

La tutela della salute dei minori in situazioni critiche

Riassunto

L'articolo affronta il tema della tutela dei diritti dei minori in materia di salute. Vengono esplorati i fattori che nei contesti di emergenza possono rappresentare delle minacce per la salute dei bambini e gli interventi messi in atto per tutelarla. Oltre a evidenziare i complessi bisogni che caratterizzano queste situazioni, presenteremo alcune strategie utili a promuovere la salute e il benessere psicologico dei bambini e delle loro famiglie. In particolare, discuteremo l'ipotesi che tutelare la salute dei minori, nelle situazioni critiche che seguono eventi disastrosi di origine antropica o naturale, significhi superare la dicotomia tra salute fisica e mentale, per giungere al più ampio concetto di benessere fisico-mentale.

Parole chiave: minori, salute, emergenza, benessere, tutela.

Abstract

The present article discusses the issue of children health rights defence. Threats to children health and strategies to protect them in emergency contexts are explored. In addition to highlighting the complex needs which characterize these situation, we expose some useful strategies to promote psychological and physical well-being in children and their families. Specifically, we discuss the hypothesis that protecting children health after natural or man-made disasters means overcoming the dichotomy between physical and mental well-being, getting to a more complex concept of physical-mental well-being.

Key words: children, health, emergency, well-being, guardianship.

Tutela della salute: diritto di ogni bambino

Secondo la *Convenzione internazionale sui diritti dell'infanzia* (1989) ogni bambino ha diritto di vivere in salute e deve poter accedere alle cure sanitarie in caso di necessità. L'articolo 4 di tale convenzione attribuisce quindi agli Stati firmatari il compito di garantire assistenza medica ai minori, di combattere le malattie e la malnutrizione, di incoraggiare l'allattamento al seno, di fornire informazioni igienico-sanitarie e di aiutare i genitori a prevenire le malattie.

Benché il diritto alla salute dei minori sia universalmente riconosciuto, milioni di bambini in tutto il mondo continuano a morire, spesso a causa di malattie prevedibili e curabili. L'Unicef riporta, infatti, che 7 decessi infantili su 10 sono dovuti a 5 cause: *polmonite, diarrea, morbillo, malaria, malnutrizione* (UNICEF et al., 2002; UNICEF, 2008).

Le minacce alla salute dei minori si aggravano quando essi si trovano a vivere in contesti di emergenza. La convenzione sui diritti dell'infanzia non comprende al suo interno articoli specificatamente volti alla tutela dei bambini coinvolti in catastrofi naturali. Essa, tuttavia, sottolinea che "se il bambino è

vittima della guerra, di torture o di sfruttamento deve essere aiutato a recuperare la salute” (articolo 39).

L'Unicef sottolinea, inoltre, che in situazioni di emergenza i bambini sono molto vulnerabili alle malattie e ai traumi e necessitano di cure particolari. Viene, nello specifico, indicata come buona prassi per la tutela della salute dei minori in emergenza (UNICEF et al., 2002) quella di fornire assistenza sanitaria di base attraverso massicce campagne di vaccinazione anti-morbillo e attraverso la distribuzione di micro-nutrienti. Si sottolinea, inoltre, l'importanza di incoraggiare l'allattamento al seno (UNICEF, 2005a) e l'assunzione di un ruolo attivo e diretto dei genitori nella cura dei propri figli. In seguito a eventi disastrosi, infatti, i bambini sono spaventati e perdono i propri riferimenti spaziali e affettivi; il fatto di ricevere le cure di base dai propri genitori rassicura i bambini, confermando la possibilità di guardare con fiducia ai propri adulti di riferimento.

Emergenza e salute

La salute di adulti e minori è spesso messa a rischio dal verificarsi di situazioni di emergenza conseguenti a catastrofi di origine naturale (terremoti, alluvioni, tsunami, uragani, eruzioni vulcaniche) o a disastri provocati dall'uomo, come le guerre e gli incidenti industriali.

Simili eventi disastrosi sono causa diretta di morte, separazioni e distruzioni; essi, inoltre, contribuiscono alla creazione di situazioni di emergenza prolungate caratterizzate dalle condizioni estremamente precarie che seguono l'evento stesso. Tali condizioni sono spesso caratterizzate da soluzioni abitative inadeguate e precarie, all'interno delle quali le strutture sociali sono messe a dura prova. Accampamenti, tendopoli e centri di accoglienza temporanea sono luoghi in cui famiglie e comunità intere si trovano a vivere per lunghi periodi, in condizioni di precarietà, indigenza e incertezza. Questo tempo post-disastro è per definizione emergenza ed è in questo tempo che i bambini, oltre e più degli adulti, vanno tutelati da un punto di vista della salute e del benessere psicologico.

