alla comunità soccorsa. Prevedere strumenti per raccogliere e verificare eventuali segnalazioni di scorrettezze.

Il tema della formazione delle risorse umane è ovviamente centrale. In particolare, specifiche attenzioni devono essere rivolte al tipo di motivazione e alle attitudini a svolgere ruoli operativi in emergenza. Alcuni assetti motivazionali, infatti, possono facilitare il sorgere di sensi d'impotenza e di frustrazione. Per coloro che sono molto motivati a confermare la propria efficacia sul

campo, per esempio, i contesti emergenziali rappresentano una sfida critica. A volte, infatti, è difficile diventare veramente operativi sul campo. Altre volte ci si scopre poco efficaci e altre ancora non è possibile conoscere l'effettivo esito delle proprie azioni generose. Una buona formazione dunque non trascura l'analisi motivazione individuale e dei gruppi di lavoro considerati nel loro insieme. La consapevolezza di sé e delle peculiari caratteristiche dei contesti emergenziali possono limitare le frustrazioni e le azioni "realizzate a tutti i costi" e, con esse, alcuni disagi nelle relazioni interpersonali.

La formazione di tutto il personale impegnato in operazioni umanitarie dovrebbe puntare a costruire una diffusa sensibilità ai temi della salute mentale e del benessere psicologico. Questo non deve tradursi in una diffusione a pioggia di informazioni basilari di psicologia clinica (che sollevano spesso equivoci su cosa significhi fare supporto psicologico e su chi sia abilitato a farlo). Significa invece rinforzare le capacità comunicative e l'intelligenza emotiva delle persone, aiutandole a costruire atteggiamenti rispettosi della volontà e delle peculiarità delle persone incontrate sul campo. La consapevolezza di sé e l'addestramento a gestire i propri comportamenti in modo intelligente è il miglior contributo che ciascun operatore può portare per costruire salute mentale nei contesti di emergenza.

Un buon piano di formazione, inoltre, non si limita a rispondere alle domande di preparazione iniziale. Esso prevede invece un accompagnamento continuo, con la possibilità d'accesso rapido a specifiche risorse formative, in relazione alle domande emergenti.

L'organizzazione di un supporto psicosociale rivolto agli stessi operatori è dunque pienamente parte dell'azione psicosociale in emergenza. L'esposizione a situazioni di orrore, pericolo, miseria umana è emotivamente impegnativa e potenzialmente in grado di colpire la salute mentale e il benessere sia dei volontari che degli operatori professionisti. Alcune differenze, inoltre, distinguono generalmente i bisogni degli operatori locali da quelli dei soccorritori che arrivano dall'esterno. Spesso gli operatori (volontari e professionisti) che fanno parte della comunità colpita sono stati esposti a condizioni estremamente stressanti. Hanno inoltre legami, familiari e comunitari all'interno del territorio colpito, aspetto che può costituire un sostegno ma anche un fattore di stress ulteriore. Chi viene da fuori, al contrario, deve confrontarsi con la separazione dalle proprie reti di supporto abituali, così come con condizioni culturali e ambientali diverse. Le linee guida IASC propongono concretamente, per questo ambito, di:

1. organizzare un preciso piano operativo per proteggere e promuovere il benessere degli staff di operatori;
2. prevenire e gestire senza indugio gli eventuali problemi di salute mentale e malessere che dovessero insorgere all'interno degli staff;
3. promuovere ambienti di lavoro salutari;
4. assicurare l'accessibilità a risorse specialistiche di supporto sia durante che al termine delle operazioni;
5. proporre sistematicamente momenti di rielaborazione per chi è stato coinvolto, anche solo come testimone, in eventi cruenti o estremi.

L'applicazione delle attenzioni psicosociali trasversali durante il sisma abruzzese del 2009: studio di un caso concreto

Per meglio comprendere il valore e l'applicabilità delle attenzioni psicosociali trasversali suggerite dalle linee IASC, abbiamo deciso di riesaminare quanto è stato fatto nelle azioni di soccorso e ripristino seguite al sisma abruzzese del 2009 da una significativa organizzazione preposta agli aiuti psicosociali in emergenza: la Federazione Psicologi per i Popoli.

L'esame dei report forniti dai team che si sono alternati nei campi allestiti dalla Protezione Civile ha permesso di raccogliere dati quantitativi (numero di riunioni, persone coinvolte, ecc.) e osservazioni qualitative. In questa sede saranno presi in considerazione i dati quantitativi, intesi come indicatori di processi e interazioni obiettivamente verificabili, e i commenti qualitativi emersi nei report.

Per meglio collocare i dati, è utile considerare innanzitutto i numeri relativi all'impegno complessivo di persone e mezzi che hanno partecipato alle azioni di soccorso e ripristino in Abruzzo. Si può stimare che nel mese di maggio del 2009 il rapporto fra popolazione assistita e forze di Protezione Civile in campo sia stato pari a 8 cittadini per ogni soccorritore, mentre nell'imminenza della chiusura delle aree di accoglienza, nel mese di settembre, questo rapporto è passato a 9 cittadini ogni volontario presente. Nel complesso, le attrezzature e le persone che hanno partecipato alle azioni di soccorso e ripristino sono elencate in Tabella 1.

All'interno di questa popolazione, nel periodo che va dal 7 aprile al 31 settembre del 2009, hanno operato 386 professionisti appartenenti alle equipe psicosociali della Federazione Psicologi per i Popoli, costituite da 352 psicologi dell'emergenza e 33 collaboratori fra educatori, animatori e addetti alla logistica, per un totale di 4.092 giornate/uomo.

Rispetto al tema del coordinamento, del monitoraggio e della difesa dei diritti umani, possiamo sinteticamente anticipare che grandi energie sono state dedicate alle azioni in questi ambiti, mentre al tema della difesa dei diritti è stata globalmente dedicata un'attenzione prevalentemente implicita.

Coordinamento

Il lavoro di coordinamento ha impegnato molti operatori su più livelli. Ogni associazione regionale, infatti, ha organizzato innanzitutto momenti e strumenti di coordinamento interno, finalizzati alla costruzione di una continuità diacronica degli interventi generati dallo stesso gruppo di specialisti. Inevitabilmente questi strumenti sono stati estesi alle realtà istituzionali (regionali o provinciali) con le quali molte associazioni avevano da tempo stabilito rapporti organici. Per dare un'idea della quantità del tempo investito, possiamo riportare il dato indicativo e globale di 130 riunioni, realizzate dalle diverse associazioni con le realtà di protezione civile locale.

Sul campo, poi, la necessità di intervenire in modo integrato e congruente

	AL 6 MAGGIO	AL 6 GIUGNO	AL 6 LUGLIO	AL 6 AGOSTO	AL 1 SETT.
Popolazione assistita	64.739	57.981	52.251	48.640	42.238
Campi di accoglienza	179 (9 spontanei)	169 (10 spontanei)	153 (10 spontanei)	147 (9 spontanei)	129 (4 spontanei)
Tende montate	5.666 (72 spontanee)	5.724 (70 spontanee)	5.272 (71 spontanee)	5.144 (61 spontanee)	4.743 (4 spontanee)
Popolazione in alberghi	32.458	32.394	29.999	28.876	25.918
Vigili del fuoco	1.124 uomini 518 mezzi	1.318 uomini 672 mezzi	1.020 uomini 623 mezzi	838 uomini 548 mezzi	813 uomini 436 mezzi
Forze armate	1.287 uomini 324 mezzi	990 uomini 389 mezzi	976 uomini 323 mezzi	823 uomini 297 mezzi	870 uomini 275 mezzi
Forze dell'ordine	2.630 uomini 643 mezzi	1.498 uomini 345 mezzi	1.000 uomini 258 mezzi	907 uomini 248 mezzi	792 uomini 191 mezzi
Croce rossa italiana	444 uomini 69 mezzi	380 uomini 113 mezzi	404 uomini 104 mezzi	464 uomini 89 mezzi	296 uomini 84 mezzi
Volontari	2.582	3.213	2.888	1.413	1.761
Cucine da campo	98	96	89	82	73
Presidi sanitari	40	36	24	14	12

Tabella 1. Fonte: Dipartimento di Protezione Civile, "Abruzzo e Noi", n. 15 del 6 settembre 2009, p. 24.

con le strategie proposte dalle altre componenti del sistema di protezione civile si è tradotta in una fittissima rete di connessioni.

A livello dei singoli campi, nella maggioranza dei casi erano previsti dei brevi briefing giornalieri tra le équipe psicosociali presenti e dei briefing giornalieri e/o settimanali tra un rappresentante dell'equipe psicosociale e i capi campo.

Un punto di forza dell'intervento complessivo sono stati poi la costante partecipazione nonché il sostegno e la promozione di incontri di coordinamento ai diversi livelli previsti dalla struttura nazionale di protezione civile.

Questo ha significato, nelle prime settimane, la partecipazione a una riunione generale presso il DICOMAC, con cadenze via via dilazionate. Con l'attivazione dei Centri di coordinamento misti, decentrati, i punti di confronto e incontro si sono poi moltiplicati, permettendo una migliore integrazione tra le forze che operavano nei singoli distretti in cui è stata divisa l'area colpita dal sisma. I dati raccolti dalle diverse associazioni della Federazione parlano a questo proposito di un lavoro articolato in circa 350 partecipazioni a riunioni promosse dal sistema nazionale.

Di queste, una buona parte era in qualche modo riservata agli specialisti di interventi psicosociali, mentre solo un 30% era realizzata in modo integrato con altre forze che a vario titolo si occupavano, nel sistema di protezione civile nazionale, di salute mentale o promozione del benessere psicosociale.

Tale dato appare influenzato da più fattori. In primo luogo, la pluralità delle associazioni e delle risorse di aiuto psicologico presenti sul campo rendeva indispensabile un continuo riesame delle risorse schierate. L'assenza di standard e di prassi consolidate rendeva necessario, inoltre, concentrare alcuni sforzi sulla definizione delle azioni da realizzare e delle azioni in corso.

Contemporaneamente all'azione di coordinamento locale, ulteriori risorse erano investite a livello nazionale. I responsabili della Federazione, per esempio, hanno partecipato, durante il periodo dell'intervento in Abruzzo, a una decina di riunioni nella capitale, oltre a tre giornate di coordinamento interno tra i vari presidenti delle associazioni regionali.

Nell'ottica di costruire reti, soprattutto con le realtà locali esperte in salute mentale, che gradualmente sono tornate a operare, sono state inoltre realizzate almeno 95 riunioni con operatori dei servizi di salute mentale locali. Gli incontri con singoli operatori locali sono stati almeno 200, mentre sono state 38 le visite all'interno di strutture locali preposte alla promozione della salute mentale.

L'insieme di energie profuse ha sicuramente permesso di rispondere ampiamente al bisogno di coordinamento. La Federazione Psicologi per i Popoli si è distinta come forza d'intervento integrata nel sistema e in grado di facilitare l'integrazione di altre componenti schierate sul campo per offrire aiuto psicosociale. Attenta al tema del coordinamento sia diacronico che sincronico, ha agito contemporaneamente su molti livelli, sia interni che esterni.

Oltre a ciò, la verifica dell'esperienza realizzata ha anche evidenziato alcuni aspetti del coordinamento che è possibile migliorare.

Il panorama italiano della psicologia dell'emergenza appare tuttora composito e differenziato. Sebbene siano stati fatti passi da gigante rispetto all'e-

poca del terremoto delle Marche e del Molise (anche grazie alle linee guida fissate nel DPCM 13.6.2006 “Criteri di massima sugli interventi psicosociali da attuare nelle catastrofi”), la pluralità di soggetti e di approcci presenti sul campo è apparsa ancora eccessiva. In Abruzzo, infatti, hanno operato, oltre alla Federazione Psicologi per i Popoli, molte altre realtà strutturate e anche singoli soggetti indipendenti. La ricchezza di questi contributi ha permesso di rispondere in modo capillare e continuativo a molti dei bisogni psicosociali emergenti, ma ha comportato anche una dispersione di energie per il coordinamento e l'integrazione di tutti. Troppo tempo è stato dedicato all'accreditamento, al censimento e all'aggiornamento delle presenze sul campo, a scapito del confronto sull'operatività. Gli snodi istituzionali previsti dal metodo Augustus erano, in questo senso, da ampliare, soprattutto perché le risorse umane dedicate a questo specifico ruolo erano insufficienti. Un desk psicosociale, con un team dedicato al coordinamento potrebbe, in altre evenienze simili, facilitare di molto l'integrazione degli interventi.

Un secondo nodo rilevato riguarda il doppio livello di coordinamento necessario per operare all'interno del sistema di protezione civile. Se infatti la presenza sul campo delle risorse psicosociali era coordinata dal Dipartimento di Protezione Civile, le condizioni logistiche per realizzare tale opportunità sono dipese, in Abruzzo, dalle singole organizzazioni di protezione civile provinciale o regionale. L'acquisizione di capacità logistiche autonome potrebbe in futuro diminuire la complessità di questo punto.

Un terzo aspetto riguarda il tempo che è stato necessario dedicare per chiarire ad alcune delle forze in campo quale fosse il ruolo della psicologia dell'emergenza. La rapida evoluzione della disciplina e delle organizzazioni che hanno maturato la capacità di operare sul campo ha fatto sì che una parte del tempo di coordinamento fosse dedicata a chiarire ruoli e aspettative. In prospettiva, ciò suggerisce la necessità di sviluppare esercitazioni congiunte, per non trovarsi sul campo a dover costruire integrazioni culturali e metodologiche.

Si è anche avvertita la necessità di mettere a punto strumenti di comunicazione standardizzati e condivisi; in particolare, un software per il coordinamento interno e delle schede uniformi per la raccolta dei dati devono ancora essere creati.

Infine, da migliorare è apparso il grado d'integrazione con le reti di supporto psicosociale locali. Nonostante gli sforzi profusi, sono state rilevate l'assenza di forti riferimenti istituzionali locali e la fragilità delle reti sociali disponibili a farsi carico dello sviluppo post-emergenziale.

Azioni psicosociali di assessment, monitoraggio e valutazione

In linea con quanto previsto dalle linee guida IASC, tutte le associazioni afferenti alla Federazione Psicologi per i Popoli hanno incluso nei loro interventi diverse azioni psicosociali di assessment, monitoraggio e valutazione.

Per quanto riguarda l'assessment, è emersa una forte molteplicità di mo-

dalità e strumenti. Molti team operativi hanno proceduto alla raccolta di informazioni riguardo ai fattori di vulnerabilità e alle risorse delle comunità colpite con interviste e colloqui individuali e di gruppo. In alcuni casi, l'osservazione diretta e partecipe e l'acquisizione di dati dalle istituzioni hanno completato il quadro iniziale.

Per tutta la Federazione è stata particolarmente importante l'analisi storica, economica, geografica e sociologica condotta dai colleghi torinesi, che hanno messo a disposizione fin dalle prime ore d'intervento una ricca mole di informazioni utili a inquadrare il contesto socioculturale in cui si era chiamati a operare. Dal punto di vista degli indicatori, la fase di assessment ha prodotto nove documenti relativi a realtà locali e ha comportato complessivamente circa 900 interviste. Anche in questo ambito non sono mancati aspetti lacunosi o migliorabili. In sede di valutazione congiunta del lavoro svolto è stata infatti evidenziata una mancanza di strumenti condivisi e una sovrapposizione tra associazioni diverse di psicologi che hanno ripetuto sullo stesso territorio le stesse rilevazioni. In alcuni casi, poi, si è osservata una scarsa strutturazione delle informazioni raccolte o una certa difficoltà a interpretare i dati. Queste notazioni suggeriscono la necessità di approfondire e specializzare le competenze degli operatori chiamati a fare l'assessment iniziale, poiché evidentemente si tratta di una funzione complessa.

Più coerente e mirato è stato invece il processo di assessment dei livelli di stress e di disagio registrabili nella popolazione. L'esperienza e la formazione condivise sul tema del triage psicosociale hanno permesso a molti degli operatori sul campo di collaborare all'azione di raccolta dati promossa dal Dipartimento di Protezione Civile.

In questo ambito, sono state compilate dagli operatori della Federazione Psicologi per i Popoli circa 2.500 schede, esito di altrettanti colloqui individuali.

Un aspetto problematico di quest'azione a tappeto è stato riscontrato in relazione al tema dell'empowerment. Infatti, è difficile in queste indagini di tipo epidemiologico offrire una rapida restituzione delle valutazioni ai diretti interessati e quindi trovare il giusto equilibrio tra intrusività e completezza informativa.

Simile criticità si è registrata anche nella successiva rilevazione dei bisogni sociali finalizzata all'attribuzione delle soluzioni abitative alternative. Molti psicologi, infatti, hanno collaborato al piano complessivo di censimento dei bisogni coordinato dal Dipartimento di Protezione Civile rilevando dati che venivano poi elaborati a livello centrale.

Più immediatamente utili agli interventi psicosociali di livello locale sono invece risultate le azioni di monitoraggio. Anche in questo caso, l'assenza di standard condivisi ha permesso il dispiegarsi di una pluralità di strategie e di strumenti operativi per documentare quanto rilevato.

Per tutti gli operatori psicosociali, la presenza sul campo è stata la risorsa primaria, in quanto ha permesso un'osservazione continua delle dinamiche presenti tra la popolazione e tra i volontari. Colloqui informali si sono poi continuamente intrecciati con incontri all'interno di setting più strutturati.

Dal punto di vista degli strumenti, il frutto delle osservazioni e dei collo-

qui è stato raccolto in diari, report giornalieri, rapporti settimanali, relazioni conclusive, schede di attività, verbali degli incontri, raccoglitori delle situazioni segnalate e/o prese in carico. Tali strumenti si sono rivelati particolarmente utili per costruire una continuità diacronica. Infatti, le informazioni scaturite dal monitoraggio divenivano, nei passaggi di consegne ben fatti, momenti di assessment periodici dello stato delle comunità prese in carico.

Da un punto di vista quantitativo, il materiale prodotto è notevole: da un conteggio operato in fase di valutazione finale, sono emersi circa 150 documenti che testimoniano, settimana per settimana, quanto realizzato nell'area.

Il coordinamento della Federazione ha inoltre iniziato a raccogliere in modo centralizzato, dopo le prime settimane, alcuni dati sistematici sulle presenze degli operatori delle Associazioni afferenti. È stato così possibile monitorare qualità, quantità, durata e tipologia degli interventi.

Confrontando quanto fatto con le linee guida IASC, si può evidenziare una carenza: i sistemi di monitoraggio utilizzati non hanno previsto, se non raramente, l'attivazione di sistemi partecipativi di monitoraggio e valutazione. Anche gli indicatori di efficacia ed efficienza sono stati ricercati più all'interno delle logiche organizzative del sistema dei soccorsi che all'interno della popolazione target. Nei campi dove questo è stato fatto, tuttavia, si è registrato un significativo miglioramento delle relazioni tra popolazione locale e soccorritori e soprattutto una più facile presa in carico degli oneri di autogestione una volta terminata la fase emergenziale.

