



ISSN 2280-9120



Rivista di

Psicologia dell'Emergenza e dell'Assistenza Umanitaria

SEMESTRALE DELLA FEDERAZIONE PSICOLOGI PER I POPOLI

Numero 10, 2013



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.