Quando la catastrofe è passata lasciando dietro di sé morte e desolazione, nuove sfide e nuovi rischi da un punto di vista sanitario si aprono per i sopravvissuti.

L'aggregazione di ampi gruppi in condizioni abitative precarie facilita in primo luogo la diffusione del *morbillo* e delle *infezioni dell'apparato respiratorio*. Le *scarse scorte idriche* e l'*inadeguatezza dei servizi igienico-sanitari*, condizioni tipiche dei campi profughi allestiti in seguito a catastrofi, facilitano la diffusione del *colera*, della *dissenteria* e di altre *malattie diarroiche*. L'*acqua stagnante*, in particolare nei paesi del sud del mondo, diventa terreno di coltura per malattie trasmissibili come *malaria* e *dengue* (UNICEF, 2005b).

L'Organizzazione mondiale della sanità (2005) evidenzia, inoltre, che in caso di inondazioni vi è un significativo aumento del rischio di trasmissione di *febbre tifoide* ed *epatite*.

A tutto ciò, inoltre, si aggiungono le minacce alla salute che derivano dalle infezioni conseguenti al contatto con le salme, il cui spostamento, in simili contesti, richiede tempi lunghi in assenza di adeguate risorse. Contrariamente a quanto ritiene il senso comune, tuttavia, il rischio di contagio a partire dai corpi delle vittime decedute non riguarda la popolazione in generale, ma piuttosto gli operatori che si occupano dello spostamento delle *salme*. Questi ultimi sono, infatti, esposti a rischio di contrarre *tubercolosi, epatite B/C, HIV, infezioni gastrointestinali* (WHO, 2005; 2009). Anche in questo caso, tuttavia, va sottolineato che in seguito a catastrofi, gli operatori addetti a tale compito, così come ad altri, sono spesso le stesse vittime sopravvissute al disastro, che per prime intervengono a supporto di ciò che rimane della propria comunità.

Dal 50% al 90% dei decessi durante le emergenze sono causati da malattie diarroiche, infezioni respiratorie acute, morbillo e malaria (UNICEF, 2005b). Come si può vedere, si tratta delle stesse malattie, trasmissibili e aggravate dalla malnutrizione, citate dall'Unicef come principali problemi della salute e causa di morte dei bambini in tutto il mondo.

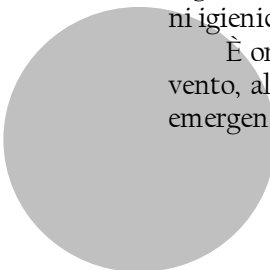
Se quanto indicato rappresenta un pericolo per tutta la collettività coinvolta, costituisce ancor più una grave e costante minaccia soprattutto per i bambini. Gli eventi critici, infatti, rendono i minori estremamente vulnerabili sia psicologicamente che fisicamente, esponendoli a elevati rischi di contrarre malattie (UNICEF et al., 2002; UNICEF, 2008).

Tutela della salute in emergenza

Quando si verifica un'emergenza, l'Organizzazione mondiale della sanità si concentra sui servizi e sui sistemi di sorveglianza centrale degli ospedali e dei laboratori, mentre l'Unicef si occupa delle esigenze delle strutture ambulatoriali e di assistenza sanitaria primaria, fornendo medicinali essenziali (kit sanitario di emergenza), vaccini (per es., contro il morbillo), attrezzature, quali, per esempio, zanzariere trattate con insetticida o ancora equipaggiamenti per il mantenimento della catena del freddo, essenziale per la conservazione e il trasporto di medicinali e vaccini. L'Unicef si occupa, inoltre, della formazione degli operatori sanitari locali (UNICEF, 2005b).

Come abbiamo visto, tuttavia, gli interventi volti a tutelare la salute non possono focalizzarsi unicamente su strategie strettamente medico-sanitarie. In emergenza, e non solo, il concetto di salute è strettamente connesso con quelli di nutrizione e di accesso all'acqua potabile. La malnutrizione, infatti, indebolisce il corpo, aumenta il rischio di contrarre le malattie e riduce la capacità di guarigione; a sua volta l'acqua è terreno di coltura di molti agenti patogeni e ne facilita la diffusione. La sua mancanza aggrava, inoltre, le condizioni igieniche e, quindi, la precarietà sanitaria.