Una forte attenzione alla documentazione e al monitoraggio ha inoltre permesso di produrre più dati di quanti potessero essere elaborati sul campo. A lungo, infatti, è mancato il tempo per rileggere tutte le relazioni e condividere fino in fondo la mole di informazioni raccolte. La mancanza di una metodologia a priori, condivisa e standardizzata, anche in questo caso ha comportato un certo spreco di energie.

Infine, i processi di valutazione sono stati attivati a diversi livelli e attraverso diverse strategie. Ogni associazione ha creato momenti di rilettura e verifica dell'esperienza a livello locale, sia al proprio interno sia insieme alle altre forze di protezione civile locale. Questionari di verifica e interviste a testimoni qualificati sono stati ulteriori strumenti operativi usati da alcune associazioni regionali.

Protezione e difesa dei diritti umani

Il tema della protezione e della difesa dei diritti umani è stato forse il meno curato durante questo intervento in Abruzzo. Tra le attenzioni psicosociali trasversali, quest'area è la meno citata nei rapporti e nei documenti prodotti durante la fase di monitoraggio. Ciò può essere spiegato in molti modi. Innanzitutto, l'enfasi attribuita alla questione dalle linee IASC può essere ritenuta eccessiva per un contesto come quello italiano. Le linee IASC, infatti, sono pensate per essere utilizzate in tutto il mondo e quindi anche in nazioni dove il grado di legalità e di rispetto dei diritti umani è assai scarso. Nella situazione

italiana, si è partiti dando quasi per scontato che fosse impossibile registrare bisogni radicali di difesa dei diritti umani. Pur nel caos creato dallo sconvolgimento sismico, la presenza delle istituzioni è stata costante, così come è stata garantita la piena accessibilità dei cittadini alle opportunità di difesa sociale e legale dei propri diritti. In questo senso, potremmo ipotizzare che la scarsa concretizzazione dell'impegno su questo fronte sia dovuta al fatto che l'attenzione ai diritti è così radicata nella nostra cultura che non richiede eccessive sottolineature. Volendo però rileggere in questa luce alcune delle azioni realizzate, possiamo dire che non sono mancate delle azioni mirate a questo obiettivo trasversale. Molti sono stati infatti, soprattutto in alcuni campi, gli interventi diretti di mediazione dei conflitti in cui erano implicate minoranze.

In collaborazione con i capi campo, inoltre, continuo è stato il tentativo di individuare e fare rispettare determinate regole di giustizia sociale. La stessa collaborazione al censimento per l'attribuzione delle soluzioni abitative può essere interpretata in questo senso. Vanno inoltre segnalati alcuni interventi specifici di tutela dei minori. In collaborazione con i Servizi sociali locali e il Tribunale per i minorenni, non sono mancate segnalazioni e consulenze mirate a garantire la necessaria protezione ai minori in difficoltà.

Azioni sulle risorse umane

Parallelamente alle azioni portate avanti in Abruzzo, tutte le associazioni componenti la Federazione Psicologi per i Popoli sono state costantemente impegnate sul fronte del reclutamento, supporto e formazione dei team operativi.

Anche in questo campo, mancando al momento degli standard condivisi, si sono registrate strategie eterogenee. Alcune associazioni, infatti, hanno scelto di coinvolgere nell'azione di reclutamento gli ordini degli psicologi delle loro regioni, puntando poi a specializzare in termini formativi le risorse umane individuate. In altre province o regioni, invece, è stato deciso di non sviluppare azioni di reclutamento, mantenendo una forte selezione dei professionisti disponibili a operare sul campo. In entrambi i casi, si è raggiunto, stando alle valutazioni finali raccolte, un ottimo grado di preparazione delle risorse impiegate.

Ciò può essere dovuto, oltre alla consapevolezza di quali fossero le attitudini e competenze necessarie per lavorare in contesti precari, anche alle scelte operate in termini di supervisione e sostegno. Tutte le associazioni, infatti, hanno provveduto, seppure con formule diverse, a garantire incontri di debriefing emotivo, supervisioni programmate e colloqui individuali di rielaborazione dell'esperienza vissuta.

Dal punto di vista numerico, complessivamente si sono contate circa 200 occasioni di rielaborazione (comprendendo incontri di supervisione, di debriefing collettivi e di colloqui). La valutazione realizzata al termine dell'esperienza ha permesso di sottolineare alcune attenzioni da mantenere alte anche in futuro.

Un grande investimento va mantenuto in tempi "di pace" per continuare a

formare e selezionare gli operatori psicosociali. Non è possibile, infatti, improvvisare risorse specialistiche a fronte di un'immediata e pressante richiesta in emergenza. In secondo luogo, si è rivelata cruciale una buona preparazione sia teorica che esperienziale. Il mancato confronto con le condizioni precarie dei setting emergenziali può, infatti, minare anche l'efficienza e l'efficacia dei professionisti più solidi. Nello stesso tempo, l'assenza di un chiaro quadro concettuale di riferimento rischia di ridurre ogni intervento psicosociale al generico intervento umanitario che potrebbe proporre qualunque volontario benintenzionato.

Come suggerito dalle linee guida IASC, anche in Abruzzo si è dimostrato come l'assenza di un valido appoggio logistico possa minare l'efficienza e l'efficacia degli operatori psicosociali. Le difficoltà di trasporto, la strumentazione informatica inadeguata e l'impossibilità di organizzarsi in modo autonomo limitano molto le potenzialità degli operatori. Garantire le migliori condizioni per operare significa, a questo punto della storia della psicologia dell'emergenza in Italia, dotare i team di psicologi di mezzi e strumenti logistici propri.

Infine, la cura dei team operativi implica, necessariamente, una solida organizzazione di meta-livello, in grado di creare le condizioni culturali, logistiche ed economiche necessarie per costruire strategie lungimiranti e integrate nel tempo e nello spazio.

Fabio Sbattella, Università Cattolica Sacro Cuore, Milano.

Riferimenti bibliografici

- Bruner J.S. (1992), *La ricerca del significato. Per una psicologia culturale*, Bollati Boringhieri, Torino.
- Castelletti P. (2008) *Le linee guida sulla salute mentale e il supporto psicosociale nei contesti di emergenza*, "Rivista di psicologia dell'emergenza e dell'assistenza umanitaria", 2, pp.4-19.
- De Soir E. e Vermeiren E. (a cura di) (2002), *Les debriefings psychologiques en question*, Garant, Apeldorn.
- Huges R., Kinder A. e Cooper C.L. (a cura di) (2012), *International handbook of workplace trauma support*, Wiley Blackwell, Oxford.
- Inter-Agency Standing Committee (2007), *IASC guidelines on mental health and psychosocial support in emergency settings*, alla pagina Internet www.humanitarianinfo.org/iasc/downloadDoc.aspx?docID=4445.
- Ligi G., (2009), *Antropologia dei disastri*, Laterza, Roma.
- Reyes G. e Jacobs G.A. (a cura di) (2006), *Handbook of international disaster psychology* (voll. I-VI), Praeger, Westport.
- Sbattella F. (2005), *Psicologi e psicologie in contesti di emergenza*. In A. Bruno, C. Kaneklin e G. Scaratti (a cura di), *I processi di generazione delle conoscenze nei contesti organizzativi e di lavoro*, Vita e Pensiero, Milano.
- Sbattella F. (2009), *Manuale di psicologia dell'emergenza*, Franco Angeli, Milano.
- Van der Hart O., Nijenhuis E.R.S. e K. Steele (2011), *Fantasma nel sé. Trauma e trattamento della dissociazione strutturale*, Cortina Raffaello, Milano.

Le funzioni specifiche delle IASC

Riassunto

Nel corso degli ultimi anni la considerazione per l'intervento psicologico in emergenza è notevolmente aumentata. Il merito va attribuito anche alla diffusione di alcune linee guida internazionali che sollecitano interventi diretti alla tutela della salute mentale. Le linee guida dell'Inter-Agency Standing Committee/IASC sono sicuramente le più complete, poiché comprendono tutti i possibili risvolti psicologici delle diverse calamità naturali o provocate dall'uomo. Basate su ricerche scientifiche e sulle lezioni apprese dagli interventi di aiuto in numerosi scenari di catastrofe, esse forniscono indicazioni per l'organizzazione dei soccorsi in ambito psicologico.

Parole chiave: tutela della salute mentale, primo soccorso psicologico, intervento psicosociale, intervento psicologico e psicoterapeutico, integrazione degli interventi di soccorso.

Abstract

During the last few years, the concept of psychological intervention in emergency settings has received a growing attention. This is also due to the dissemination of international guidelines that promote direct intervention for the safeguarding of mental health. The guidelines issued by the Inter-Agency Standing Committee/IASC are surely the most complete, as they cover all the possible psychological implications of the various natural or man-made disasters. Based on scientific researches and on the lessons learnt through aid interventions in many catastrophe scenarios, IASC guidelines provide suggestions about the organization of assistance in the psychological realm.

Key words: mental health safeguard, psychological first aid, psychosocial intervention, psychological and psychotherapeutic intervention, integration of rescue interventions.

La Direttiva del Presidente del Consiglio dei Ministri del 13 giugno 2006 "Criteri di massima sugli interventi psicosociali da attuare nelle catastrofi" (pubblicata sulla Gazzetta Ufficiale n. 200 del 29 agosto 2006) attribuisce, anche in Italia, un importante riconoscimento alle attività di tutela della salute mentale.

A questo fine la Direttiva individua la struttura organizzativa del processo di soccorso e identifica gli ambiti di intervento prioritario: la rete organizzativa, articolata in strutture di riferimento e risorse umane dedicate; i destinatari degli interventi; gli scenari d'azione. Essa precisa gli obiettivi e le azioni da considerarsi prioritarie per la difesa della salute psichica in situazioni di emergenza. Fra gli obiettivi, sottolinea l'importanza del principio imprescindibile del rispetto della dignità umana e ribadisce il diritto della vittima a operare scelte consapevoli relativamente alla propria salute. Ogni azione è orientata a proteggere il mondo psicologico dell'individuo singolo e della comunità, in riferimento alla cultura di appartenenza.

Vengono, quindi, riconosciuti i principi fondamentali per la tutela della salute psicologica già esposti nelle più importanti linee guida internazionali.

Fra le linee guida più complete dal punto di vista psicologico ricordo quelle dell'Inter-Agency Standing Committee/IASC (IASC, 2007).

Psicologi per i Popoli – Federazione e tutte le associazioni territoriali federate si attengono principalmente, sia nella programmazione della formazione sia nella gestione degli interventi, alle indicazioni internazionali emanate dallo IASC, condividendone i valori e le strategie.

Il Consiglio dell'Unione Europea, il 21 maggio 2010 a Bruxelles, ha ratificato le direttive delle linee guida internazionali con l'emanazione del documento "Progetto di conclusioni del consiglio sul sostegno psicosociale in caso di emergenze e catastrofi".

Le linee guida IASC individuano tre funzioni fondamentali per la tutela della salute mentale e definiscono le relative azioni. Le funzioni sono suddivise in:

1. funzioni comuni a tutti gli ambiti;
2. funzioni specifiche rivolte all'ambito della salute mentale e del supporto psicosociale;
3. funzioni inerenti all'ambito educativo.

Le funzioni rappresentano le macroaree in cui si muovono le azioni orientate alla protezione e alla promozione della salute mentale nei contesti di emergenza. Esse sono intrinsecamente legate le une alle altre e sono parte integrante del sistema di soccorso.

Cosa sono le "funzioni specifiche relative all'ambito della salute mentale e del supporto psicosociale"

Le funzioni specifiche sono orientate a rispondere ai bisogni sanitari attinenti alla sfera psichica, ovvero alle problematiche di tipo psicologico, sociale e educativo emergenti in una comunità a seguito di un grave danno. Che cosa significa concretamente tutelare la salute psichica di una comunità attraverso il sostegno psicosociale?

L'intervento psicologico in condizioni di emergenza presuppone un'approfondita conoscenza degli scenari che si profilano nei contesti critici e della poliedricità dei bisogni evidenziati dai sopravvissuti, sia a livello generale sia a livello psicologico e sociale. Questa base di conoscenza permette di elaborare il programma degli interventi da attuare in emergenza: gli obiettivi e le strategie prioritarie da adottare, le azioni da promuovere e le scelte formative da utilizzare.

L'organizzazione di un intervento va quindi pensata in termini elastici e adattabili alle esigenze dei diversi contesti, senza dimenticare che l'evidenza dei fatti dimostra che una gran parte dell'intervento verrà deciso in itinere dagli esperti. Diversamente, il contesto verrebbe piegato, con inevitabile violenza, ai bisogni organizzativi dei soccorritori.

Difficilmente in emergenza si interviene su un singolo individuo; normalmente lo si fa su un gruppo di persone più o meno esteso e molto spesso è necessario agire su un'intera comunità.

Una lettura sistemica delle manifestazioni del contesto può aiutare a finalizzare le azioni di aiuto, senza peraltro dimenticare che ognuna di esse dipende dall'incontro della comunità colpita con la *comunità* dei soccorritori. Le azioni di aiuto nascono anche dalle relazioni che maturano nel contesto di emergenza tra i soccorritori e le persone soccorse, ed esprimono l'incontro dei rispettivi sistemi di valori e delle diverse identità di gruppo.

Compete quindi ai soccorritori promuovere delle buone relazioni fin dai primi istanti attraverso una comunicazione chiara e trasparente che predisponga alla fiducia e alla collaborazione. La comunicazione è da considerarsi uno degli elementi essenziali per la buona riuscita dell'intervento di soccorso e va gestita da professionisti esperti che sappiano declinarla nei diversi livelli di interazione.

Anche l'individuo singolo va considerato una persona appartenente a un sistema, un soggetto che sviluppa relazioni sociali e interagisce con il proprio ambiente fisico, plasmandolo e venendone influenzato a sua volta (quale esempio più reale e drammatico del terremoto!), partecipando a consolidare e sviluppare la cultura locale.

Le azioni di soccorso si rivolgono quindi a un sistema sociale e relazionale complesso e ogni risposta ai singoli bisogni influenza inevitabilmente il sistema stesso.

In questo modo si evidenzia l'importanza del principio indicato nelle linee guida IASC secondo cui non esiste un aiuto sanitario fine a se stesso. Neanche quando l'aiuto sanitario è di tipo medico.

Ogni bisogno sanitario, così come ogni problema psicologico o fisico, porta con sé inevitabilmente altri bisogni, che riconducono ad aspetti diversi della personalità e delle relazioni di una persona.

Il soccorso si può quindi considerare qualificato e competente in termini psicosociali quando permette di identificare i bisogni emergenti nella loro complessità ed estensione e quando favorisce una lettura adeguata delle situazioni dolorose derivanti da una sciagura, rendendola accessibile a tutti i soccorritori.

L'intervento psicosociale è da considerarsi l'intervento elettivo per favorire, nelle singole persone e nei gruppi, l'attivazione delle capacità di coping e la riduzione dell'arousal in tempi brevi.

Le funzioni specifiche, così come evidenziate nelle linee guida internazionali, rispondono ai bisogni manifestati dai sopravvissuti attraverso interventi sanitari di tipo psicosociale, psicologico ed eventualmente psicoterapeutico. La letteratura internazionale ha dimostrato per esempio che un numero esiguo di persone sviluppa patologie conclamate di disturbo post-traumatico da stress/DPTS a seguito di un grave trauma. Ciò significa che gli individui, per quanto provati da esperienze traumatiche, tendono spontaneamente a rispondere in modo adattivo all'evento scioccante, elaborandolo in termini costruttivi.

Un'alta percentuale di persone, circa l'80% dei sopravvissuti, seppur provate dalla tragedia, attingono quindi spontaneamente alle proprie risorse interne attivando le strategie personali di coping; in alcuni casi può essere necessario aiutarle a riattivare le loro potenzialità o ad avviare la ricerca di nuove strategie, più efficaci e premianti in termini esistenziali. Una percentuale esigua, pari al 20% circa, può sviluppare un DPTS.

Lavorare sulle capacità di risposta allo stress significa non solo orientare le persone alla soluzione pratica e adattiva del problema, ma soprattutto favorire una gestione appropriata delle emozioni, prevenendo la comparsa di reazioni patologiche ed eventuali cronicizzazioni del trauma.

Nei contesti di emergenza le reazioni emotive possono infatti manifestarsi in modo complesso ed eterogeneo, con sfumature violente e strazianti.

Sostenere le persone nella gestione di queste emozioni, che riflettono una tragica lacerazione interiore, è una manovra che richiede competenza ed esperienza. Sono soprattutto le emozioni manifestate nelle prime fasi di un'emergenza a richiedere un'attenzione continua e capillare da parte dei professionisti. Nella loro forza esplosiva o implosiva e apparentemente incontrollabile, rischiano di sembrare devastanti per l'individuo o la comunità.

Ritengo fondamentale sottolineare l'importanza della professionalità e dell'atteggiamento di umiltà che deve avere lo psicologo quando si prende cura di una frattura esistenziale così lacerante e viscerale e devastante negli affetti più cari. È, inoltre, importante ricordare quanto sia vitale, in queste situazioni, saper rispettare i tempi del dolore, della sua manifestazione e della sua elaborazione.

L'umiltà, insieme al rispetto incondizionato dell'altro e all'accoglienza di tutte le sue manifestazioni senza alcuna forma di giudizio e pregiudizio, predispone allo sviluppo di una successiva relazione costruttiva e sana ed eventualmente a un trattamento più specifico. Sarebbe quindi auspicabile che anche i soccorritori non psicologi condividessero l'importanza della ricaduta esistenziale degli aspetti psicologici del trauma, e che fossero adeguatamente formati a stabilire con le persone delle buone relazioni di empatia. Sarebbe altrettanto importante che la macchina dei soccorsi promuovesse la tutela della salute psicologica dei soccorritori, presidiando il loro equilibrio attraverso tutte le risorse disponibili sul campo, da quelle personali e amicali a quelle specialistiche. Queste ultime possono operare a sostegno dei soccorritori nelle diverse fasi dell'emergenza, anche attraverso minimi interventi di protezione psicologica.

A volte un intervento di semplice presenza e disponibilità al confronto, gestito con competenza professionale, può rivelarsi un'ottima azione terapeutica, rispettosa della dignità e delle potenzialità della persona (Sbattella, Tetamanzi e Iacchetti, 2005).

Le funzioni specifiche tracciano quindi il percorso degli interventi orientati alla tutela generale della salute mentale e al sostegno e alla cura dei bisogni psicologici. Esse sottolineano la delicatezza del lavoro diretto ai processi psicologici profondi e ribadiscono che questo compito compete esclusivamente a professionisti adeguatamente preparati nell'ambito della psicologia dell'emergenza.

Le linee guida prestano costante attenzione al rispetto dell'individuo e alle sue peculiarità.

Esse individuano, come primo passo ineludibile dell'intervento di aiuto, l'attenzione a *non produrre danni*. L'esperienza dimostra, infatti, che interventi non qualificati e disorganizzati hanno arrecato danno alle comunità bisognose, vanificando il grande dispendio di energie e di risorse impegnate.

Le linee guida sottolineano inoltre quanto sia importante per la popolazione essere coinvolta nelle attività di soccorso – in tutte le fasi e a ogni livello – e aiutata a riprendere il controllo della propria esistenza (Sbattella e Pini, 2004).