È ormai riconosciuta la stretta connessione tra questi tre ambiti di intervento, al fine di tutelare la salute di bambini e adulti coinvolti in contesti di emergenza.



Gli interventi alimentari in emergenza da parte delle Nazioni Unite sono centrati su minori e donne in gravidanza e nel periodo di allattamento. Nello specifico, il Programma alimentare mondiale si occupa della distribuzione globale di alimenti; vengono, inoltre, forniti aiuti e integratori alimentari a donne in gravidanza o in periodo di allattamento e ai bambini sotto i cinque anni. L'Unicef si occupa invece, nello specifico, dell'alimentazione terapeutica di bambini in grave stato di deperimento, distribuendo dosi adeguate di vitamina A e sali minerali per la reidratazione e realizzando campagne e azioni specifiche volte a promuovere l'allattamento al seno (UNICEF, 2005b).

Azioni specifiche volte a garantire il soddisfacimento del fabbisogno d'acqua delle popolazioni colpite da disastri e a migliorarne le condizioni igienico-sanitarie sono realizzate dai governi locali, in collaborazione con le organizzazioni internazionali e non governative. Unicef, in particolare, provvede al trasporto di acqua attraverso autocisterne, alla potabilizzazione della stessa e alla riabilitazione dei pozzi, alla costruzione di servizi igienici e di bagni nonché alla fornitura di articoli per l'igiene (kit dell'acqua per le famiglie) e alla divulgazione di informazioni igienico-sanitarie, operando un costante monitoraggio su quanto realizzato (UNICEF, 2005b).

Un esempio concreto: Haiti e l'emergenza terremoto

Fin qui abbiamo parlato a livello generale delle minacce per la salute dei bambini in contesti di emergenza e delle buone prassi di intervento volte a ridurre il rischio di nuove infezioni e decessi. Ma cosa accade in concreto quando si verifica un'emergenza?

In questo lavoro ci siamo concentrati su una specifica emergenza, ossia su quella originatasi dallo spaventoso terremoto che il 12 gennaio 2010 ha colpito il territorio di Haiti. Esso ha avuto una enorme risonanza mediatica, per le proporzioni apocalittiche dell'evento che ha causato in una area geografica estremamente ristretta (la capitale haitiana e i territori circostanti) tante vittime quante quelle causate dallo tsunami che nel 2004 ha colpito sette Paesi del Sud-est asiatico.

Il terremoto ha, infatti, colpito oltre tre milioni di persone, per la metà bambini. Si contano oltre 220.000 morti e 300.000 feriti, 1.300.000 sfollati nell'area di Port-au-Prince e oltre 600.000 sfollati nelle aree rurali. Di questi sfollati, circa 300.000 sono minori (UNICEF, 2010).

Benché l'attenzione pubblica su questo Paese sia andata scemando con il trascorrere del tempo, l'emergenza che la popolazione colpita si è trovata ad affrontare è continuata a lungo e persiste tuttora.

Accanto ai morti e ai dispersi causati dalle onde, infatti, le collettività colpite si sono trovate a fare fronte a nuovi rischi conseguenti alla distruzione stessa. Le minacce alla salute precedentemente menzionate erano qui aggravate dall'annientamento del sistema sanitario preesistente, divenuto, quindi, incapace di fare fronte ai crescenti e sproporzionati bisogni della popolazione.

Si stima che il disastro abbia provocato un danno pari a 7,86 miliardi di dollari. Sono andate distrutte 4.300 strutture scolastiche, e 50 centri sanitari e

ospedali sono stati resi inagibili (UNICEF, 2010). Il rapporto redatto da Medici senza frontiere (2010) stima che il terremoto ha distrutto il 60% delle strutture mediche preesistenti e che il 10% del personale medico è deceduto o ha lasciato il Paese, rendendo ancora più precario un sistema sanitario che risultava già fragile prima del terremoto.

Cosa fare di fronte a un evento di tali dimensioni? Come favorire la ripresa di Paesi così duramente colpiti e come tutelare la popolazione e soprattutto garantire ai bambini il loro diritto alla salute?

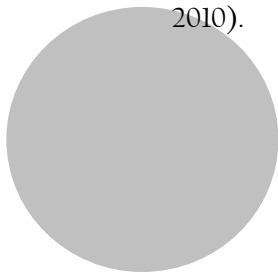
Come tutti sappiamo, fin dalle prime ore successive al disastro si è attivato un massiccio sforzo di cooperazione internazionale volto ad aiutare la popolazione colpita.

All'Unicef è stato attribuito il ruolo di responsabile per la risposta internazionale in tre settori: acqua e servizi igienico-sanitari, tutela dell'infanzia e istruzione. Essa ha svolto, inoltre, funzione di "vice" nei settori della salute e della nutrizione, operando attraverso interventi coordinati con i governi locali, le organizzazioni internazionali e le ONG.

Gli interventi, realizzati secondo le linee guida sopra presentate, hanno previsto azioni mirate e puntuali volte a ridurre i rischi di contagio e a favorire il mantenimento di buone condizioni di salute fisica. Secondo il rapporto dell'Unicef (2010), nonostante il collasso dei servizi di base, le azioni realizzate hanno evitato il diffondersi di focolai di malattie e l'aumento del tasso di malnutrizione. Si stima, infatti, che oltre un milione di persone colpite dal terremoto abbia ricevuto regolarmente acqua potabile, oltre 200.000 donne e bambini abbiano potuto beneficiare di programmi mirati di sostegno alimentare, più di 100.000 bambini siano stati raggiunti da campagne di vaccinazione di massa; sono stati, inoltre, portati aiuti alimentari e medici a istituti per l'infanzia che ospitano più di 25.000 bambini; grazie alla distribuzione di migliaia di tende e kit didattici, le attività scolastiche sono attualmente riprese in sistemazioni temporanee.

Oltre all'Unicef, centinaia sono state le associazioni e le ONG che hanno realizzato interventi sanitari attraverso un coordinamento in cluster e seguendo le linee guida internazionali. Tra quelle italiane ricordiamo, per esempio, la Marina militare (che ha portato una nave con camera operatoria), la Fondazione Rava, AVSI, AGIRE e le molte congregazioni religiose. Tra le altre organizzazioni presenti, Medici senza frontiere ha realizzato un intervento volto a sostenere il sistema sanitario locale e a promuovere la tutela della salute.

Medici senza frontiere nei primi cinque mesi dopo il disastro ha realizzato oltre 11 mila interventi chirurgici e ha prestato assistenza sanitaria a più di 173.000 pazienti; sono state inoltre distribuite 27.000 tende e 35.000 kit per l'emergenza. Attualmente Medici senza frontiere gestisce 19 strutture sanitarie e ha messo a disposizione più di 1.000 posti letto (Medici senza frontiere, 2010).



Non solo salute fisica

Abbiamo qui riportato dati e cifre che evidenziano l'impatto potenziale sulla salute dei minori delle condizioni che seguono gli eventi catastrofici, così come abbiamo messo in evidenza le buone pratiche indicate a livello internazionale per la prevenzione di epidemie e malnutrizione.

Gli interventi presentati, di grande valore ed efficacia, si concentrano tuttavia su aspetti prettamente sanitari e sembrano partire dal presupposto che la salute fisica, strettamente connessa alle condizioni alimentari e a fattori igienici, sia un aspetto in parte indipendente dai comportamenti, dalle condizioni mentali e dalle risorse relazionali di bambini e adulti. Le esperienze sul campo mostrano invece come le condizioni emergenziali siano in grado di amplificare il ruolo che sempre hanno le dimensioni psicologiche e sociali nei processi di cura. La motivazione alla cura, la disponibilità a porsi nella posizione di paziente, la perseveranza nei comportamenti opportuni a tutelare la salute propria e altrui sono fortemente correlati alla percezione di sé e del mondo che le persone hanno. Nei casi in cui il mondo appaia senza speranza e senza aiuto (*hopelessness-helplessness*), possono venire a mancare la volontà e la fiducia nelle procedure di tutela della salute.

Unicef sottolinea, per esempio, quanto sia importante mantenere attivi i genitori nella presa in carico della cura dei propri figli, al fine di garantirne una più facile ripresa. Questa raccomandazione appare opportuna perché gli adulti anch'essi gravemente colpiti dalla tragedia, per mantenere un positivo ruolo genitoriale, devono poter credere nuovamente nelle proprie potenzialità. Vincere il senso di nichilismo conseguente al disastro e il senso di dipendenza (in parte rinforzato dal sistema di aiuti che giunge dall'esterno) è il primo passo per mantenere gli adulti attenti ai bisogni dei più piccoli, compresi i vitali bisogni di cure sanitarie e igieniche.