Ogni comunità e ogni singolo soggetto hanno delle loro fonti di resilienza che permettono di rispondere in maniera costruttiva agli eventi traumatici attingendo alle risorse personali e alle strategie caratteristiche della cultura di appartenenza. L'evoluzione stessa di una popolazione – con la sua storia e i suoi valori – trasmette ai singoli individui le capacità per rispondere in modo flessibile e produttivo al danno subito. È in questo senso che spesso si dice – per quanto possa sembrare paradossale – che il trauma rappresenta una sfida e una risorsa per il raggiungimento di un equilibrio nuovo e migliore rispetto al precedente.

Quali sono le funzioni specifiche e come si integrano con l'organizzazione dei soccorsi

Le linee guida IASC individuano i comportamenti più adeguati da adottare nei contesti critici attingendo dall'esperienza e dallo studio di queste realtà. Dove le realtà sociali e ambientali sono già configurate e conosciute, e gli scenari e gli esiti di guerre o calamità sono già evidenti, come nei contesti in cui vengono portati aiuti internazionali, la programmazione degli interventi può essere più mirata e capillare rispetto ai bisogni emergenti.

Nelle situazioni di attivazione a seguito di una sciagura improvvisa non è possibile conoscere a priori i luoghi dell'intervento e le diverse specificità territoriali – e tanto meno le peculiarità sociali e culturali dei sopravvissuti.

In questi casi possiamo ricorrere solo a una solida preparazione in tempi normali, attraverso la simulazione di scenari di intervento diversi tra loro e un'adeguata formazione professionale. È ormai chiaro che il coordinamento con tutte le forze impegnate nel soccorso, siano esse appartenenti alle istituzioni oppure al volontariato, è una condizione imprescindibile per la buona riuscita dell'intervento di aiuto.

Le funzioni specifiche identificate dalle linee guida IASC sono quattro:

1. mobilitazione e supporto comunitario;
2. servizi sanitari;
3. interventi educativi;
4. diffusione delle informazioni.



Mobilizzazione e supporto comunitario

Le linee guida internazionali IASC dedicano una particolare attenzione al contesto socioculturale della collettività e alla dimensione comunitaria della popolazione interessata.

Fin dai primi momenti dell'intervento di soccorso è indispensabile produrre una mappa dei bisogni sanitari di natura psicologica al fine di individuare non solo le persone in difficoltà ma anche le risorse presenti sul territorio, soprattutto se attivabili direttamente dalla stessa comunità.

In collaborazione con la cittadinanza locale, vanno definiti dei piani di protezione della salute mentale rivolti a tutti e, in particolare, alle fasce deboli della popolazione.

Altrettanto importante è stabilire con le persone interessate, attraverso i loro rappresentanti, gli obiettivi e le modalità di gestione della risposta ai bisogni.

È necessario quindi identificare nel contesto gli eventuali leader naturali e le figure istituzionali da coinvolgere nella pianificazione delle azioni di soccorso, al fine di stimolare lo sviluppo di un sentimento di fiducia e di responsabilità all'interno della comunità.

Il coinvolgimento dei cittadini locali permette anche di dare la massima visibilità e diffusione alle azioni intraprese per la tutela della salute mentale, interessando anche le persone più marginali e isolate della collettività.

La popolazione deve essere sostenuta nell'identificazione delle risposte adeguate all'evento e aiutata a instaurare *relazioni di sostegno reciproco*. È molto importante ricordare che queste relazioni risultano efficaci in tutte le comunità umane poiché sono diffusamente radicate nella cultura e nei valori di riferimento delle diverse popolazioni. Tutte le comunità umane, seppur con modalità e stili diversi, evidenziano infatti nel loro patrimonio genetico istintive relazioni di vicinanza e di aiuto. Attraverso il lavoro psicosociale promosso dagli psicologi nei contesti di emergenza è possibile portare alla luce la complessa rete di relazioni che unisce la collettività, individuarne la logica e definire il metodo da adottare per valorizzare le azioni costruttive di sostegno reciproco.

Particolarmente significativi ai fini della tutela psicologica della popolazione sono gli interventi di facilitazione delle pratiche culturali, spirituali e religiose proprie della comunità. Essi risultano particolarmente efficaci anche allo scopo di coinvolgere le fasce più isolate ed emarginate della popolazione e i diversi sottogruppi sociali.

Alle funzioni religiose, per esempio, partecipano normalmente anche le persone più defilate. In occasione degli incontri a carattere religioso, che richiamano l'attenzione di una larga parte della popolazione, possono essere veicolate importanti informazioni relative alla tutela della salute mentale e all'offerta di assistenza rivolta alle fasce deboli della popolazione.

Un'attenzione particolare va dedicata alla composizione dei nuclei familiari che costituiscono il gruppo sociale, al fine di individuare, nel più breve tempo possibile, eventuali persone o relazioni a rischio.

È importante, per esempio, garantire un supporto tempestivo ai bambini e ai genitori coinvolgendo, dove possibile, figure di riferimento locali quali educatori e insegnanti. Il sostegno al lavoro degli educatori locali appare una risorsa preziosa o persino indispensabile.

Anche un'attenta considerazione dello spazio si è dimostrata importante. Infatti in queste situazioni destrutturate appare di vitale importanza individuare aree adeguate in cui ristabilire la quotidianità, recuperando i rituali e i gesti tradizionali che richiamano il sentimento di identità personale e di gruppo. In questo modo le persone vengono sostenute psicologicamente e questo processo favorisce l'attivazione delle forze resilienti.

Ogni iniziativa va sicuramente orientata alle esigenze emergenti, ma è opportuno mantenere sempre uno sguardo attento alla storia e alla tradizione della popolazione cercando di finalizzare gli interventi alla preparazione del futuro.

Iniziative come la formazione di gruppi di lavoro o di discussione, in cui i sopravvissuti possano confrontarsi sulle tematiche della ricostruzione, sono efficaci in quanto rispondono alle esigenze immediate di aggregazione, di condivisione e di sostegno reciproco. Tali situazioni tuttavia favoriscono contestualmente anche una proiezione nel futuro della comunità e l'esplorazione delle dimensioni del possibile.

Anche il sostegno alla conservazione della memoria storica del gruppo contribuisce a rinvigorire lo slancio vitale rivolto a un futuro praticabile e raggiungibile. La rivisitazione e l'esplorazione delle risorse della comunità, in tutte le sue dimensioni, possono agevolare sentimenti di fiducia e di sicurezza rispetto al divenire, e attivare nel gruppo sociale le capacità di empowerment e di riduzione dell'arousal.

È importante infine ricordare che va perseguita ogni via di rafforzamento e implementazione del sistema della tutela della salute mentale, supportando i servizi locali ed esplorando ogni forma di integrazione tra gli interventi sanitari locali e quelli messi a disposizione dalle forze esterne.

Servizi sanitari

Nella maggior parte delle emergenze si verifica una disarmonia tra l'assistenza sanitaria generale, di solito di buon livello, e le cure rivolte all'area psicologica e psicosociale. La diversa valutazione dei bisogni alla base di questo fenomeno, che vede la massima attenzione rivolta alle necessità di tipo fisico e un atteggiamento superficiale verso la sofferenza psicologica, altera l'efficacia degli interventi. Spesso si tende a dimenticare che la naturale compassione verso la persona in difficoltà e il supporto emotivo esprimono il semplice rispetto della dignità umana e proteggono il benessere psichico dei superstiti. Comportamenti irrispettosi e una comunicazione arida e distaccata tendono infatti a dissuadere le persone dalla richiesta di aiuto, pregiudicandone l'adesione ai regimi di trattamento. Anche il modo in cui si garantisce e si estende l'assistenza sanitaria influenza inevitabilmente il benessere psicosociale dei sopravvissuti.

Nelle situazioni di calamità i sopravvissuti possono evidenziare una grande varietà di bisogni, di tipo sia fisico che mentale. Solitamente per le patologie organiche si evidenzia, da parte dei soccorsi, capacità di accoglienza e di risposta tempestiva, attraverso precise e articolate misure di intervento sanitario.

Purtroppo, però, in queste delicate situazioni, anche estreme, le problematiche psicologiche e le sofferenze di tipo emotivo e affettivo non ricevono la stessa considerazione. Persino le patologie psichiche sono state spesso trascurate, abbandonando proprio le persone più fragili al loro destino, spesso rappresentato da confusione, paura e solitudine. Le persone con problemi mentali, in frangenti fortemente destrutturati, tendono, infatti, a disorientarsi e a perdersi negli eventi, privi di risorse personali per affrontarli.

In molti Stati del mondo la salute mentale, per diverse ragioni, è tra le aree dell'assistenza sanitaria meno considerate e con meno stanziamenti di risorse. Se pochi Paesi sono attrezzati per fornire un'assistenza sanitaria mentale adeguata in tempi normali, immaginiamo in emergenza.

Le linee guida suggeriscono invece con forza di adottare anche verso questo tipo di sofferenza comportamenti semplici ma efficaci, orientati alla prima protezione dell'equilibrio psicologico della persona e al rispetto della sua dignità.

Se infatti pensiamo alla nostra esperienza in emergenze molto diverse tra loro, ciò che appare fondamentale per tutti i sopravvissuti è il rispetto della loro dignità di persona e la tutela della loro privacy. Un comportamento di rispetto rappresenta non solo una semplice regola di educazione, ma una prima forma basilare di supporto psicologico, che promuove un atteggiamento attivo e costruttivo diretto al superamento delle difficoltà. Il rispetto verso la dignità della persona dovrebbe essere un valore comune a tutti i soccorritori ma è sempre bene richiamarne l'importanza anche nelle sedi di formazione dei volontari.

Le linee guida individuano alcune azioni essenziali per rispondere ai bisogni sanitari di tipo psicologico e psicosociale in questi difficili contesti ma raccomandano vivamente di porre attenzione alla formazione dei professionisti, in particolare quella degli psicologi che si occupano proprio di quest'area personale delicata e trascurata.

I professionisti devono avere competenza per quanto attiene alle reazioni individuali all'impatto e alle ripercussioni dei fattori altamente stressanti sulla salute mentale delle vittime dirette e indirette. È importante offrire una formazione sulla gestione della sofferenza individuale e di gruppo e sulla conduzione degli interventi diretti alla comunità. Altrettanto rilevante è la formazione specifica nella gestione del dolore psicologico acuto che caratterizza alcuni momenti dell'emergenza. Pensiamo alla delicatezza di situazioni che ben conosciamo, come la comunicazione di cattive notizie o l'accompagnamento dei parenti al riconoscimento delle salme. I professionisti, oltre a sostenere le persone toccate dal dolore, devono saperle orientare nelle decisioni immediate e necessarie alla tutela della propria vita e a quella dei propri cari. Devono saper cogliere le risorse personali a cui i sopravvissuti possono attingere, le capacità di coping personali e di gruppo valide da promuovere, oppure dovranno favori-

re l'adozione di nuove strategie per affrontare questo nuovo mondo esistenziale sconosciuto e inquietante.

Nei contesti di emergenza gli psicologi si confrontano con situazioni eterogenee: dalla gestione delle manifestazioni di ansia e rabbia e delle reazioni impulsive e potenzialmente pericolose delle vittime, alle importanti e indispensabili azioni di prevenzione del suicidio e degli atti di autolesionismo, fino alla prevenzione della violenza sociale. Essi devono altresì padroneggiare gli interventi di stabilizzazione emotiva e le tecniche di gestione dello stress e di rilassamento.

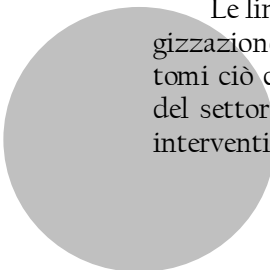
Il professionista deve muoversi con sufficiente elasticità tra azioni terapeutiche di base, a carattere prevalentemente psicosociale, e interventi terapeutici mirati.

Le azioni basilari finalizzate alla tutela della salute mentale riguardano principalmente la necessità di garantire un'assistenza sanitaria psicologica diffusa e uguale per tutti i sopravvissuti, assicurando un aiuto anche fuori dalle strutture e dai punti di riferimento sanitario diffusi eventualmente sul territorio.

Anche nell'ambito dell'assistenza sanitaria diretta alla salute mentale vengono privilegiate le azioni di coinvolgimento della popolazione nella gestione dei soccorsi. Viene data priorità a quelle finalizzate a tenere vicine le persone che si conoscono e che possono reciprocamente sostenersi. Le linee guida IASC sottolineano l'importanza della dislocazione di diversi punti di assistenza psicologica nella zona colpita e nelle fasce più esterne. Vengono menzionate strutture sanitarie affini a un posto medico avanzato, nelle quali dovrebbe trovare posto la figura dello psicologo. Va però detto che in Italia siamo attualmente in grado di fornire un'assistenza capillare non urgentistica grazie alla nuova struttura sanitaria campale chiamata Postazione Assistenza Socio Sanitaria/PASS. Il PASS, pensato e progettato dal Coordinamento dei volontari della Protezione Civile di Cuneo, con il suo nucleo di sanitari rappresentati da medici e infermieri, farmacisti e veterinari e dagli psicologi di Psicologi per i Popoli – Cuneo, insieme al Dipartimento di Protezione Civile rappresenta una vera svolta nelle possibilità di offrire un'assistenza qualificata e continuativa alle vittime delle calamità. Gli psicologi della nostra associazione cuneese hanno progettato e realizzato, di concerto con Psicologi per i Popoli – Federazione, l'Ambulatorio psicologico del PASS, sotto l'aspetto sia logistico e organizzativo sia sanitario (Galliano, Greco, Rocchia e Serraino, 2012).

Alla luce di questa esperienza mi sembra importante sottolineare che gli psicologi devono avere una formazione non solo sulle tematiche cliniche ma anche sui temi di gestione e di management del soccorso – elementi essenziali per essere presenti in questi contesti con le competenze adeguate e la possibilità di fare rete con tutte le altre forze del soccorso.

Le linee guida IASC rivolgono un'attenzione particolare ai rischi di patologizzazione delle manifestazioni emotive dei sopravvissuti, scambiando per sintomi ciò che viene riconosciuto normale da tutta la letteratura internazionale del settore. Raccomandano cautela nel ricorrere a terapie farmacologiche e a interventi invasivi che non rispettino i tempi di resilienza personale.



La maggior parte delle persone che manifestano disturbi mentali in occasione di eventi traumatici, com'è noto, migliorano spontaneamente nell'arco di poco tempo. Secondo gli esperti internazionali, nel trattamento clinico dei traumi acuti si tende a esagerare con la somministrazione di farmaci, in particolare con le benzodiazepine. Sicuramente sono cure adatte a un numero limitato di casi clinici che sviluppano un quadro patologico ma è bene non abusarne. L'uso di questi farmaci può tra l'altro causare forme di dipendenza, soprattutto in persone momentaneamente fragili e disorientate come le vittime di un disastro. Inoltre si sa che i soggetti traumatizzati sono particolarmente inclini a adottare modalità di coping inadeguate, rappresentate spesso dalle diverse forme di dipendenza. Alcune ricerche suggeriscono che l'uso delle benzodiazepine può compromettere il processo di elaborazione del trauma. È quindi necessario saper individuare le poche persone che necessitano di interventi clinici mirati per affidarle a personale specializzato.

È contestualmente molto importante che gli esperti del settore sappiano fornire gli aiuti psicologici di base. Molti confondono il primo soccorso psicologico con un intervento di clinica psichiatrica in emergenza (Caffo, Forresi e Scrimin, 2010). In realtà il primo soccorso psicologico è una risposta semplice e organizzata a una richiesta di aiuto e non richiede la descrizione dell'evento traumatico da parte della vittima. In certe circostanze questa modalità appare particolarmente protettiva poiché la rivisitazione inopportuna del trauma può provocare ulteriori e inutili sofferenze, esponendo il soggetto a una nuova esperienza traumatica.

A questo proposito, le linee guida suggeriscono di ricordare alle vittime il loro diritto di rifiutare il contatto con giornalisti o curiosi, che potrebbero indurli a ricordi pericolosi, e, se necessario, proteggerle facendo da filtro nelle relazioni dubbie. È invece opportuno fornire ai sopravvissuti uno spazio gestito da professionisti in cui parlare della propria sofferenza, della paura e della preoccupazione, nel rispetto dei tempi e dei bisogni di tutti. È importante creare situazioni in cui le persone si sentano a loro agio e possano liberamente decidere di esprimere il proprio dolore. Fornire un'adeguata spiegazione delle normali reazioni a un evento calamitoso può essere generalmente una buona regola di base rivolta alla tutela della salute mentale. Queste azioni semplici permettono alla popolazione di attivarsi con la sensibilità necessaria alla prevenzione e alla tutela delle fasce a rischio. In ogni caso, trattandosi di emergenza e quindi di eventi eccezionalmente destrutturati, i processi di coping vanno costantemente monitorati per prevenire le evoluzioni negative.

Il processo di coping positivo – che può esprimersi con la partecipazione alla vita sociale e la frequentazione dei familiari e degli amici – va ovviamente incoraggiato in ogni modo, mobilitando le risorse presenti a livello locale.

Un'attenzione particolare va dedicata ai malati che evidenziano disturbi mentali gravi e che già manifestavano problemi psichici prima dell'evento calamitoso. In simili circostanze, questi malati possono avere un peggioramento repentino e vanno seguiti da personale specializzato. Solitamente non sono capaci di chiedere aiuto e sono per questo doppiamente vulnerabili; da un lato la loro fragilità li espone maggiormente al pericolo, dall'altro la condizione di marginalità sociale, che solitamente caratterizza le loro esistenze, pregiudica

la possibilità di esprimere, in termini comprensibili, una richiesta di aiuto. La situazione di emergenza può infatti privarli, per un lasso di tempo variabile e imprevedibile, dei loro riferimenti vitali, rappresentati da familiari e terapeuti, nonché delle cure abituali.

Durante un'emergenza succede che le terapie farmacologiche subiscano una sospensione e che i familiari non riescano a garantire la loro presenza e il loro sostegno, lasciando i malati esposti al disorientamento e alla solitudine.

I pazienti con disturbi psichici, ed eventualmente istituzionalizzati, richiedono grande attenzione anche perché spesso non sono in grado di badare a se stessi, neanche per le cure personali minime. Tantomeno riescono a occuparsi della loro sicurezza personale. Il disorientamento dovuto alla situazione traumatizzante può indurli a intraprendere azioni pericolose, a perdersi o a farsi genericamente del male. Da un lato possono mettersi in difficoltà, non sapendo valutare adeguatamente i risvolti del pericolo, dall'altro possono avere comportamenti autolesivi, come risposta disarticolata alla paura e allo stato confusionale. Il momentaneo abbandono dello staff curante può infatti pregiudicare il mantenimento dello stato di compensazione. Non sono da sottostimare in simili frangenti condotte anticonservative o socialmente pericolose.