Quando le agenzie governative e non governative che si occupano di interventi in contesti di emergenza elencano i progetti finanziati e realizzati, sembra profilarsi una netta distinzione tra le azioni volte a ripristinare le condizioni di vita e il sistema sanitario e gli interventi psicosociali, i quali, in genere, assumono un ruolo preminente laddove il soddisfacimento dei bisogni basilari (acqua, cibo e farmaci) appare meno compromesso e l'intervento a tutela della salute fisica appare meno urgente. Questa distinzione è, in parte, conseguenza del fatto che gli interventi di tipo psicosociale sono tendenzialmente volti al raggiungimento di due specifici obiettivi, apparentemente lontani dal concetto di salute, ossia il ripristino del sistema scolastico e la tutela dei minori da eventuali abusi e maltrattamenti, favorendone il ricongiungimento familiare o, se soli, garantendone la tutela.

La posizione che intendiamo sostenere è che gli interventi psicosociali possono svolgere un ruolo cruciale nella tutela della salute dei minori poiché la dimensione fisica, quella mentale e quella relazionale sono strettamente connesse tra loro e con continue influenze reciproche concorrono insieme a costruire la salute (figura 1).

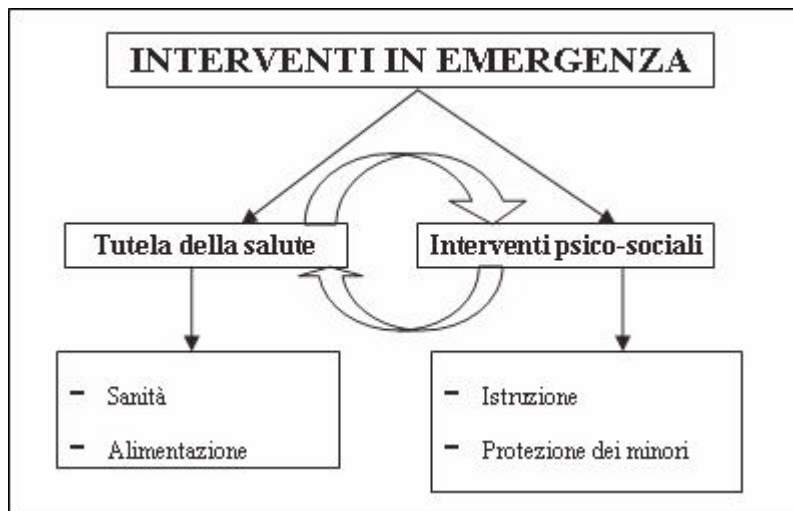
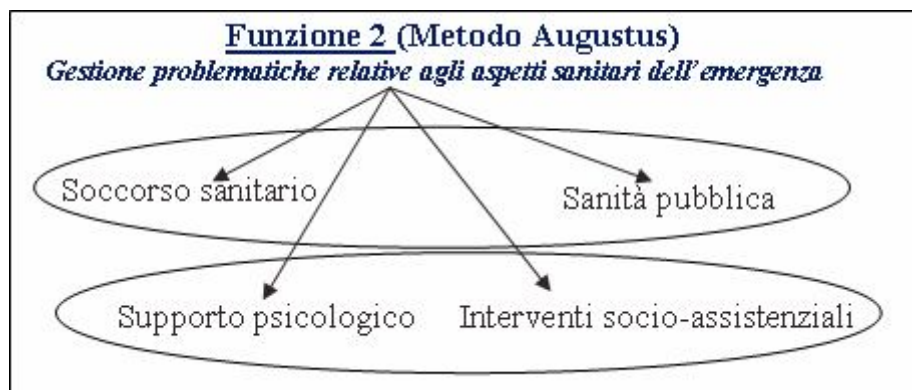


Figura 1. Interventi in emergenza.

La stretta relazione esistente tra gli interventi prettamente sanitari e i progetti psicosociali è del resto confermata da diversi documenti ufficiali, come per esempio la Direttiva del Presidente del Consiglio dei Ministri del 13 giugno 2006, volta a indicare i criteri di massima per gli interventi psicosociali da attuare in caso di catastrofe in Italia. Tale direttiva, infatti, in linea con quanto già presupposto dal metodo Augustus utilizzato dalla Protezione Civile Italiana, include il supporto psicologico e gli interventi socioassistenziali entro la Funzione 2, pertinente alla gestione delle problematiche relative agli aspetti sanitari dell'emergenza, insieme al soccorso sanitario e alla sanità pubblica (figura 2).