Ritengo importante sottolineare che queste situazioni vanno gestite da professionisti specializzati in grado di rispondere alle esigenze vitali programmando cure adeguate. In questi casi la risposta di aiuto non può esaurirsi in una superficiale rassicurazione ma deve farsi carico concreto e continuativo delle criticità manifestate. È, infatti, necessario fare un quadro diagnostico preciso e intraprendere specifiche azioni di supporto terapeutico.

Voglio inoltre sottolineare che questi pazienti sono, nella nostra società come in molte altre, le persone che tipicamente incontrano atteggiamenti di pregiudizio e di stigmatizzazione da parte della comunità per così dire sana.

I quadri clinici che possono richiedere attenzioni particolari e competenza professionale specialistica sono sostanzialmente le psicosi, i gravi sintomi disabilitanti di DPTS, i disturbi mentali dovuti all'uso di alcol, farmaci e droghe, i disturbi neuropsichiatrici, l'epilessia, i deliri e le demenze causati anche da traumi o infezioni e i tentativi anticonservativi.

Il trattamento delle persone con questi problemi richiede sempre l'integrazione delle cure. Come avviene abitualmente nelle nostre ASL e nei nostri ospedali, anche e soprattutto in situazioni eccezionali come un'emergenza o una maxiemergenza, le persone con problemi mentali gravi vanno seguite congiuntamente da specialisti diversi al fine di assicurare le cure psicologiche e mediche più adeguate e il necessario sostegno sociale.

Secondo le linee guida, anche per questa fascia di pazienti gravi sono particolarmente indicati trattamenti terapeutici di tipo psicologico, integrati con cure mediche e psichiatriche. I trattamenti psicologici di stabilizzazione emotiva o di tipo psicoterapeutico, declinati nei diversi orientamenti utili negli specifici casi, sono invece trattamenti elettivi per i disturbi acuti che hanno il loro esordio durante l'emergenza e sono causati da un altissimo livello di stress e da un arousal eccessivo personale e di gruppo.

Un'altra questione segnalata dalle linee guida riguarda le problematiche, spesso giovanili, inerenti all'abuso di sostanze e alle varie forme di dipendenza.

Solitamente in occasioni fortemente stressanti queste patologie tendono ad aumentare sensibilmente, e le comunità, già sofferenti, difficilmente riescono a mettere in campo gli interventi necessari a contenerle. D'altra parte neanche in circostanze normali le nostre società avanzate riescono a rispondere a questi problemi in modo efficace. Le condotte di abuso hanno una forte ripercussione sul piano sociale e possono anche essere associate a diverse forme di violenza e/o sfruttamento nonché a comportamenti personali ad alto rischio.

Il sistema dei soccorsi è sempre tenuto sia a raccogliere, mantenere e organizzare tutte le informazioni circa la salute mentale della popolazione sia a garantire la presenza di servizi sul territorio.

Le organizzazioni dei soccorsi solitamente prevedono il sostegno all'implementazione delle attività a carico dei servizi sanitari locali e del loro personale e si concludono quando il potere gestionale e organizzativo degli interventi può essere ripreso dai servizi sanitari e sociali competenti per territorio.

Interventi educativi

Le linee guida collocano le azioni educative tra gli interventi psicosociali basilari e suggeriscono di valutare le capacità di reazione del contesto rispetto alla progettualità formativa e educativa.

Investire sulle attività educative significa dare un forte segnale di sicurezza dell'ambiente e porre le condizioni per ristabilire un senso di normalità in tutta la popolazione. Un'azione educativa ben organizzata, con attività strutturate, aiuta le persone colpite ad attivare i processi costruttivi di coping e diffonde messaggi di fiducia promuovendo la speranza verso il futuro. Nelle situazioni di emergenza la formazione e l'intervento educativo non riguardano solo i minori ma anche gli adulti. In territori e contesti pericolosi, tutti i cittadini vanno infatti educati alla sopravvivenza e all'autoprotezione.

Le attività formative vanno avviate nel più breve tempo possibile, a livello sia formale sia informale, e devono prevedere iniziative e interventi mirati ai soggetti maggiormente a rischio per la loro fragilità personale o sociale.

L'accesso all'educazione e alla formazione, formale o informale, va offerto a tutti e deve garantire un clima relazionale di accoglienza e di supporto. Una atmosfera positiva, come sappiamo, favorisce lo sviluppo di competenze emozionali e intellettuali nei giovani e le riattiva negli adulti; rafforza la rete sociale e lo spirito di comunità; supporta l'autostima e il senso del controllo.

Ovviamente le azioni educative da intraprendere sono molto diverse a seconda dei luoghi geografici in cui si interviene e dell'entità dell'emergenza. Nei Paesi dove la scolarità è particolarmente bassa e limitata a poche classi sociali, le azioni di soccorso saranno mirate a promuovere iniziative che difondano l'accesso all'istruzione a tutta la popolazione. Se il contesto lo permette, si possono veicolare dei principi sul diritto all'istruzione e sulla ricaduta positiva che può avere la formazione sulla popolazione. In questi casi, può essere utile anche avviare dei progetti di sensibilizzazione delle persone allo studio. La programmazione della formazione in questi Paesi deve essere quindi

semplice e di facile diffusione. Progetti più mirati possono riguardare fasce di età con maggiore istruzione.

In questi contesti è spesso importante formare e supervisionare gli insegnanti, offrendo loro un sostegno sulla realizzazione delle attività educative e promuovendo l'uso di metodi partecipativi. Nei contesti sociali più evoluti l'attenzione va volta a riavviare le attività formative nelle forme preesistenti, favorendo, ove possibile, l'inserimento di un valore aggiunto rappresentato dall'evento calamitoso.

L'obiettivo è in ogni caso quello di aumentare le possibilità formative dei minori e di tutta la comunità cercando di garantire forme di istruzione qualitativamente adeguate e rivolte a tutti. È importante sostenere le eventuali iniziative di miglioramento dell'istruzione avviate dalle istituzioni locali e favorire la partecipazione ai corsi.

Può essere necessario aiutare la comunità a identificare le strutture adeguate ad accogliere le scuole e i momenti di aggregazione sociale e culturale. Può essere altresì necessario aiutare le comunità a investire in termini costruttivi sulla tragedia che le ha travolte, adottando percorsi educativi finalizzati.

Nei Paesi occidentali colpiti da sciagure che congelano le capacità reattive delle istituzioni, l'esame della situazione viene svolto dai soccorritori insieme alle istituzioni locali. Si tratta essenzialmente di valutare le capacità di risposta dei cittadini e le loro volontà di reagire. Insieme si possono avviare indagini sulla situazione delle strutture scolastiche e la possibilità di riprendere le lezioni, la disponibilità dei docenti e la possibilità delle famiglie di riportare i figli a scuola.

Un contesto colpito da un evento calamitoso è in ogni caso da supportare sul fronte educativo e la progettazione del post-emergenza deve sicuramente considerare la necessità di rafforzare il sistema educativo nazionale o della comunità.

Anche nell'ambito degli interventi educativi le linee guida pongono l'accento sullo sviluppo di un'educazione mirata al supporto psicosociale. Quando le istituzioni locali non sono in grado di fare fronte alle carenze formative in modo autonomo, le forze esterne hanno il compito di intraprendere iniziative di prima necessità, condividendole con la popolazione e coinvolgendo la società locale in ogni livello di realizzazione.

In generale possiamo però dire che prestando attenzione alle reazioni delle istituzioni è possibile fare una sorta di previsione delle difficoltà che la popolazione incontrerà nella risposta alla distruzione ambientale e sociale e nella pianificazione dei primi interventi.

È importante, infatti, ricordare che se molte fra le criticità che affiorano in emergenza sono da considerarsi conseguenze dell'evento calamitoso, altre invece sono preesistenti. L'opportunità racchiusa nel dramma è la possibilità di un cambiamento che vada nella direzione del miglioramento della situazione.



Diffusione delle informazioni

Oltre alla vita e alla salute, spesso diventano vittime dell'emergenza la verità e la giustizia .

Nelle emergenze vengono destabilizzati anche i canali convenzionali di comunicazione. Le infrastrutture dell'informazione possono essere danneggiate e qualche malintenzionato può avere interesse a diffondere notizie scorrette o allarmanti, abusando dei canali di comunicazione provvisori.

Una delle maggiori fonti di ansietà e di disperazione per le vittime di una emergenza risulta essere l'assenza di comunicazione o un'informazione poco credibile o omertosa. In questi contesti, tendono a proliferare naturalmente "voci", allusioni e fraintendimenti che finiscono per generare confusione, insicurezza o panico nella popolazione.

L'intervento psicosociale deve quindi spendersi anche a favore di un'informazione trasparente, corretta e puntuale, orientata a prevenire le situazioni di disagio e di confusione e a promuovere una reazione sana e partecipata. Il sistema informativo gioca infatti un ruolo importante nel recupero psicologico delle persone poiché ha il potere di stimolare nella popolazione una reazione sana, sia a livello individuale che collettivo, trasformando delle vittime passive in superstiti attivi.

Il delicato lavoro dello psicologo dell'emergenza deve quindi orientarsi a sostenere un livello informativo di qualità, in tutte le sue declinazioni. L'informazione deve essere puntuale e ufficiale e deve riguardare tutti gli aspetti del dramma; anche gli aspetti più dolorosi, come il resoconto delle vittime. Vanno comunicate tutte le azioni che si intraprendono per aiutare la comunità, dalla pianificazione degli interventi alle modalità di realizzazione. Uno spazio importante va dato alla comunicazione delle azioni intraprese per sostenere l'elaborazione simbolica del dramma. L'informazione deve avvalersi di tutti gli strumenti a disposizione e maggiormente significativi per la popolazione, contemplando l'uso di mezzi tecnologici o ausili storico-culturali.

Il ruolo della comunicazione appare quindi particolarmente delicato poiché rappresenta e identifica il livello di credibilità della governance.

L'esperienza della Federazione Psicologi per i Popoli nell'interpretazione e nell'applicazione delle funzioni specifiche

Il 6 aprile 2009, a seguito del sisma che ha colpito L'Aquila, la Federazione è stata immediatamente allertata dal Dipartimento di Protezione Civile. L'assetto organizzativo della Federazione prevede che in caso di intervento ogni squadra di psicologi segua modalità operative sperimentate e riconosciute in campo internazionale.

Le indicazioni delle funzioni specifiche delle linee guida IASC sono state seguite anche in questa maxiemergenza.

Mobilizzazione e supporto comunitario

Per quanto riguarda la mobilitazione e il supporto comunitario le azioni sono state mirate ai seguenti obiettivi.

Primo: facilitare le condizioni per la mobilitazione comunitaria attraverso il coinvolgimento delle risorse locali.

Psicologi per i Popoli Federazione ha garantito l'avvicinarsi regolare di squadre di professionisti per tutta la durata dell'emergenza e ha sostenuto numerosi progetti nella fase di post-emergenza.

In occasione dell'allarme scattato dopo il terremoto, la Federazione si è immediatamente coordinata con la centrale operativa dei soccorsi del Dipartimento di Protezione Civile insediata presso la Scuola della Guardia di Finanza di Coppito, la Funzione 2 – Sanità della DICOMAC.

Sul territorio abruzzese, in conformità alle indicazioni date dalla Funzione 2 - Sanità, si sono attivati i contatti con i rappresentanti istituzionali competenti al fine di assicurare il massimo coinvolgimento dei residenti.

Nei vari campi di accoglienza sono stati individuati i leader naturali o istituzionali con cui pianificare la gestione delle comunità.

Sono stati programmati gruppi di discussione aperti sia ai cittadini locali che ai volontari della Protezione Civile per affrontare le problematiche più urgenti evidenziate dalla popolazione. I gruppi di discussione strategicamente hanno permesso una prima attivazione delle vittime.

I leader locali si sono dimostrati importanti per favorire il coinvolgimento di un'area allargata della popolazione su decisioni di interesse comune.

Una particolare attenzione è stata rivolta all'individuazione di insegnanti e educatori locali interessati alla ripresa sociale e in grado di attivarsi professionalmente e personalmente. Insieme a queste importanti figure di riferimento appartenenti alla comunità si sono pianificate le strategie educative e relazionali per la tutela della salute dei minori e dei nuclei familiari. Un occhio di riguardo è stato rivolto alle famiglie e ai genitori. Inizialmente i genitori e gli insegnanti sono stati appoggiati emotivamente attraverso progetti di sostegno psicosociale attivati dai team di psicologi della Federazione. L'organizzazione di gruppi di lavoro, di discussione, di ascolto e di sostegno ha permesso di coinvolgere un numero significativo di persone nei progetti di reazione e ricostruzione. Con il procedere delle attività le persone ospitate nei campi hanno acquisito una loro autonomia nella gestione della loro esistenza.

In tutti i campi allestiti dalla Protezione Civile sono state programmate attività rivolte ai bambini e agli adolescenti.

I giovani sono stati coinvolti in numerosi progetti, con obiettivi che si sono evoluti nel tempo, in riferimento sia al susseguirsi delle fasi dell'emergenza che in base al variare dei bisogni. Molti di loro, anche se provati dalla drammaticità degli eventi, hanno offerto la loro disponibilità a occuparsi dei bambini, favorendo il recupero dei giochi diffusi nella cultura locale.



Un po' ovunque sono sorti spazi di ascolto non strutturati dedicati alle fasce giovanili, lasciando libera iniziativa nella programmazione degli incontri e delle attività. Momenti di aggregazione sono stati rivolti agli anziani e alle loro famiglie.

Grazie alla collaborazione dei sanitari locali, gli psicologi della Federazione hanno potuto costruire una rete di relazioni professionali e garantire l'assistenza sanitaria psicologica agli sfollati raccolti nei campi allestiti dalla Protezione Civile. Fin da subito il livello di collaborazione è apparso ottimale nonostante le difficoltà del contesto. Lo spirito di collaborazione ha permesso di ricongiungere alcuni pazienti afflitti da importanti problematiche mentali con i loro familiari e di assicurare la continuità delle cure a molti malati.

Le decisioni cliniche e la programmazione dell'assistenza venivano pianificate nelle riunioni dei professionisti locali con gli psicologi della Federazione. Inizialmente l'organizzazione degli incontri avveniva attraverso convocazioni estemporanee, decise all'occorrenza dal professionista che ne ravvisava la necessità. Successivamente, dopo le prime due settimane, tutte le attività sono state strutturate e calendarizzate.

In base alle disposizioni della Funzione 2 – Sanità, si è provveduto a prendere contatti con le figure sanitarie istituzionali per verificare la massima ricaduta sulla popolazione delle azioni intraprese nell'ambito della tutela della salute mentale.

Nelle tendopoli sono stati predisposti dalla Protezione Civile dei moduli abitativi dedicati all'assistenza sanitaria di tipo psicosociale e psicologico-clinico. Gli ambulatori di psicologia sono stati solitamente collocati presso il PMA.

Tende sufficientemente spaziose sono inoltre state dedicate alle attività dei bambini e all'organizzazione delle ludoteche, delle biblioteche e delle aule scolastiche. Sono stati individuati per i bambini anche spazi di gioco all'aria aperta, adatti ad attività di tipo sportivo e finalizzati allo sfogo delle emozioni attraverso attività socialmente adeguate.

Secondo: facilitare l'autoaiuto comunitario e il supporto sociale

La popolazione è stata supportata nelle iniziative di comunità, come la costituzione dei comitati della popolazione e le assemblee su tematiche rilevanti. Uno spazio particolarmente importante è stato dedicato alle informazioni sull'evoluzione del sisma. È stato fondamentale informare i cittadini sulle normali reazioni umane allo stress, sia in modo formale sia attraverso incontri informali con le persone, poiché il livello di arousal tendeva ad essere sollecitato dalle continue scosse sismiche. I momenti informali sono stati importanti ai fini di una capillare comprensione dei livelli di ansia e di preoccupazione della popolazione e per la pianificazione dell'elaborazione successiva, a livello individuale e di gruppo. Gli psicologi si sono occupati quotidianamente dell'assistenza alle persone che manifestavano problematiche relative all'ansia, alla paura e alla depressione, attivate dalla drammaticità dell'evento e dal continuo movimento tellurico. Uno spazio significativo, rivolto ai soggetti più provati e

psicologicamente più fragili, è stato dedicato alla prevenzione degli episodi di acting-out e alla gestione delle manifestazioni di rabbia. Sono stati avviati gruppi di discussione e di autoaiuto su tematiche pertinenti alle diverse fasce di cittadini e ai diversi bisogni emergenti.

Molta attenzione è stata posta alle famiglie allargate ricongiunte con grande sollievo dopo il terremoto ma in difficoltà per la mancanza di privacy. Anche la gestione degli anziani diventava motivo di sofferenza per le famiglie poiché venivano a mancare i punti di riferimento sociali convenzionali e la possibilità di accedere alle cure più adatte. Inoltre per le famiglie la gestione degli anziani nelle tende diveniva ogni giorno più difficile. In alcune situazioni i problemi di salute evidenziati hanno richiesto un lavoro di negoziazione tra le famiglie e le possibili risposte sanitarie messe a disposizione dal Dipartimento di Protezione Civile/DPC. Spesso si è trattato di trasferire interi nuclei familiari in luoghi più idonei alla gestione dei malati, non senza garantire la possibilità di rientrare, appena possibile, nella loro comunità e nella loro tenda.

Molto del lavoro degli specialisti si è svolto partecipando alla vita del campo, condividendone gli allarmi e le preoccupazioni, e aiutando le persone a orientare correttamente le loro risorse. La vita quotidiana nel campo ha permesso di conoscere la realtà di ogni famiglia, di ogni tenda; e la condivisione dei pasti e dei bagni, con le inevitabili code e attese, ha permesso di sviluppare relazioni spontanee di affidamento e di fiducia.

Una particolare attenzione è stata rivolta alla ripresa delle abitudini e dei rituali che scandiscono la quotidianità.

La possibilità di prendersi cura della propria persona, mantenendo il decoro e la dignità personale e di gruppo, ha rappresentato un momento importante per tutta la comunità, influenzando beneficamente il tono dell'umore individuale e di gruppo.

Il fatto di poter disporre di una zona lavanderia o di un parrucchiere, oppure di una sala informatizzata, ha permesso ai giovani e agli adulti di recuperare almeno i simboli di una quotidianità spezzata.

Terzo: facilitare il mantenimento delle pratiche culturali, religiose e ricreative tradizionali

Il sisma ha colpito il territorio aquilano poco prima della Santa Pasqua. Fin da subito in ogni tendopoli si è avviata, insieme ai religiosi locali e alla popolazione, l'organizzazione delle celebrazioni religiose. Appositi spazi all'interno delle tende più ampie sono stati dedicati alle funzioni religiose e sono stati individuati percorsi sicuri e tutelati per lo svolgimento delle processioni. Le celebrazioni religiose e la ritualità tradizionale hanno permesso alla popolazione di ritrovare un momento di personale intimità e di rispecchiarsi nell'identità di gruppo. Per molte persone la preghiera ha rappresentato un momento di chiusura costruttiva in se stessi, di riflessione e di pace, la ripresa di un contatto con la parte più profonda di sé, dopo la convivenza forzata imposta dagli eventi. Particolarmente emozionanti per gli abruzzesi e per i soccorritori

sono state le complesse attività di recupero delle campane, crollate con le loro chiese. Come una sola persona, vigili del fuoco, Protezione Civile e persone del luogo hanno lavorato per riportare alla vita i simboli della cultura e della storia locale.

Accanto allo spazio dedicato ai riti religiosi si sono promosse le rappresentazioni simboliche della Pasqua, ricreative e culinarie, tipiche della tradizione aquilana.

Come Protezione Civile di Cuneo in forza a Tempera, abbiamo, per esempio, favorito il coinvolgimento delle donne nelle attività di cucina condividendo la preparazione del pasto pasquale. L'importanza data al recupero delle tradizioni legate alle festività ha permesso la nascita di buone relazioni tra le persone locali ed esterne.

Desidero esprimere una nota di apprezzamento per il comportamento dei volontari della Protezione Civile. Vanno, infatti, elogiate tutte le persone che, nel corso dei mesi, si sono adoperate per garantire l'osservazione delle norme di legge prescritte a tutela della salute dei cittadini, senza dimenticare mai il valore umano del loro ruolo. I volontari della Protezione Civile di Cuneo hanno dimostrato in questo senso una grande comprensione umana e un'elasticità organizzativa non comune. Il loro lavoro, altamente qualificato anche dal punto di vista umano, ha evidenziato come il rispetto della dignità umana possa tranquillamente convivere con un'intelligente applicazione delle norme, garantendo alla comunità un'assoluta sicurezza. In questo senso sentiamo di avere aderito completamente alle indicazioni delle linee guida internazionali.

Quarto: fornire supporto ai bambini e ai loro genitori, facilitando riunificazioni familiari, il rapporto madre-bambino, la disponibilità di spazi specifici per il gioco e lo studio.

Molti sforzi sono stati indirizzati al recupero dell'identità personale e di comunità. Il supporto ai bambini, alle famiglie e agli educatori ha richiesto molte energie sia a livello di programmazione sia a livello operativo e clinico.

In molti casi i genitori apparivano inizialmente *svuotati* e privi delle risorse necessarie per svolgere il loro ruolo. Bloccati emotivamente dallo shock, avevano difficoltà a provare sentimenti di affetto verso i figli e si sentivano incapaci di tutelarli. Al contrario, provavano sentimenti di insofferenza di fronte alle loro ansie e alle loro paure, nelle quali si identificavano.

L'organizzazione di attività ludiche per i minori, gestite nei primi giorni dagli psicologi, ha permesso una prima risposta alla difficoltà. Le famiglie, alleggerite da incombenze troppo pesanti, hanno ritrovato un nuovo assetto emotivo. Attraverso il supporto psicologico, i genitori hanno potuto recuperare il loro ruolo e ricominciare a dedicare energie ai figli.

L'evoluzione di questo processo ha permesso di evidenziare le problematiche dei genitori e di cogliere lo sviluppo di problemi relazionali e di coppia all'interno dei nuclei familiari. La quotidianità scandita dalla vita nelle tende, protrattasi per molti mesi e privata di ogni aspetto di intimità, non favoriva l'elaborazione del trauma. Il coinvolgimento degli adulti in compiti motivanti

ha permesso di alleggerire, in alcuni casi, le situazioni personali e relazionali, mentre in altre occasioni sono stati programmati interventi mirati, di mediazione e di terapia, di concerto con il personale sanitario locale.

Nei campi trovavano riparo anche persone straniere, con abitudini e tradizioni diverse, e con proprie modalità di manifestazione della paura e della rabbia. Gli psicologi hanno sostenuto le relazioni tra i diversi gruppi di popolazione, motivando le manifestazioni delle minoranze e favorendo la comunicazione al fine di facilitare l'integrazione.

Con l'andar del tempo si sono creati spazi più strutturati, rivolti alle attività dei bambini e dei ragazzi e assolutamente aperti a tutti i gruppi sociali. Sono nate le ludoteche, le biblioteche e i cineforum. Sono stati identificati spazi dedicati all'ascolto e all'insegnamento della musica e aree adeguate alle attività artistiche e motorie. Alcune di queste attività sono state affidate alla gestione dei giovani della comunità.

La rinascita del sistema sociale, plasmato sui bisogni e sulle speranze condivise dalla comunità, ha favorito il processo di integrazione.

Dopo il primo mese di emergenza, hanno preso vita i primi progetti per la ripresa della scuola. Molto è stato fatto in questo senso da tutti: sia dagli educatori e gli amministratori locali, sia dagli psicologi e i volontari della Protezione Civile. Durante le vacanze, le attività ricreative tipiche dell'estate si sono alternate a momenti dedicati ai compiti, come si conviene anche nella normalità. Non è stata trascurata l'organizzazione delle vacanze dei bambini e delle famiglie.

I giovani hanno ripreso interesse per il destino delle loro preziose università locali e si sono impegnati nelle relative battaglie per garantire la riapertura dei corsi.

Molte attenzioni sono state rivolte agli anziani, normalmente molto reattivi, ma bisognosi di assistenza e di cure per la loro salute. In alcune situazioni le loro condizioni fisiche, o semplicemente le alte temperature nelle tende, ne hanno reso inevitabile il trasferimento.

È stato necessario sostenere le famiglie poiché il nuovo cambiamento tendeva a riattivare il dolore della separazione e del lutto.

In molte occasioni sono state provvidenziali le tende-ambulatorio, dedicate all'accoglienza e all'ascolto dei problemi psicologici e relazionali, poiché i setting improvvisati e di strada non sempre rappresentavano, con il passare del tempo, una sufficiente garanzia di qualità dell'intervento. Su queste esperienze si sono alimentate le riflessioni riguardo all'opportunità di individuare una struttura sociosanitaria adeguata a rispondere ai bisogni di salute della popolazione a lungo termine e, dal confronto su queste tematiche, è nato il progetto per la realizzazione dell'attuale PASS.



Servizi sanitari

Nei momenti di prima emergenza si sono evidenziati problemi fisici, psicologici e sociali nonché altre difficoltà riguardanti i bisogni primari della vita quotidiana.

I problemi fisici hanno trovato risposta nelle cure dei medici e all'occorrenza le vittime sono state trasferite in strutture ospedaliere.

Il disagio evidenziato dalla popolazione del campo era però generalmente di ordine psicologico. Nelle tende non erano ricoverate persone con ferite fisiche importanti, ma uomini e donne, bambini e anziani, con gravi lacerazioni esistenziali.

Il primo intervento degli psicologi della Federazione sulla comunità si è orientato a individuare l'insieme dei problemi pratici, di prima necessità, a cui era possibile dare una risposta in tempi brevi, per alleviare lo stress dei sopravvissuti. La rilevazione dei bisogni veniva condivisa con i colleghi degli altri campi per moltiplicare le possibilità di analisi e la ricaduta delle iniziative intraprese. Ciò che veniva organizzato per un campo, nel limite del possibile e della congruenza dei bisogni, si metteva a disposizione di tutti gli altri.

Ogni informazione sanitaria veniva inoltre segnalata e confrontata con la F2- Sanità del DPC per garantire la congruenza degli interventi.

Inclusione degli aspetti psicosociali nell'assistenza sanitaria di base e azioni di orientamento per gli operatori sanitari

Nella maggior parte delle tendopoli si è subito evidenziata una buona collaborazione tra le diverse figure professionali autoctone ed esterne, e in alcuni casi i clinici locali hanno manifestato sollievo nel poter contare sull'aiuto di personale qualificato per la gestione del disagio psichico. Nei campi di *Tempera*, gestiti dalla Protezione Civile di Cuneo, si è instaurata per esempio una buona sintonia tra i diversi sanitari; medici, psicologi, infermieri e farmacisti hanno collaborato con lo spirito di una *equipe* consumata, senza badare alle diverse appartenenze e provenienze e alla mancanza di conoscenza pregressa. Anche gli aiuti tecnici, assicurati dagli instancabili volontari della Protezione Civile, sono stati di fondamentale sostegno alle attività sanitarie.

Nella realtà di *Tempera*, per assicurare la massima tutela dei bisogni psicologici e sociali delle vittime, la Protezione Civile di Cuneo ha messo a disposizione degli psicologi tutti gli uomini e i mezzi necessari a favorire gli interventi di tipo psicosociale. L'integrazione tra le figure dei sanitari e dei responsabili della logistica ha rappresentato un volano positivo in tutte le situazioni. Il campo di *Tempera*, per esempio, ha offerto ospitalità agli psicologi provenienti da altre regioni e province e ciò ha favorito concretamente il lavoro avviato dai colleghi della Federazione nei loro campi di destinazione.

La fitta collaborazione tra il personale volontario ha permesso di attivare iniziative di larga ricaduta non solo per la realtà gestita da Cuneo ma anche per gli altri territori.

Un esempio significativo è rappresentato dalla risposta ai problemi inerenti la vista e l'udito.

Gli psicologi di *Psicologi per i Popoli - Cuneo* hanno individuato l'urgenza di fornire a molti abitanti del campo degli occhiali da vista in sostituzione di quelli persi durante la notte del terremoto. Subito si è attivata una rete interregionale di volontariato professionale per assicurare una risposta utile e

qualificata in breve tempo. Da un lato il Coordinamento Provinciale dei volontari della Protezione Civile di Cuneo segnalava alle autorità locali e al DPC la tipologia del bisogno per velocizzare l'apertura di un esercizio ottico che potesse servire le esigenze emergenti in tutti i campi. Dall'altra gli psicologi organizzavano una prima distribuzione di occhiali da vista, messi a disposizione dal Lyons di Cuneo. In poche ore anche i Lyons locali attivavano un servizio navetta per accompagnare le persone alle visite oculistiche presso il punto vendita aperto nel frattempo. Il servizio è stato messo a disposizione di tutta la popolazione e di tutti i campi interessati.

Contestualmente gli psicologi si sono attivati per rispondere anche alle persone che presentavano problemi di udito e avevano smarrito o rotto l'apparecchio acustico.

Interventi semplici e concreti come questi, definiti tecnicamente di tipo psicosociale, risolvono in parte l'origine dello stress, contenendo le paure e il disorientamento e provocando immediate reazioni di soddisfazione e fiducia in tutta la comunità. Un valore aggiunto è stata la capacità degli psicologi della Federazione di mettere in rete, ovvero a disposizione della popolazione degli altri campi, le iniziative che nascevano nelle diverse tendopoli, in modo da implementare la ricaduta positiva su tutti.

Un'altra importante forma di tutela della salute mentale durante l'emergenza è rappresentata dalla capacità dei soccorritori di *fare squadra* e di mantenere tra loro delle relazioni di collaborazione. Lo spirito benevolo e costruttivo delle relazioni tra i soccorritori ha un'evidente ricaduta positiva sulle vittime. Un compito importante degli psicologi, individuato dalle linee guida, consiste infatti nel favorire le buone relazioni fra tutti gli attori del contesto di emergenza. In questo modo si veicolano sentimenti di sicurezza e di ottimismo. Atteggiamenti di disponibilità e simpatia e, non ultimo, l'umorismo presidiano la salute mentale e promuovono benessere. È opportuno quindi che gli psicologi abbiano competenze di tipo sistemico e capacità di mediazione per svolgere un'attività qualificata sul versante relazionale e comunitario.

Nei primi giorni dopo il sisma, gli psicologi hanno visitato le zone intorno alle tendopoli per individuare le persone in difficoltà e offrire loro qualche forma di conforto. Inizialmente infatti molte persone hanno rifiutato l'ospitalità del campo per rimanere vicino alle loro case.

Ognuna di loro veniva raggiunta ogni giorno e sostenuta con l'offerta di cibo caldo e altri generi di prima necessità; con queste famiglie si avevano colloqui informali di conoscenza. Con l'andar del tempo, con maggiore sicurezza circa il destino delle loro case e grazie al buon livello relazionale instaurato con i volontari, le persone si sono gradualmente insediate nel campo.

Assicurare l'accesso alle cure delle persone con gravi problemi mentali

Un'attenzione particolare è stata posta alla diagnosi dei disturbi mentali. Molte sono state le reazioni a carattere patologico identificate nelle prime settimane. È stato necessario pertanto differenziare le manifestazioni a esordio

attuale, che rappresentavano una risposta al trauma, dalle patologie conclamate precedenti al sisma e di diversa gravità.

Come raccomandato dalle linee guida, si è cercato di evitare forme di patologizzazione e la somministrazione superflua di farmaci. Ogni situazione dubbia è stata gestita con il confronto fra operatori sanitari, inizialmente medici della Croce Rossa Italiana, e medici locali. Nelle situazioni di particolare gravità l'intervento è stato gestito in collaborazione con gli psichiatri locali.

I volontari psicologi della Federazione hanno avviato, dove possibile, una rete di relazioni con i medici di base competenti per territorio e con gli operatori dei servizi di salute mentale. A causa dei crolli e dell'inagibilità delle strutture ospedaliere, del Servizio psichiatrico di diagnosi e cura e delle residenze psichiatriche, molti pazienti sono confluiti disordinatamente nei campi.

Alcuni pazienti con patologie gravi, privi momentaneamente di una collocazione più idonea, sono stati ospitati e curati nelle tende – persone sole, disorientate e spaventate, che trovavano rifugio qui come in una tana, restie ad alimentarsi nell'affollamento delle mense e timorose di qualsiasi relazione sociale. Nelle tende gli psicologi della Federazione, con la collaborazione degli psicologi e degli psichiatri locali, hanno provveduto a offrire un'adeguata assistenza ai malati e alle loro famiglie. In alcune situazioni fortunate si sono identificati i terapeuti di riferimento e a loro si sono affidate le situazioni. In generale, in ambito psicologico sono stati effettuati interventi di diversa entità e tipologia, a seconda dei bisogni emergenti.

Le persone assistite sono state seguite principalmente presso le tende-ambulatorio o le tende-abitazione. Incontri non programmati avvenivano anche presso le altre strutture del campo o per la strada. È stato importante aiutare le persone a riappropriarsi delle loro capacità di gestione delle emozioni. In alcuni casi sono state insegnate tecniche di rilassamento e di gestione dell'ansia.

Per gli psicologi, momenti di lavoro particolarmente intensi erano solitamente il calare della sera e il risveglio mattutino, soprattutto in occasione di scosse di assestamento. Le ombre della notte stimolavano fantasie e sogni inquietanti che richiedevano di essere immediatamente considerati. Il più delle volte per avere una remissione del problema non era necessario trattare le manifestazioni emotive ma bastava dedicare tempo e attenzione ai racconti delle persone, all'espressione delle loro ansie e delle loro paure.

Fin dai primi momenti, così come prescrivono le linee guida, la popolazione del campo ha ricevuto informazioni riguardo alle reazioni normali ai traumi. Questi primi e semplici concetti hanno permesso a ciascuno di continuare a sentirsi adeguato alla vita, nonostante la percezione dei cedimenti psicologici. Spesso, inoltre, sulla base di queste conoscenze le persone si sono sostenute a vicenda, aiutandosi reciprocamente a superare il momento critico.

Una forma di aiuto psicologico tanto importante quanto inusuale è stata l'assistenza alle persone durante le visite nelle abitazioni organizzate dai vigili del fuoco. Gli abitanti della zona colpita dal sisma, organizzati in turni, venivano accompagnati nelle proprie case dai vigili del fuoco per verificare lo stato delle strutture e recuperare i beni personali di prima necessità o di particolare

valore affettivo. Spesso durante queste difficili operazioni erano presenti anche gli psicologi.

In alcuni casi si veniva scortati dentro casa e si collaborava a reperire gli effetti personali; in altri casi, quando le abitazioni erano pericolanti, entravano solo i vigili del fuoco o non si entrava affatto. Si comprende facilmente quale fosse lo spirito dei sopravvissuti nel vedere le condizioni delle loro case. Alcuni svenivano per il dolore e l'emozione. Anche in questo caso, l'affiancamento alle forze del soccorso ha permesso di sostenere le vittime e alleggerire le mansioni dei tecnici.

Un risalto particolare va dato al capillare lavoro svolto dagli psicologi presso l'obitorio e rivolto all'assistenza dei familiari delle vittime. Piccoli gruppi di psicologi si sono alternati nell'assistenza dei parenti che confluivano presso l'obitorio per riconoscere un congiunto estratto dalle macerie o per la sua vestizione.

Un intreccio di storie umane e di disperazione straziante.

Il ruolo dello psicologo in momenti di estremo dolore consiste nell'assicurare una presenza discreta e rispettosa, disponibile a raccogliere ogni bisogno, dal silenzio al pianto.

La semplicità e l'essenzialità dell'intervento psicologico non deve farlo apparire banale poiché solitamente esso è il punto di arrivo di una buona preparazione professionale.

Spesso nelle fasi concitate e drammatiche di un'emergenza nessuno pensa alla ricaduta psicologica degli eventi. Lo psicologo diventa in quei momenti delicati l'interprete dei bisogni e delle richieste dei sopravvissuti.

L'esperienza dei funerali di Stato o l'assistenza ai familiari delle vittime in obitorio rappresentano un buon esempio di intervento psicosociale, nello spirito indicato dalle linee guida.

Le persone che afferivano all'obitorio non presentavano infatti disturbi mentali ma semplici e drammatiche manifestazioni di dolore.

Nessuna di queste persone necessitava di cure farmacologiche, ma ognuna, seppur in modo diverso, aveva bisogno di assistenza psicologica.

Contenere i danni dovuti all'alcol e alle sostanze psicotrope

Fenomeni di dipendenza e di abuso di sostanze si sono osservati diffusamente fin dai primi momenti.

Gli psicologi hanno avviato nelle tendopoli momenti di informazione generale sull'inclinazione all'abuso di sostanze come risposta al trauma. Si sono date informazioni sulle forme adeguate di coping e sulle possibili alternative alle reazioni negative. Le persone più a rischio sono state coinvolte in attività motivanti e responsabilizzanti. In alcuni casi i pazienti sono stati ricondotti alle cure presso i servizi locali e sono stati assistiti con interventi di sostegno psicologico all'interno del campo. Talvolta è stato necessario tenere sotto controllo le riserve di vino nelle mense, per tutelare le persone con dipendenza da alcol, e, ovviamente, l'accesso ai farmaci è stato scrupolosamente monitorato dai farmacisti.

Interventi Educativi

Facilitare l'accesso dei bambini a strutture educative efficienti e sicure

Gli psicologi della Federazione hanno promosso la creazione di spazi per attività che potessero accogliere i bambini – luoghi sicuri, accoglienti, rassicuranti e contenitivi rispetto agli effetti del trauma. A onor del vero, nei primi giorni è stato difficile individuare un luogo idoneo al gioco; i bambini giocavano all'aperto, poiché le tendopoli erano in allestimento. In quel momento comunque l'aggregazione libera a scopo sportivo è stata importante poiché ha consentito di incanalare e sfogare forti emozioni che tendevano a paralizzare la quotidianità. L'organizzazione di semplici partite di calcio ha permesso, per esempio, di indirizzare in forme socialmente accettabili l'aggressività, la rabbia e la paura dilagate dopo l'evento calamitoso. Il gioco e lo sport possono ricondurre i ragazzi a un senso di normalità anche perché richiedono il rispetto delle regole e dell'*altro*.