Come si può evincere dalla figura 2, tuttavia, benché gli interventi sanitari e psicosociali vengano riconosciuti come facenti capo alla medesima funzione, essi sono comunque concepiti come distinti, poiché si ipotizza siano volti al raggiungimento di obiettivi e target differenti con problematiche distinte.

Figura 2. Funzione 2 — metodo Augustus.



A conferma dell'importanza di un sostegno psicologico integrato nel sistema dei soccorsi attivi in caso di emergenza, il Consiglio dell'Unione Europea ha adottato il 3 giugno 2010 le *Conclusioni sul sostegno psicosociale in caso di emergenze e catastrofi*.

Che la tutela della salute possa passare anche attraverso azioni mirate a promuovere il benessere mentale può essere sostenuto anche ripensando alle strette connessioni esistenti tra sistema immunitario ed esperienze traumatiche. Oltre agli approcci psicosociali, che riflettono sulle relazioni tra tutela della salute e comportamenti collettivi, le recenti ricerche di psicologia dell'emergenza hanno esplorato i territori della psicotraumatologia, evidenziando nuove profonde connessioni tra mente e corpo. L'unitarietà tra mente e corpo è del resto oggi ampiamente riconosciuta, così come sono documentate le reciproche influenze tra salute/malessere fisico e salute/malessere mentale, superando antiche dicotomie (Van der Kolk et al., 2004).

Numerosi autori (Van der Kolk et al., 2004; Giannantonio, 2003; Giannantonio e Lenzi, 2009) hanno, per esempio, messo in evidenza che il vivere esperienze traumatiche da un punto di vista psicologico comporta importanti conseguenze anche dal punto di vista della salute fisica. Gli effetti del trauma sulla salute possono, in particolare, essere distinti in effetti diretti e indiretti. Tra gli effetti diretti possiamo fare rientrare, per esempio, le modificazioni psicofisiologiche (risposte estreme del sistema nervoso autonomo a stimoli collegati al trauma, così come in seguito a stimoli intensi ma neutrali), neuroormonali (variazioni nei livelli di noradrenalina e in altre catecolammine), riduzione dei livelli di serotonina, ossitocina e oppiacei endogeni, parallelo a un aumento dell'acetilcolina (Sunderland, 2005), nonché effetti neuroanatomici (per es., diminuzione del volume dell'ippocampo - Bremner, Narayan, 1998 -, attivazione dell'amigdala e delle strutture connesse durante i flashback, e marcata lateralizzazione dell'emisfero sinistro) e, infine, una riduzione della risposta immunitaria (Van der Kolk et al., 2004).

Non vanno inoltre trascurati altri importanti effetti dell'esperienza traumatica sulla salute, che noi qui abbiamo indicato come effetti indiretti, essendo conseguenze di comportamenti anomali che espongono a rischi di infezione. Le persone traumatizzate o che soffrono da un punto di vista psicologico cercano in tutti i modi di riprendere il controllo sulla propria vita e tentano di mettere a tacere il proprio dolore. Una possibile strategia per cercare di vincere la sofferenza emotiva è il ricorso più o meno conscio a pratiche autodistruttive o autolesive, pericolose poiché espongono a nuovi rischi per la salute. Tra le strategie di controllo emotivo rientrano sovente anche le pratiche sessuali insolite, con conseguente rischio di contagio, nonché l'abuso di alcool e stupefacenti, i cui effetti sulla salute sono ben noti. La sofferenza psicologica, inoltre, porta spesso con sé abulia, depressione e trascuratezza nei confronti di sé e dei propri cari - minori compresi - aumentando la probabilità di comportamenti rischiosi per la salute (Castelli e Sbattella, 2003; Sbattella, 2009; Pietrantonio e Prati, 2009). Questi esempi mettono chiaramente in evidenza che interventi puntuali di prevenzione sono di estrema importanza ma rischiano di fallire se nel contempo non si cerca di eliminare la sofferenza che sta all'origine di comportamenti nocivi alla salute propria e altrui.

Sembra dunque sensato oggi parlare di interventi possibili per la tutela della *salute fisico-mentale in condizioni di emergenza*. A partire da un concetto così ampio, e sulla base dei dati empirici fin qui riportati, risulta evidente la necessità di considerare in modo nuovo la relazione tra interventi sanitari e psicosociali in contesti di emergenza.