In un secondo tempo è stato possibile individuare dei luoghi organizzati come ambienti educativi e pensare concretamente alla ripresa delle attività scolastiche. Le iniziative avviate dalle istituzioni locali e gli aiuti concreti provenienti dalle forze del volontariato hanno permesso la realizzazione di strutture adatte a ospitare le scuole e a riaprire le biblioteche.

Sono contestualmente state avviate iniziative di solidarietà e di raccolta fondi da destinare all'acquisizione di materiale scolastico.

Con la ripresa delle lezioni, gli psicologi hanno iniziato un capillare lavoro di sostegno rivolto sia alle famiglie, che, sfiduciate, tendevano a non portare i bambini a scuola, sia agli insegnanti, esausti per il peso degli eventi. Alcuni incontri sono stati indirizzati a formare gli educatori sulle tematiche del sostegno psicosociale. Anche i bambini, con i loro comportamenti critici hanno richiesto azioni di supporto. In ognuna di queste situazioni si è cercato di veicolare il sostegno ai minori attraverso le loro figure di riferimento. Gli psicologi hanno inoltre supervisionato le attività educative supportando tutto il personale coinvolto.

In alcune attività dedicate ai bambini sono stati coinvolti gli adolescenti del luogo, che potevano fornire un esempio di reazione adeguata rispetto alla ripresa dello studio. Alcuni giovani universitari, molto coinvolti nelle rivendicazioni sociali per mantenere attivi i corsi universitari presso il capoluogo, si sono resi disponibili a stimolare i bambini e le loro famiglie a riappropriarsi delle normali motivazioni all'istruzione. Con il loro contributo sono stati organizzati momenti di aggregazione e di animazione.

Formare gli educatori a fornire supporto psicosociale ai bambini

Gli insegnanti hanno manifestato una comprensibile difficoltà ad assumere le responsabilità educative intrinseche al loro ruolo.

Sicuramente la conoscenza delle persone maturata nei mesi all'interno dei campi e i sentimenti di fiducia e di affidamento sorti nelle relazioni tra i volontari e la popolazione hanno permesso di contenere i momenti critici.

Gli educatori – insegnanti e genitori – manifestavano perplessità circa la loro capacità di assumere completamente le responsabilità connesse al loro ruolo. In alcuni casi, per elaborare le insicurezze sono stati avviati gruppi di autoaiuto e di sostegno in modo da permettere agli insegnanti e ai genitori di acquisire le competenze necessarie a gestire le difficoltà dei bambini e delle più comuni manifestazioni emotive. Negli incontri venivano privilegiate indicazioni semplici e facilmente fruibili sull'individuazione della sofferenza del bambino e sulle possibilità di risposta (Caffo, Forresi e Scrimin, 2010).

Le informazioni sulle reazioni dei bambini hanno permesso di identificare insieme i comportamenti auspicabili e particolarmente adeguati per l'elaborazione delle paure.

Diffusione delle informazioni

La comunicazione ufficiale ed esterna è stata gestita dal DPC. Gli psicologi sono stati invece molto impegnati nella tutela della popolazione rispetto all'invasione dei media. Spesso hanno fatto da filtro tra la popolazione e i giornalisti proteggendo la dignità delle famiglie che, stanche e provate, sembrano non avere più la forza di opporsi alle richieste pressanti. Spesso è stato necessario intervenire impedendo le video riprese inopportune sui bambini.

Case history tratto dall'esperienza di Psicologi per i Popoli – Cuneo

Tra le diverse situazioni che Psicologi per i Popoli – Cuneo potrebbe portare a testimonianza del lavoro svolto seguendo le indicazioni delle linee guida internazionali, ho scelto di illustrare brevemente un intervento che ha coinvolto una buona parte della popolazione dei campi afferenti a Tempera e che rientra nell'ambito "mobilitazione e supporto comunitario".

Il progetto è stato pensato e avviato già durante il primo mese di soccorso ed è evoluto, passo dopo passo, durante tutte le fasi della nostra presenza sul territorio abruzzese, da aprile a ottobre del 2009.

L'intervento mirato al sostegno della comunità si fondava sull'attivazione di una rete sociale allargata finalizzata a coinvolgere le diverse generazioni alloggiate nelle tende e i volontari della Protezione Civile che si alternavano nei cambi settimanali. Si evidenziava anche la necessità di individuare un elemento di continuità e di stabilità nell'opera dei volontari, che compensasse le emozioni legate al distacco e alla separazione per l'avvicendamento settimanale.

In un primo momento si era pensato a un progetto di sostegno agli anziani ospitati nelle tende, in una situazione di forte disagio ambientale e relazionale. Nel campo, infatti, si sentiva molto la necessità di supportare gli anziani, che apparivano la fascia sociale più esposta alla faticosa quotidianità. La convi-

venza forzata nelle tende e l'uso dei servizi igienici e della mensa comportavano un forte disagio, dovuto soprattutto alla perdita improvvisa dell'autonomia personale. Prima del terremoto, gli anziani vivevano soli o presso il nucleo familiare di un figlio ma erano capaci di provvedere autonomamente alla propria persona e alla propria salute. In pochi secondi il terremoto aveva spazzato via la loro ritualità vitale. Alcuni anziani del campo erano ultranovantenni in buona salute e con grandi capacità di resilienza; tuttavia era evidente che la vita nelle tende, con le escursioni termiche a cui si era esposti, diventava difficile. Comprensibilmente i familiari, attenti e premurosi, si preoccupavano.

Una grande risorsa che gli anziani hanno mostrato di possedere, e che si è rivelata molto efficace per promuovere un atteggiamento di fiducia nella comunità, è la capacità di instaurare buone relazioni sociali e amicali con tutti, con un atteggiamento reattivo ma pacato e rassicurante, rivelatore del possesso di comprovate capacità di coping. Gli anziani sono stati sicuramente un grande esempio per tutti, e anche i soccorritori li trattavano con grande rispetto. Spesso si incontravano con le loro famiglie nello spazio riservato alla lavanderia. Sotto la tenda, mentre le donne facevano il bucato, si intrattenevano condividendo ricordi ed esperienze del passato.

Ma a fronte di questi momenti confortanti, troppe ore erano trascorse in solitudine, nello spazio angusto delle tende. Si è così pensato di valorizzare la loro presenza all'interno della comunità, consapevoli di tutelarne così la salute. Su un altro fronte, si stava lavorando con gli adolescenti e i giovani a un progetto di recupero della storia della comunità, sollecitandone gli interessi e le competenze acquisite nel corso degli studi. Visto il buon rapporto esistente tra nonni e nipoti, si è pensato di coinvolgerli in un lavoro comune di recupero storico fondato sulla narrazione dei nonni.

I giovani hanno proposto di raccogliere la storia del paese attraverso una serie di interviste agli anziani e di integrare in questo processo un altro progetto avviato sull'informatica. Infatti, alcuni giovani, insieme a un informatico della Protezione Civile di Cuneo e agli psicologi, stavano lavorando alla costruzione del sito del campo, al collegamento con i social network e alla raccolta della documentazione relativa al sisma. Come obiettivo principale ci si proponeva di rendere autonomi gli adolescenti nella gestione di questo spazio virtuale in cui attivare scambi relazionali con i giovani del mondo esterno.

La confluenza dei diversi progetti permetteva di valorizzare un recupero costruttivo, anche in termini psicologici, della storia del paese, dei diversi modelli di società fondati su valori condivisi, delle diverse generazioni, ognuna con un proprio bagaglio di esperienze. Appariva inoltre di grande valore in quel contesto promuovere uno scambio intenso dal punto di vista emotivo tra le diverse generazioni. Il lavoro si snodava tra la storia documentata dalla narrazione degli anziani e la documentazione virtuale.

Le testimonianze degli anziani videoregistrate venivano raccolte, elaborate, arricchite con documenti storici e inserite nel sito del campo. Il vero divertimento era poi radunarsi la sera davanti allo schermo per visionare i filmati, e i ragazzi mostravano ai loro nonni, e alla comunità che incuriosita si radunava tutto intorno, il lavoro svolto, raccogliendo suggerimenti e stimoli per migliorare l'opera. Questi incontri favorivano un forte senso di vicinanza e condivi-

sione e alimentavano la coesione della popolazione della comunità. L'entusiasmo che ha pervaso una buona parte dei cittadini ha stimolato le loro speranze e la progettualità della collettività, sostenendo le capacità di reazione e di gestione degli eventi. Gli adulti manifestavano soddisfazione per il percorso del progetto e favorivano lo svilupparsi delle attività.

In questo clima di interesse, un ospite del campo ha donato agli psicologi di Psicologi per i Popoli – Cuneo un libro sul paese scritto pochi anni prima dalla figlia, e da una amica e pubblicato dalla Proloco di Tempera: *Memorie di un fiume* (Masci, De Amicis e Scimia, 2000). Il testo è apparso fin da subito un importante documento storico locale, corredato di una testimonianza fotografica dei luoghi e delle persone significative nel paese. Esso ha stimolato fantasie e ipotesi sulla continuazione del progetto avviato nella comunità del campo.

Ci siamo quindi messi in contatto con un'autrice del libro, Nunzia Masci, per valutare una possibile evoluzione del progetto. Nunzia ha risposto con interesse e ha costituito a sua volta un altro gruppo di lavoro, formato da giovani qualificati a documentare il recupero delle esperienze legate al sisma. Il lavoro delle interviste è quindi stato ripreso con arte professionale. Le informazioni sono state riorganizzate con cura da Nunzia, che, con la sapienza della documentarista, ha messo in risalto gli aspetti importanti della comunità. Tutto il lavoro è stato videoregistrato e montato da professionisti.

Questo importante lavoro è successivamente sfociato in un libro, accompagnato da un CD, *Un'interminabile notte d'aprile. Memorie di un fiume*, a cura di Nunzia Masci, Alfonso De Amicis e Rosanna Scimmia, promosso dal Comitato Tempera Emergenza Terremoto, Associazione Tempera Onlus ed edito da Interbooks, Marcello Ferri Editore (Masci, De Amicis e Scimia, 2010)

Questa produzione ha rappresentato una grande e difficile sfida all'articolata realtà locale e ha interpretato concretamente il cuore pulsante della resilienza dei cittadini abruzzesi.

Psicologi per i Popoli – Federazione e tutte le associazioni territoriali ad essa afferenti si ispirano con queste azioni agli indirizzi espressi dalle IASC.

Donatella Galliano, *Psicologi per i Popoli - Cuneo*.

Bibliografia

- Amerio P. (2000), *Psicologia di comunità*, Il Mulino, Bologna.
Amerio P. (2004), *Problemi umani in comunità di massa*, Einaudi, Torino.
American Psychiatric Association (2002), *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali – DSM-IV*, Masson, Milano.
Axia V. (2006), *Emergenza e psicologia*, Il Mulino, Bologna.
Bachelard G. (1957), *La poetica dello spazio*, Edizioni Dedalo, Bari.
Baroni M. R. (1998), *Psicologia ambientale*, Il Mulino, Bologna.
Bion W.R. (1961), *Esperienze nei gruppi*, Armando editore, Roma.
Bion W.R. (1965), *Trasformazioni*, Armando editore, Roma.

- Bion W.R. (1972), *Apprendere dall'esperienza*, Armando editore, Roma.
- Bion W.R. (1981), *Il cambiamento catastrofico*, Loescher, Torino.
- Bonomi C. e Borgogno F. (a cura di) (2001), *La catastrofe e i suoi simboli*, Utet, Torino.
- Caffo E., Forresi B. e Scrimin S. (a cura di) (2010), *Primo soccorso psicologico. Guida all'operatività sul campo*, Edizioni Guerini e associati, Milano.
- Canali S. e Pani L. (2003), *Emozioni e malattia*, B. Mondadori, Milano.
- Castelletti P. (2006), *La psicologia dell'assistenza umanitaria*, "Rivista di psicologia dell'emergenza e dell'assistenza umanitaria", 1 (0), pp. 24-37.
- Castelletti P. (2008), *Le linee guida sulla salute mentale e il supporto psicosociale nei contesti di emergenza*, "Rivista di psicologia dell'emergenza e dell'assistenza umanitaria", 1 (2), pp. 4-19.
- Castelli C. e Sbattella F. (2003), *Psicologia dei disastri*, Carocci, Roma.
- Castelli C. e Sbattella F. (a cura di) (2008), *Psicologia dei cicli di vita*, Angeli, Milano.
- Cattarinussi B. e Pelanda C. (1981), *Disastro e azione umana. Introduzione multidisciplinare allo studio del comportamento sociale in ambienti estremi*, Angeli, Milano.
- Consiglio dell'Unione Europea (2010), *Progetto di conclusioni del Consiglio sul sostegno psicosociale in caso di emergenze e catastrofi*, alla pagina Internet <http://register.consilium.europa.eu/pdf/it/10/st09/st09838.it10.pdf>.
- Coppo P. (2003), *Tra psiche e culture. Elementi di etnopsichiatria*, Bollati Boringhieri, Torino.
- Day C. (2005), *La casa come luogo dell'anima*, Boroli Editore, Milano.
- De Piccoli N. (2007), *Individui e contesti in psicologia di comunità*, Unicopli, Milano.
- De Piccoli N. e Lavanco G. (a cura di) (2003), *Setting di comunità. Gli interventi psicologici nel sociale*, Unicopli, Milano.
- Del Corno F. e Lang M. (2002), *Modelli di colloquio in psicologia clinica*, Angeli, Milano.
- Dipartimento della Protezione Civile (1997), *Linee guida sull'organizzazione sanitaria in caso di catastrofi sociali*, DPC, Roma.
- Dipartimento della Protezione Civile (2000), *Manuale procedurale per la gestione della comunicazione in situazioni di crisi*, DPC, Roma.
- Direttiva del Presidente del Consiglio dei Ministri (2006), *Criteri di massima sugli interventi psicosociali da attuare nelle catastrofi*, Gazzetta Ufficiale n. 200.
- Douglas M. (1991), *Come percepiamo il pericolo*, Feltrinelli, Milano.
- Fanon F. (2000), *I dannati della terra*, Edizioni di comunità, Torino.
- Fenoglio M.T. (2001), *Stranieri in casa propria*, "Psicologia e psicologi", 1(3).
- Francescato D. e Ghirelli G. (2002), *Fondamenti di psicologia di comunità*, Carocci, Roma.
- Galliano D., Greco S., Rocchia S. e Serraino N. (2012), *L'Ambulatorio psicologico del Posto di Assistenza socio sanitario*, "Rivista di psicologia dell'emergenza e dell'assistenza umanitaria", 8, pp. 14-31.
- Gazzillo F. (2012), *I sabotatori interni. Il funzionamento delle organizzazioni patologiche di personalità*, Cortina, Milano.

- Giannantonio M. (a cura di) (2003), *Psicotraumatologia e psicologia dell'emergenza*, Ecomind, Salerno.
- Haynal A. (1987), *Dépression et créativité*, Césura, Lyon.
- Inter-Agency Standing Committee (2003), *Guidelines for HIV/AIDS Interventions in Emergency Settings*, alla pagina Internet www.humanitarianinfo.org/iasc/pageloader.aspx?page=content-products-products&productcatid=9.
- Inter-Agency Standing Committee (2005), *Guidelines for gender-based violence interventions in humanitarian settings: Focusing on prevention of and response to sexual violence in emergencies*, alla pagina Internet <http://www.unhcr.org/refworld/docid/439474c74.html>.
- Inter-Agency Standing Committee (2007), *Guidelines on mental health and psychosocial support in emergency settings*, alla pagina Internet www.humanitarianinfo.org/iasc/content/products/docs.
- Mangini E., Marigo R. e Marino L. (2001), *Il tempo della separazione. Un modello di psicoterapia psicoanalitica breve nell'istituzione*, LED, Milano.
- Mann J. (1973), *Time limited psychotherapy*, Harvard University Press, Cambridge.
- McKenzie K.R. (1988), *Recent development in brief psychotherapy*, "Hospital & community psychiatry", July, 39(7), pp. 742-52.
- Masci N., De Amicis A. e Scimia R. (2000), *Memorie di un fiume*, Pro-Loco Tempora, L'Aquila.
- Masci N., De Amicis A. e Scimia R. (a cura di) (2010), *Un'interminabile notte d'aprile. Memorie di un fiume*, Marcello Ferri Editore, L'Aquila.
- Nardone G. (2003), *Paura, panico, fobie*, Ponte alla Grazie, Firenze.
- Nathan T. (1996), *Principi di etnopsicoanalisi*, Bollati Boringhieri, Torino.
- Nathan T. (1990), *La follia degli altri*, Ponte alle Grazie, Firenze.
- O'Connell B. (2002), *La terapia centrata sulla soluzione. Guida alla terapia breve e al counselling*, Ecomind, Salerno.
- Parkes C.M., Stevenson-Hinde J. e Marris P. (1995), *L'attaccamento nel ciclo di vita*, Il pensiero scientifico, Roma.
- Regione Piemonte (2012), *Piano sanitario regionale 2012-2015*, alla pagina Internet http://www.regione.piemonte.it/pianosanitario/dwd/piano_socio_sanitario.pdf.
- PDM Task Force (2008), *Manuale Diagnostico Psicodinamico*, Cortina, Milano.
- Preti E., Prunas A. e Sarno A. (2009), *La SCL-90-R: una copertura quasi completa dello spettro psicopatologico*, Giunti O.S., Firenze.
- Remotti F. (2001), *Contro l'identità*, Laterza, Roma-Bari.
- Remotti F. (2009), *Noi, primitivi. Lo specchio dell'antropologia*, Bollati Boringhieri, Torino.
- Rholes W.S. e Simpson J.A. (a cura di) (2007), *Teoria e ricerca nell'adattamento adulto*, Cortina, Milano.
- Sbattella F., Tettamanzi M. e Iacchetti F. (2005), *Basic therapeutic actions: un modello di intervento psicosociale per le vittime dello tsunami*, Università Cattolica del Sacro Cuore, Milano.

- Sbattella F. e Pini E. (2004), *Strategie di coping ed emozioni nei soccorritori: una ricerca sulle reazioni di fronte a un bambino ferito*, "Nuove tendenze della psicologia", 2(1).
- Sbattella F. (1997), *Aiutare ad aiutarsi*, Unicopli, Milano.
- Sbattella F., Tettamanzi M. e Iacchetti F. (2005), *Basic therapeutic actions*, "Nuove tendenze della psicologia", 3, 3.
- Sbattella F. (2009), *Manuale di psicologia dell'emergenza*, Angeli, Milano.
- Stern D. N. (1987), *Il mondo interpersonale del bambino*, Bollati Boringhieri, Torino.
- Terranova Cecchini R. e Tognetti Bordogna M. (1992), *Migrare*, Franco Angeli, Milano.
- Young B.H., Julian D.F., Ruzek J.I., Friedman M.J. e Gusman F.D. (2002), *L'assistenza psicologica nelle emergenze. Manuale per operatori e organizzazioni nei disastri e nelle calamità*, Erickson, Trento.
- Zennaro A. (2011), *Lo sviluppo della psicopatologia. Fattori biologici, ambientali e relazionali*, Il Mulino, Bologna.
- Zuliani A. (2006), *Manuale di psicologia dell'Emergenza*, Maggioli, Sant'Arcangelo di Romagna.

Aspetti psicosociali nelle funzioni di base

Riassunto

Uno dei principali meriti delle Linee guida per la salute mentale e il supporto psicosociale in emergenza dell'Inter-Agency Standing Committee/IASC è stato quello di avere riconosciuto, nelle situazioni post-emergenziali come i campi d'accoglienza, una valenza psicosociale a tutte quelle funzioni considerate "meno nobili", le cosiddette funzioni di base. Sia negli aspetti riguardanti la nutrizione e la sicurezza nell'alimentazione, sia in quelli prettamente logistici di gestione dei luoghi di raccolta post-emergenza, sia per quanto riguarda gli aspetti riguardanti le forniture d'acqua e i servizi igienici, è insita, infatti, una serie di connotazioni psichiche dovute soprattutto alla situazione, in cui l'espletarsi di queste funzioni fondamentali presenta forzatamente molti aspetti di ampia condivisione sociale.

Questo articolo sarà focalizzato su tali funzioni di base, in particolare su come gli aspetti ad esse connessi sono emersi e sono stati affrontati all'interno dell'emergenza causata dal terremoto che ha colpito la città di L'Aquila il 6 Aprile 2009. Si cercherà, in questo senso, di compiere un excursus di tutte le funzioni di base evidenziate dalle linee guida IASC, analizzandone gli aspetti psicosociali implicati e fornendo una serie di indicazioni operative su come si possa tutelare la salute mentale delle persone anche su questi aspetti.

Parole chiave: IASC, emergenza, L'Aquila, psicosociale, funzioni di base.

Abstract

One of the principal merits of the Guidelines for mental health and psychosocial support in emergency settings issued by the Inter-Agency Standing Committee/IASC has been that of attributing a psychosocial value to all those functions considered "less noble" in such post-emergency settings as rescue camps – the so-called basic functions. Indeed, a series of psychic connotations is inherent in all the issues relating to nutrition and safety in alimentation, the logistic of the management of post-emergency gathering points, and the water supply and the hygienic services. These psychic connotations are mainly due to the special nature of the circumstance, in which such fundamental functions necessarily have many features of strong social sharing.

This article focuses on these basic functions. In particular, it discusses the way they appeared and have been dealt with during the emergency caused by the earthquake that hit L'Aquila on the 6th of April 2009. To this end, it will be attempted to do a review of all of the basic functions highlighted by the IASC's Guidelines, analyzing the psychosocial aspects implicated in them and offering a range of operative instructions on how to protect the mental health of people in these aspects as well as others.

Key words: IASC, emergency, L'Aquila, psychosocial, basic functions.

Un contesto emergenziale, come è stato quello seguito al sisma avvenuto a L'Aquila il 6 Aprile 2009, implica una notevole destrutturazione della vita sociale, un disfacimento del tessuto fisico, strutturale, e una notevole riduzione, se non un annullamento totale, di tutte quelle che sono le normali funzioni di base.

Parliamo di funzioni di base riferendoci a tutte quelle attività essenziali per una persona che normalmente vengono svolte nella tranquillità di una vita

quotidiana scandita dai ritmi delle routine; per esempio, mangiare, bere, cucinare, sistemare la casa, pulire, andare al bagno. Esse vengono date per scontate nella vita normale ma vengono messe in discussione nel post-emergenza.

Se pensiamo, infatti, a quella che è la vita normale nel mondo occidentale, viene quasi spontaneo dare per certe determinate funzioni, sembra impossibile pensare di non avere la possibilità di cucinare per i figli che tornano da scuola o pensare di non potersi fare un bagno caldo, di non potersi radere la mattina prima di andare al lavoro, di non potersi mettere a dormire la sera nell'intimità della propria camera da letto. Una catastrofe è proprio questo, in fondo: un evento che costringe a prendere in considerazione anche le cose che si danno per scontate, anzi, a metterle in primo piano. Nell'organizzazione dei soccorsi e della vita delle persone nei campi di accoglienza si è infatti, per prima cosa, ci si è adoperati affinché queste funzioni di base venissero garantite: si è provveduto a sistemare le persone in tende, per dare loro un posto dove ripararsi in attesa della notte; si sono approntate cucine da campo, per distribuire cibo e bevande; sono stati fatti arrivare dei bagni chimici, per garantire quel "minimo sindacale" di riservatezza nell'espletamento delle "funzioni meno nobili". Via via che è progredita la sistemazione del campo, si è anche proceduto al miglioramento delle strutture preposte a questi servizi; per esempio, i bagni chimici sono stati sostituiti da moduli bagno dotati anche di docce e lavandini per l'igiene quotidiana, i servizi mensa sono stati più organizzati e più dignitosi, e così via.

Tuttavia, un aspetto fondamentale che va sottolineato di queste funzioni, e che è stato accuratamente evidenziato anche nelle linee guida dell'Inter-Agency Standing Committee/IASC, è quello delle implicazioni psicosociali di ciascuna delle attività sopra descritte.

Le linee guida IASC sono un importante strumento teorico ma anche e soprattutto operativo per l'organizzazione di tutte quelle attività che, nell'ambito dell'emergenza, permettono di dare stabilità e supporto psicosociale, ed è molto importante che queste linee guida abbiano attribuito un ruolo di primo piano a tutte le funzioni di base che ho evidenziato sopra e che analizzerò in seguito in questo articolo. Sottolineandone l'importanza psicosociale, infatti, le linee guida IASC hanno contribuito a liberare queste funzioni dal loro "primato fisiologico", andando quindi a umanizzarle con lo sviluppo di orientamenti operativi a misura d'uomo che favoriscono il benessere psichico e sociale, il quale è strettamente correlato a ciascuna di queste attività.

Le funzioni di base nel contesto dell'emergenza sisma in Abruzzo

L'importanza di queste funzioni di base è stata messa in risalto già dal 1954, quando Maslow descrisse il suo modello gerarchico della "piramide dei bisogni". Come si può vedere dalla Figura 1 (vedi pagina seguente), secondo Maslow, i bisogni dell'uomo sono raggruppabili in cinque categorie disposte in modo gerarchico, in modo cioè che la soddisfazione dei bisogni di grado superiore non possa avvenire se prima non sono stati soddisfatti quelli gerarchicamente più in basso. Alla base della piramide, Maslow mette proprio i biso-

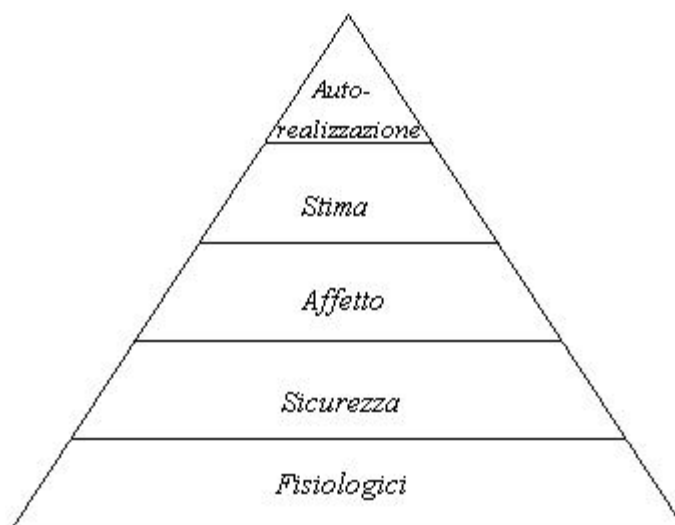


Figura 1. Piramide dei bisogni di Maslow.

gni fisiologici, cioè quei bisogni legati alla stessa sopravvivenza dell'individuo (mangiare, bere, ripararsi, ecc.). Tali bisogni sono i primi a dover essere soddisfatti e solamente quando essi vengono appagati in modo regolare sorgono nell'individuo le altre necessità di livello superiore.

Questo concetto è stato ripreso dalle linee guida IASC, in cui si afferma che, in un intervento di emergenza, è necessario un supporto multistrato, ossia un approccio di tipo piramidale in cui sono previsti quattro strati di intervento focalizzati sulle necessità delle persone e che sono, via via che si sale verso la cima della piramide, più complessi e specifici; di questi ultimi, ovviamente, necessita una fetta minore della popolazione (si veda la Figura 1 a pagina 11).

Il primo strato alla base di questo modello riguarda proprio i servizi di base e la sicurezza in quanto, secondo le linee di intervento IASC per l'emergenza, "il benessere delle persone va protetto attraverso lo stabilire (o il ristabilire) la sicurezza, attraverso un'adeguata modalità di gestione e attraverso lo stabilire (o il ristabilire) di tutti quei servizi rivolti ai bisogni fisici di base".

Nella Tabella 1 sono elencate le funzioni di base considerate nelle linee guida IASC. Per ognuna di esse cercherò di mettere in risalto il modo in cui, nelle situazioni delle varie tendopoli, le associazioni di protezione civile hanno cercato di affrontare la specifica emergenza e di garantire la possibilità di usu-

Funzioni Psicosociali in altri settori operativi.

1. Sicurezza Alimentare e Nutrizione
2. Pianificazione e Gestione dei Campi
3. Fornitura di Acqua e Servizi Igienici

Tabella 1. Funzioni di base.

fruire di strutture preposte al soddisfacimento del relativo bisogno. Cercherò, inoltre, di mettere in risalto l'importanza che la singola funzione riveste anche a livello psicosociale e il modo in cui le associazioni regionali di Psicologi per i Popoli hanno, nei vari campi, sostenuto e permesso che venisse garantito anche quel determinato livello nel rispetto delle direttive fornite dalle linee guida IASC.

Sicurezza alimentare e nutrizione

La prima funzione di base che le linee guida IASC considerano nella gestione di un'emergenza riguarda gli aspetti relativi al nutrimento e alla sicurezza alimentare – aspetti che, se ignorati, posso causare varie forme di patologie alimentari nel peggiore dei casi e, nel migliore, notevole disagio o stress (vedi Tabella 2).

L'integrazione forzata di molte persone, infatti, implica la compresenza di diverse culture, di vari modi di vita, che spesso fanno fatica a convivere. Que-

Include specifiche considerazioni sociali e psicologiche (un aiuto rivolto all'intera comunità che rispetti la dignità e tenga conto delle pratiche culturali e dei ruoli domestici) nell'approvvigionamento di cibo e nel supporto nutritivo.

Dominio. Sicurezza nel cibo e nella nutrizione

Fase. Intervento di base

Key-Actions

- Analisi dei fattori psicosociali connessi alla sicurezza alimentare e alla distribuzione del cibo
- Facilitare la partecipazione comunitaria alla pianificazione, distribuzione e al follow up dell'aiuto alimentare
- Attivare l'aiuto alimentare con modalità culturalmente appropriate nel rispetto dell'identità e della dignità dei rappresentanti comunitari

Tabella 2. Sicurezza alimentare e nutrizione.

sto riguarda sia una convivenza tra persone appartenenti a contesti culturali diversi (paese o città) ma anche, e soprattutto, a persone appartenenti a etnie diverse (macedoni, albanesi, cinesi, ecc.). Tali differenze si esplicitano in ogni aspetto della vita quotidiana, compreso ovviamente anche quello della nutrizione.

Il cibo è probabilmente uno dei fattori culturali più importanti che una società esprime: ogni popolo ha dei piatti tipici, degli specifici costumi culinari e delle particolari abitudini alimentari; in ogni famiglia ci sono orari, ritmi, gusti individuali e modalità di organizzazione del pranzo e della cena caratte-

ristici. A ciò va aggiunta anche un'altra considerazione: il pranzo e la cena sono un momento di intimità per la famiglia. L'immagine della famiglia riunita a cena è, probabilmente, una delle rappresentazioni tipiche della coesione di un nucleo familiare. Il pasto è, infatti, uno dei momenti principali in cui una famiglia si ritrova; in quel momento i familiari possono parlare, confrontarsi, condividere esperienze; insomma, è l'occasione in cui una famiglia può avere un po' di intimità, un po' di tempo per sé stessa.

Tutto questo, chiaramente, si è dovuto necessariamente riorganizzare in modo più o meno drastico nel periodo della tendopoli, in quanto le persone sono state "costrette" a sottostare a orari prestabiliti, piatti uguali per tutti e condivisione dello spazio mensa con altre decine di persone, spesso estranee.

Nella quasi totalità delle tendopoli la funzione alimentare era garantita dal servizio mensa prestato da diverse associazioni, inserite nell'ottica della Protezione Civile, e il pasto avveniva a ore prestabilite, in tendoni mensa dove afferravano gli sfollati che usufruivano di questo servizio. Questa modalità di gestione emergenziale, che chiaramente ha lo scopo di garantire la fruizione della funzione alimentare a una popolazione che, in alcune realtà, poteva arrivare a diverse centinaia di unità, comporta tuttavia una serie di disagi legati alla distribuzione del cibo, al coinvolgimento comunitario e alla cultura alimentare specifica del territorio; una compromissione, quindi, di quegli aspetti legati al cibo e alla nutrizione già evidenziati.

Analisi dei fattori psicosociali connessi alla sicurezza alimentare e alla distribuzione del cibo

Un primo passo da compiere, considerando l'importanza che un'alimentazione corretta riveste a livello sia fisico che psicosociale, è quello di tenere sotto costante monitoraggio tutto quello che concerne questa funzione.

Un'accurata analisi dei fattori psicosociali connessi alla sicurezza alimentare e alla distribuzione del cibo è infatti un'operazione molto importante in quanto in una situazione come quella di una tendopoli, in cui la distribuzione del cibo è rivolta a una grande quantità di persone con tempi stretti e forniture alimentari a volte non all'altezza delle richieste, il rischio di malattie alimentari può essere molto elevato. Molto spesso, inoltre, la mole di lavoro imposta alle associazioni che si occupano della gestione delle mense fa sì che si tralascino le esigenze del singolo soggetto – aspetti riguardanti, per esempio, diete particolari richieste da alcune patologie e allergie, come la celiachia, il diabete o varie forme di intolleranze alimentari, o anche, molto più semplicemente, aspetti relativi agli usi consueti di gestione della cucina precedenti al sisma. Le persone, infatti, come abbiamo detto, erano abituate prima del terremoto a gestire i loro orari e la loro dieta in maniera autonoma, con i propri ritmi e le proprie abitudini; invece dopo il sisma devono "sottostare" a orari comuni e cibi standard e uguali per tutti, senza avere la possibilità di decidere. Attività di monitoraggio in questo senso si sono rivelate molto importanti anche in considerazione dell'alimentazione dei bambini. C'è da considerare, infatti, che l'evento sismico è avvenuto alle porte della Pasqua; così, tra la miriade di aiuti proveniente da ogni parte d'Italia c'erano anche molti dolciumi tipici di questo periodo, che hanno rischiato di causare,

e a volte, di fatto, hanno causato, patologie dentarie o, comunque, dovute a un uso eccessivo di dolci.

Facilitare la partecipazione comunitaria alla pianificazione, alla distribuzione e al follow-up dell'aiuto alimentare

Abbiamo detto che nella gestione del servizio mensa all'interno delle tendopoli erano coinvolte varie associazioni afferenti alla Protezione Civile che si occupavano di tutti gli aspetti riguardanti l'alimentazione (dalla preparazione dei pasti al "servizio", fino alla pulizia della mensa stessa). Tali associazioni avevano dunque determinati doveri nei confronti degli ospiti delle tendopoli e una serie di responsabilità relative al servizio. A questo proposito, si pensi, per esempio, ai possibili rischi a livello igienico per la salute e l'incolumità degli ospiti o a tutte le possibili ripercussioni a livello giuridico-legale che si potrebbero avere nel caso in cui un ospite presentasse una qualche forma di patologia alimentare o si ferisse collaborando alla gestione mensa o alla preparazione cibi.

Alla luce di tali considerazioni, piuttosto spesso i responsabili del servizio mensa hanno avuto una certa ritrosia nel coinvolgere le persone nelle loro attività, e questo ha condotto a una sorta di "accudimento" eccessivo nei confronti della popolazione, che veniva esautorata rispetto a compiti che in una situazione normale avrebbe svolto tutti i giorni: fare da mangiare, preparare la tavola, lavare piatti e stoviglie, eccetera.

La ricerca della partecipazione comunitaria come supporto alla gestione della mensa, alla preparazione dei pasti e, in seguito, alla scelta dei piatti da servire si è rivelata in molti casi una necessità fondamentale e un'operazione di primaria importanza. Attraverso piccoli atti di collaborazione – come pulire e preparare le tavole per i pasti, pulire i vassoi, servire il cibo, dividere i rifiuti per la raccolta differenziata, ripulire tavoli e mense – le persone hanno avuto la possibilità di riattivarsi e recuperare almeno in parte la loro quotidianità, e quindi di non cedere a un'ottica assistenzialista e lassista, disinteressandosi quasi completamente della loro vita di ogni giorno e delle proprie routine, delegandole alle associazioni incaricate della gestione della mensa.

Attivare l'aiuto alimentare con modalità culturalmente appropriate nel rispetto dell'identità e della dignità dei rappresentanti comunitari

Un altro fattore importante da considerare, nell'ambito degli aspetti psicosociali connessi all'alimentazione, riguarda la multiculturalità. La situazione specifica dei campi formati a seguito dell'emergenza sismica abruzzese è stata contraddistinta infatti da un'integrazione culturale a più livelli. Un livello era costituito dagli appartenenti alle varie associazioni preposte alla gestione delle mense, che, provenendo dalle più svariate parti d'Italia, portavano con sé i loro cibi, le loro ricette e le loro usanze culinarie. Un secondo livello riguardava i destinatari del servizio, che avevano altri cibi, altre ricette e altre usanze culina-

rie. Al terzo livello, c'erano tutte le persone di altra etnia immigrate a L'Aquila nel corso del tempo, che, pur vivendo da molto tempo nella società aquilana, non sempre dimostravano di essersi integrate e, quasi sempre, continuavano ad essere attaccate a cibi, ricette e usanze tipiche della loro nazione di origine, anche per l'esigenza di rispettare specifiche usanze religiose.

Integrazioni di questo tipo sono di difficile gestione perché ogni parte in causa ha delle esigenze e delle richieste diverse, e il rischio di malcontento è elevato. Uno dei casi più eclatanti, a questo proposito, è stato quello della componente musulmana che, come è ben noto, ha usanze religiose che prevedono l'astensione dal consumo di alimenti derivanti dal maiale e bevande alcoliche. Questo ha comportato la necessità di adattare i menù proposti dalle associazioni. Inoltre, durante il periodo del Ramadan anche le modalità e i tempi di distribuzione del cibo hanno dovuto tenere conto delle necessità dei membri della comunità musulmana che lo rispettavano, senza però, al contempo, scontentare gli ospiti di altra fede.