Supporto e prevenzione psicosociale attraverso “azioni terapeutiche di base”

Partendo dal presupposto che per superare un momento di grave emergenza è fondamentale aiutare la collettività a recuperare uno stato di benessere psicofisico, attraverso una positiva elaborazione dei vissuti emotivi e la creazione di reti sociali in cui riconoscersi e sentirsi attivi, il nostro gruppo di lavoro ha elaborato una metodologia di intervento a favore dei minori coinvolti in eventi catastrofici. Tale metodologia è stata elaborata e sperimentata inizialmente durante l'intervento realizzato a favore dei minori della costa est dello Sri Lanka, duramente colpiti dallo tsunami del 2004. Essa è stata, quindi perfezionata in seguito, approfondita da un punto di vista teorico e sperimentata in altri contesti emergenziali, fino a giungere alla messa a punto di una strategia di intervento flessibile, applicabile e adattabile a molteplici contesti e realtà che si trovano ad affrontare situazioni di emergenza. Rimandiamo ad altra sede la presentazione in dettaglio del lavoro svolto (Sbattella, Tettamanzi e Iacchetti, 2005) e dei risultati ottenuti (Sbattella, Tettamanzi e Iacchetti, 2006).

L'aspetto che ci interessa qui sottolineare è l'importanza di prestare attenzione in modo continuativo ai bisogni della collettività, adattando il proprio intervento alla trasformazione delle condizioni di vita, attribuendo ai destinatari dell'intervento un ruolo attivo, aiutandoli a ritrovare fiducia nelle risorse proprie e della propria realtà, per tornare nuovamente a progettare un futuro.

La strategia di lavoro prevede il coinvolgimento di un numero limitato di operatori specializzati espatriati che affiancano sul luogo del disastro in modo continuativo la popolazione locale, svolgendo il ruolo di formatori e supervisori. L'intervento prevede, inoltre, il coinvolgimento di 10 operatori locali ogni 200 minori, ai quali spettava il compito di interfacciarsi direttamente con i bambini (in un rapporto di uno a venti secondo un criterio di lavoro modulare) e con le rispettive famiglie residenti nei campi profughi destinatari, diventando loro fondamentali punti di riferimento.

L'intervento è inoltre guidato dal concetto di resilienza (Cyrulnik e Malaguti, 2005; Goldstein e Brooks, 2005; Vanistendael, 1996; Grotberg, 1996), il quale si concretizza nella costante valorizzazione delle risorse locali presenti eppure spesso invisibili agli occhi di queste collettività così gravemente ferite e nella focalizzazione sul benessere piuttosto che sulla patologizzazione delle reazioni alla crisi.

L'espressione “azioni terapeutiche di base” rimanda ad alcune caratteristiche proprie del modello di intervento, che si realizza attraverso la promo-

zione di attività collettive, fortemente ritualizzate e routinarie, in grado di consentire un'elaborazione positiva delle emozioni connesse alla tragedia e alle sue conseguenze. La forte valorizzazione delle risorse locali, in un'ottica di empowerment, consente di fare emergere dalla base della comunità sia i bisogni di riorganizzazione emotiva e sociale delle esperienze, sia le potenzialità presenti all'interno delle tradizioni locali. Le attività proposte presentano una stretta connessione con gli eventi vissuti dai singoli e dalla comunità, e introducono degli elementi simbolici consentendo la rievocazione del passato e l'apertura verso una speranza condivisa di un futuro realizzabile.

La metodologia di lavoro pone inoltre costantemente attenzione alla dimensione relazionale, principio cardine per il benessere di adulti e bambini e per la ripresa di una collettività che cerca di ritrovare una propria identità tra continuità e cambiamento. Benché le attività promosse siano dirette esplicitamente e primariamente ai bambini, esse sono strutturate in modo da agire in senso sistemico sulla collettività, attraverso un coinvolgimento degli adulti di riferimento.

Rimandando ad altra sede la discussione dell'efficacia dell'intervento (Sbattella, Tettamazi e Iacchetti 2006), possiamo qui sottolineare come le attività svolte e la presenza costante degli operatori consentano la creazione di reti di riferimento attraverso le quali diventa più facile, per adulti e bambini, esprimere richieste di aiuto sensate e coerenti, così come individuare i riferimenti corretti in base alle esigenze del momento.

Sulla base di quanto esposto, riteniamo che *il modello delle azioni terapeutiche di base sia una buona prassi di intervento psicosociale precoce, continuativo e strutturato in grado di promuovere il benessere fisico-mentale in situazioni di emergenza.*

Riteniamo inoltre che l'aiuto internazionale alle popolazioni in contesti di emergenza richieda l'azione integrata di progetti volti a tutelare la salute, partendo da differenti prospettive (ripristino delle condizioni igienico-sanitarie, interventi medico-sanitari, programmi alimentari, interventi psicosociali), tutte ugualmente importanti per garantire la ripresa della collettività.

Bibliografia

- Bremner J.D. e Narayan M. (1998), *The effect of stress on memory and the hippocampus throughout the life cycle: implications for childhood development and aging*, "Development and psychopathology", vol. 10, pp. 871-885.
- Castelli C. e Sbattella F. (2003), *Psicologia dei disastri*, Carocci, Roma.
- Cyrulnik B. e Malaguti E. (a cura di) (2005), *Costruire resilienza. La riorganizzazione positiva della vita e la creazione di legami significativi*, Erickson, Trento.
- Dipartimento della Protezione Civile (2006), *Relazione sullo stato di attuazione del Programma generale degli interventi*, Struttura temporanea di missione in Sri Lanka, Funzione monitoraggio, 28 Febbraio, www.protezionecivile.it.
- Giannantonio M. (a cura di) (2003), *Psicotraumatologia e psicologia dell'emergenza*, Ecomind, Salerno.

- Giannantonio M. e Lenzi S. (2009), *Il disturbo di panico. Psicoterapia cognitiva, ipnosi e EMDR*, Cortina, Milano.
- Goldstein S. e Brooks R.B. (2005), *Handbook of resilience in children*, Springer science-business media, New York.
- Grotberg E.H. (1996), *The International resilience Project: Findings from the Research and the Effectiveness of Interventions*, "Psychology and education in the 21st century: proceedings of the 54th annual convention of the International council of psychology", ICPress, Edmonton.
- Medici Senza Frontiere (2010), *Haiti sei mesi dopo. La risposta di MSF all'emergenza: scelte, ostacoli, attività e finanziamenti*, www.medicisenzafrontiere.it.
- Pennebaker J.W., Kielcolt-Glaser J. e Glaser R. (1988), *Disclosure of traumas and immune function: Health implications for psychotherapy*, "Journal of consulting and clinical psychology", 56, pp. 239-245.
- Pietrantonio L. e Prati G. (2009), *Psicologia dell'emergenza*, Il Mulino, Bologna.
- Sbattella F. (2009), *Manuale di psicologia dell'emergenza*, Franco Angeli, Milano.
- Sbattella F., Tettamanzi M. e Iacchetti F. (2005), *Basic therapeutic actions: un modello di intervento psico-sociale per le vittime dello tsunami*, "Nuove tendenze della psicologia", Vol. 3, n° 3, pp. 399-429.
- Sbattella F., Tettamanzi M. e Iacchetti F. (2006), *Tsunami and Basic Therapeutic Actions: wick effects on Sri Lankan children?*, conferenza internazionale "Reviewing the past for reshaping the future", Eastern University, Sri Lanka.
- Sunderland M. (2005), *Aiutare i bambini...a superare lutti e perdite*, Erickson, Trento.
- UNICEF (2005a), *L'alimentazione dei neonati e dei bambini*, Unicef.
- UNICEF (2005b), *Terremoto e tsunami: la risposta dell'UNICEF nei primi 90 giorni*, www.unicef.it.
- UNICEF (2008), *La condizione dell'infanzia nel mondo 2009. Salute materna e neonatale*, Unicef.
- UNICEF (2010), *I bambini di Haiti: tre mesi dopo il terremoto*, www.unicef.it.
- UNICEF et al. (2002), *La salute è vita*, Unicef.
- Van der Kolk B., McFarlane A. C. e Weisaeth L. (2004), *Stress traumatico. Gli effetti sulla mente, sul corpo e sulla società delle esperienze intollerabili*, Edizioni Scientifiche Ma.Gi., Roma.
- Vanistendael S. (1996), *La Résilience ou le réalisme de l'espérance. Blessé mais pas vaincu*, Bureau International Catholique de l'Enfance, Ginevra.
- WHO (2005), *Flooding and communicable diseases fact sheet*, www.who.int/hac/techguidance/ems/flood_cds/en/
- WHO (2009), *Global Health Cluster. Framework 2009-2011*, IASC.

Marilena Tettamanzi e Fabio Sbattella, Università Cattolica del Sacro Cuore di Milano.