Pianificazione e gestione dei campi

L'organizzazione emergenziale della vita nei siti di accoglienza è un fattore di estrema importanza anche, e soprattutto, a livello psicosociale. Il nuovo sito, infatti, sarà il luogo dove gli sfollati vivranno per un periodo di tempo più o meno lungo, il luogo che chiameranno "casa" per mesi (Tabella 3).

La vita forzata nel campo, infatti, ha portato a una riorganizzazione comunitaria pressoché totale. Le famiglie hanno perso la casa e, con essa, la loro privacy. Il loro menage si è ricostituito dentro una tenda, senza quasi più intimità. A volte hanno dovuto condividere il loro spazio vitale anche con altre persone – nel migliore dei casi parenti o amici, talvolta anche estranei. Al di fuori della tenda non c'è più un quartiere, con il vicinato, gli amici e i posti dove andare nel tempo libero; ci sono altre tende, con persone sconosciute che ora diventano il nuovo vicinato, il nuovo quartiere, le nuove persone con cui condividere il tempo libero e i nuovi posti dove andare.

Include specifiche considerazioni sociali e psicologiche (un'assistenza sicura e dignitosa che sia culturalmente e socialmente appropriata) nella pianificazione del sito e nel approntamento di rifugi, in modo coordinato.

Dominio. Pianificazione del sito e dei rifugi

Fase. Intervento di base

Key-Actions

- Utilizzo di un approccio partecipativo nella valutazione, pianificazione e allestimento dei campi
- Contribuire alla sicurezza, alla privacy e alla mediazione dei conflitti all'interno dei campi attraverso il supporto psicosociale
- Progettare ed utilizzare un efficace sistema di documentazione e registrazione

Tabella 3. Pianificazione e gestione dei campi.

Utilizzo di un approccio partecipativo nella valutazione, nella pianificazione e nell'allestimento dei campi

Nell'organizzazione di questi siti va tenuto conto, quindi, di tutti gli aspetti sopra citati. Vanno presi in considerazione i desideri e le esigenze delle persone, che devono essere coinvolte nell'organizzazione degli spazi e nelle decisioni riguardo alle strutture da inserire nel campo.

L'intervento dell'associazione Psicologi per i Popoli in questa specifica azione di pianificazione e gestione dei campi ha avuto come scopo principale quello di fungere da interfaccia tra le associazioni di protezione civile che gestivano i singoli siti e la popolazione. In questo senso, si è cercato di assumere un approccio partecipativo riguardo alla popolazione cercando di coinvolgere le persone, raccogliendone i pareri, le necessità e le esigenze riguardo alla disposizione di specifiche strutture, di servizi come le lavanderie e gli spazi per gli animali, di spazi ad uso comune e di orari e ritmi del campo.

In alcune situazioni questo intervento è stato facilitato dalla nascita spontanea, tra la popolazione, di un gruppo di rappresentanti o di "capi campo informali", figure carismatiche che avevano il compito di riferire ai "capi campo ufficiali" delle protezioni civili le richieste e le esigenze della popolazione. In alcune realtà, addirittura, questi gruppi si sono costituiti in veri e propri comitati di residenti. In questi casi il compito di Psicologi per i Popoli è stato semplicemente quello di fare da tramite tra i rappresentanti formali e quelli informali nei campi.

Quando invece questi rappresentanti della popolazione non sono emersi, il compito è stato più complesso: in un primo momento abbiamo fatto da interfaccia, raccogliendo i desiderata in modo più capillare ed epidermico; successivamente, abbiamo cercato di stimolare la popolazione affinché prendesse in mano le redini della situazione e si rapportasse in modo diretto con la Protezione Civile.

Contribuire alla sicurezza, alla privacy e alla mediazione dei conflitti all'interno dei campi attraverso il supporto psicosociale

Come è già stato accennato sopra, la vita nel campo ha portato a una "convivenza forzata" di un gran numero persone che il più delle volte avevano culture e abitudini diverse e in qualche caso appartenevano perfino a etnie differenti. Una circostanza del genere conduce facilmente a situazioni di nervosismo e rabbia che possono, a loro volta, portare a uno stato di tensione con episodi di difficile gestione.

Un contesto come quello di una tendopoli ha, infatti, delle ripercussioni notevoli su svariati aspetti della vita di comunità; a cominciare dalla perdita quasi completa della privacy, della famiglia e del singolo, per proseguire poi con gli screzi e le intolleranze già presenti in un contesto tipico di una piccola città o di piccoli paesi, che si replicano e, a volte, si esacerbano in questa riorganizzazione comunitaria precaria in cui realtà differenti si trovano necessa-

riamente e con difficoltà in rapporto tra di loro.

L'intervento delle associazioni di Psicologi per i Popoli nel contesto di emergenza, in questo caso, si è orientato in particolare su due versanti. Il primo ha avuto come fine ultimo quello di fornire un supporto alle protezioni civili nelle difficili decisioni riguardanti l'organizzazione delle strutture del campo, in modo da renderle sicure per il benessere delle persone e, soprattutto, impedire lo scatenarsi o l'acuirsi di contrasti nella comunità.

Il secondo versante, invece, ha riguardato la gestione dei conflitti e dei contrasti che si sono verificati tra gli abitanti del campo. Contrasti tra le singole persone, vecchie ruggini familiari e contrapposizioni derivanti da diversità etniche e culturali, hanno rischiato spesso di degenerare fino a episodi di liti, risse e affini. Per tamponare queste situazioni sono stati quindi realizzati degli incontri di gruppo, dei colloqui individuali informali e delle attività di mediazione tra i gruppi in contrasto all'interno del campo.

Progettare e utilizzare un efficace sistema di documentazione e registrazione

Documentare e registrare i fatti e gli eventi avvenuti nei campi, a livello psicosociale, può rivestire un'importanza notevole sia per gli ospiti del campo, sia, e soprattutto, per le associazioni di protezione civile coinvolte nella gestione e nella pianificazione del campo.

Una documentazione di questo tipo, infatti, permette di avere una traccia tangibile del tempo che è passato, di come il campo si è trasformato con la sistemazione di nuove strutture e di nuovi servizi, di come le persone stesse si sono evolute affrontando la situazione di questa nuova convivenza.

Come si è detto, anche la Protezione Civile ha avuto bisogno di registrare l'attività del campo assolvendo una duplice funzione. Da un lato c'era l'esigenza molto pratica di tenere traccia del continuum evolutivo del campo, registrando arrivi, partenze, situazioni sanitarie dei singoli ospiti, caratteristiche delle persone e delle famiglie presenti nel campo, eventi accaduti, eccetera, così da poter organizzare e pianificare gli eventi e le strutture in modo funzionale. Le informazioni sulla situazione sanitaria, lavorativa e familiare dei residenti si sono dimostrate molto utili nel momento in cui bisognava assegnare agli ospiti del campo una sistemazione definitiva all'esterno dello stesso, in prossimità della sua chiusura. Dall'altro lato, l'organizzazione e la gestione del campo, come abbiamo detto sopra, ha visto il coinvolgimento, più o meno partecipe e più o meno attivo, della popolazione stessa, con l'emergere di referenti e capi campo informali o, più semplicemente, con riunioni e assemblee di interfacciamento con le protezioni civili. Il fatto redigere un verbale, un diario o qualsiasi altra forma di documentazione di questi incontri ha permesso di attivare e coinvolgere la popolazione, rendendola responsabile delle decisioni prese nella gestione del proprio campo – ossia la nuova casa e il nuovo quartiere.



Fornitura di acqua e servizi igienici

Il rischio igienico-sanitario quando si concentra nello stesso posto un gran numero di persone è ovviamente elevato (vedi Tabella 4).

I campi sono stati costruiti su terreni adattati in modo rapido alla situazione emergenziale. Le tende sono state piazzate su campi di erba e terra. I servizi igienici erano costituiti da bagni chimici e moduli doccia, la pulizia e l'igiene dei quali erano garantite con molta difficoltà, anche in considerazione del gran numero di persone che ne usufruivano e dello stato di continua concitazione in cui ci si trova, essendo la tendopoli in via di costruzione e continuo adattamento. È ovvio che un contesto simile è un terreno estremamente fertile per lo sviluppo di malattie e il proliferare di parassiti quali pulci e pidocchi, soprattutto in luoghi di aggregazione come tende scuola o ludoteche.

Oltre al fattore esclusivamente sanitario, c'è da considerare l'aspetto, altrettanto importante, del vissuto personale relativo a questa ristrutturazione delle abitudini sanitarie e igieniche. Prima della vita nel campo, infatti, la stanza da bagno era il posto di maggiore privacy; lì l'intimità di una famiglia diventava l'intimità del singolo. Una persona qualunque chiusa nel suo bagno pote-

Include specifiche considerazioni sociali (accesso sicuro e culturalmente appropriato per tutti in maniera dignitosa) nell'approvvigionamento di acqua e nell'approntamento di servizi igienici.

Dominio. *Acqua e servizi igienici*

Fase. *Intervento di base*

Key-Actions

- Includere aspetti psicosociali nella fornitura di acqua e di servizi igienici e nella promozione dell'igiene personale
- Promuovere l'igiene personale a livello di comunità
- Facilitare il monitoraggio e il feedback comunitario sulla fornitura di acqua e servizi igienici

Tabella 4. Fornitura di acqua e servizi igienici.

va, infatti, espletare le sue normali routine di pulizia e i suoi bisogni in tranquillità e nella riservatezza più completa. Nel campo, doveva invece condividere questo luogo con altri, perdendo così la consueta intimità; doveva radersi e lavarsi a stretto contatto con altre persone, molto spesso estranee; era costretta a uscire dalla sua tenda con il rotolo di carta igienica in mano.

Per quanto riguarda invece la fornitura d'acqua, vanno considerati in particolare due problematiche emerse nella vita del campo. La prima riguarda il rischio igienico-sanitario connesso al fatto che gli impianti idraulici, essendo fatti "in emergenza", potevano non essere funzionali all'esigenza idrica: talvol-

ta c'erano sbalzi termici, altre volte mancava l'acqua calda o veniva perfino sospesa la fornitura, oppure venivano a crearsi ristagni in cui proliferava la legionella, e così via. La seconda riguarda l'idratazione degli ospiti del campo: la vita nella tendopoli, infatti, si è sviluppata per la maggior parte del tempo durante i torridi mesi estivi, quando il rischio di mancamenti, insolazioni o disidratazioni era elevatissimo, soprattutto per la fascia di persone anziane.

Sotto questo profilo, il supporto delle associazioni di Psicologi per i Popoli si è sviluppato fondamentalmente lungo tre direttrici. La prima è consistita, chiaramente, in un percorso riferito alle singole persone, con la funzione di portare a una maggiore consapevolezza della precarietà della situazione nella tendopoli e dei rischi che questa comportava per il singolo e l'intera comunità. Avere più consapevolezza voleva dire anche avere un maggiore senso di responsabilità e una partecipazione più attiva all'interno della tendopoli, compreso ciò che concerne l'igiene, il che si concretizzava, per esempio, nel tenere puliti i bagni di uso pubblico.

La seconda direttrice ha riguardato la promozione dell'igiene personale a livello di comunità, ossia il coinvolgimento della popolazione in percorsi formativi e informativi su larga scala. Per esempio, sono state preparate delle conferenze sulla situazione dell'anziano nel campo e su tutti i rischi a cui egli è sottoposto nonché delle lezioni scolastiche sull'importanza di una corretta igiene e sui rischi sanitari incombenti nel campo.

Un'altra direttrice importante dell'intervento delle associazioni di Psicologi per i Popoli ha riguardato tutte quelle attività di monitoraggio e di feedback relative a ciò che concerne le condizioni igienico-sanitarie. Esse si sono concretizzate sia in un monitoraggio informale nei quotidiani giri tra le tende, sia, e soprattutto, in incontri con i referenti della popolazione e/o con i responsabili della Protezione Civile, in cui sono stati affrontate questioni connesse alla gestione del campo, al coinvolgimento delle persone nelle attività di pulizia delle tende e dei moduli bagno e alla mediazione di conflitti venutisi a creare in tale ambito – per esempio, nella gestione dei turni per le pulizie dei bagni.

Fabio Rossi, Psicologi per i Popoli - Abruzzo.

Bibliografia

Active Learning Network for Accountability and Performance in Humanitarian Action/ALNAP (2003), *Participatory habitat and shelter programmes*. In ALNAP, *Participation by crisis-affected populations in humanitarian action: A handbook for practitioners*, alla pagina Internet www.alnap.org/pool/files/g_s_handbook.pdf, pp. 295-314.

Inter-Agency Standing Committee (2007), *Guidelines on mental health and psychosocial support in emergency settings*, alla pagina Internet www.humanitarianinfo.org/iasc/downloadDoc.aspx?docID=4445

Inter-Agency Standing Committee (2001), *Handbook for the protection of internally displaced persons*, alla pagina Internet www.unhcr.org/refworld/

docid/4790cbc02.html.

Maslow A. H. (1954), *Motivazione e personalità*, Armando Editore, Milano.

American Psychiatric Association (2007), *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali – DSM-IV-TR*, Masson, Milano.

Axia V. (2006), *Emergenza e psicologia*, Il Mulino, Bologna.

Galli P. e Camassi R. (a cura di) (2009), *Rapporto sugli effetti del terremoto aquilano del 6 Aprile 2009*, alla pagina Internet www.mi.ingv.it/eq/090406/quest.html.

Groteberg E.H. (1996), *A guide to promoting resilience in children: Strengthening the human spirit*, The Bernard van Leer Foundation.

Pietrantoni L. e Prati G. (2009), *Psicologia dell'emergenza*, Il Mulino, Bologna.

Sbattella F. (2009), *Manuale di psicologia dell'emergenza*, Franco Angeli, Milano.

Young B. H., Ford J. D., Ruzak J. I., Friedman M. J. e Gusman F. D. (2002), *L'assistenza psicologica nelle emergenze*, Erickson, Trento.

**Norme per gli autori della rivista
“Psicologia dell’Emergenza e dell’Assistenza Umanitaria”**

1. La rivista “Psicologia dell’emergenza e dell’assistenza umanitaria” è semestrale e prevede due uscite annue (gennaio e settembre) per complessive duecento pagine (ogni numero consta di cinque articoli per un totale di circa cento pagine).
2. Vengono considerati pubblicabili gli articoli che trattano temi connessi alle emergenze nazionali, alle emergenze internazionali e ai diritti umani; rientrano tra le tipologie di articoli pubblicabili: a) ricerche; b) review; c) case history; d) esperienze pratiche; e) contributi teorici; f) riflessioni e rielaborazioni metodologiche.
3. Gli articoli proposti per la pubblicazione dovranno pervenire in formato word o rtf all’indirizzo e-mail marilena.tettamanzi73@gmail.com.
4. Gli autori avranno cura di fornire un indirizzo di posta elettronica e un recapito telefonico per eventuali comunicazioni.
5. Gli articoli proposti per la pubblicazione verranno visionati dalla direzione, la quale si riserva di richiedere agli autori stessi modifiche e revisioni qualora i lavori non rispondessero alle caratteristiche descritte.
6. Gli articoli proposti e revisionati verranno pubblicati sul primo numero della rivista disponibile in termini temporali.

Preparazione del manoscritto

1. Riportare *in prima pagina*: autore, ente di appartenenza e titolo dell’articolo;
2. nella prima riga, a sinistra, si dovrà indicare il nome e il cognome dell’autore per esteso in corsivo, seguiti da una virgola, l’ente di appartenenza e un a capo;
3. il titolo dell’articolo dovrà essere scritto in grassetto;
4. l’articolo deve essere preceduto da un riassunto in italiano e in inglese di circa 200 parole e 5 parole chiave (in italiano e in inglese);
5. la lunghezza massima di ciascun articolo deve essere compresa tra le 15 e le 20 cartelle (circa 8.000/12.000 parole);
6. usare carattere Times New Romans, corpo 12, interlinea singola, allineamento giustificato;
7. usare il tasto Enter (a capo) soltanto per cambiare paragrafo;
8. non usare comandi di sillabazione o comandi macro;
9. non usare doppi spazi per allineare o fare rientrare il testo;
10. usare i seguenti stili:
 - titolo delle sezioni (paragrafi) principali: **neretto**
 - titolo sottosezioni (sottoparagrafi): *corsivo*
 - titolo sezioni di ordine inferiore: tondo
11. non sottolineare mai; per evidenziare parti di testo, utilizzare eventualmente il corsivo, non il neretto;
12. non numerare le sezioni;

13. negli elenchi, usare la seguente gerarchia: numeri seguiti da un punto: 1.; lettere con la parentesi chiusa: a); lineette medie: –;
14. dopo i segni di punteggiatura lasciare sempre uno spazio; non si devono invece mettere spazi prima dei segni di interpunzione (punti, virgole, due punti, punti esclamativi e di domanda), dopo la parentesi aperta e prima della parentesi chiusa;
15. nel citare i passi direttamente da un altro autor, e porre all'inizio e alla fine della citazione le virgolette aperte e chiuse “...” e, nel caso di omissioni all'interno di un brano, indicarle con [...];
16. nelle citazioni di autori nel corpo del testo:
 - se si cita un autore: subito dopo, tra parentesi, inserire l'anno, una virgola e l'eventuale indicazione della pagina;
 - se si cita una teoria o una metodologia: subito dopo in parentesi inserire l'autore seguito da una virgola con l'indicazione dell'anno e, dopo una seconda virgola, eventualmente le pagine o l'indicazione del capitolo;
 - se si citano più autori: in parentesi, dopo l'indicazione del cognome del primo autore mettere una virgola e i cognomi degli altri autori; prima dell'ultimo, usare la congiunzione “e” senza farla precedere dalla virgola; dopo il cognome dell'ultimo autore, inserire una virgola seguita dall'indicazione dell'anno e dopo un'altra virgola indicare la/e pagina/e preceduta da p. o pp.;
17. per i riferimenti bibliografici interni al corpo del testo e la bibliografia finale, se gli autori citati sono più di tre, è preferibile indicare solo il cognome del primo e farlo seguire da et al.;
18. è preferibile usare “si veda” o “vedi” piuttosto che “cfr.” o “vd.”;
19. nel corpo del testo è da evitare l'uso indiscriminato o enfatico del maiuscolo e delle virgolette; eventualmente utilizzare il corsivo. È da evitare in ogni caso l'uso del sottolineato e del neretto;
20. inviare le figure in un file a parte e indicare nel testo dove inserirle;
21. la bibliografia finale va riportata in ordine alfabetico e secondo quanto indicato nei seguenti esempi:

Articolo su rivista:

Castelletti P. (2006), *La metafora della resilienza: dalla psicologia clinica alla psicologia dell'assistenza umanitaria e della cooperazione*, “Nuove tendenze della psicologia”, 4(2), pp. 211-233.

Libro:

Sbattella F. (2009), *Manuale di psicologia dell'emergenza*, Franco Angeli, Milano.

Capitolo in libro:

Grotberg, E.H. (2001), *The international resilience research project*. In A.L. Communian e U. Gielen (a cura di), *International perspectives on human development*, Pabst Science Publishers, Miami, pp. 379-399.

22. le opere citate nel testo devono essere inserite nella bibliografia finale e la bibliografia finale dovrebbe contenere solo opere citate nel testo.