Rivista di

Psicologia dell'Emergenza e dell'Assistenza Umanitaria

SEMESTRALE DELLA FEDERAZIONE PSICOLOGI PER I POPOLI

Numero 6, 2011

Direttore responsabile
Giuseppe Maiolo

Direttore
Luigi Ranzato

Vicedirettore
Marilena Tettamanzi

Direzione scientifica
Paolo Castelletti
Mariateresa Fenoglio
Alfredo Mela

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

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

Psicologia dell'emergenza e dell'assistenza umanitaria
è edita da Psicologi per i Popoli — Federazione
via dei Monti 36
38079 Tione di Trento (TN)
E-mail: psicologixpopoli@alice.it

Psicologia dell'Emergenza e dell'Assistenza Umanitaria
Numero 6, 2011

Indice

Marilena Tettamanzi P. 4
Introduzione

Daniela Rossini Oliva P. 6
I traumi da guerra: dedicato a tutti i bambini e le donne vittime innocenti della Bosnia Erzegovina

Michela Baroni P. 28
Tanti modi di nascere e crescere. Modelli di maternage a confronto per promuovere il benessere dei più piccoli e delle loro famiglie

Fulvio Frati, Barbara Rozzi e Andrea Torsello P. 44
Gli interventi psicosociali in emergenza: un'analisi teorica e operativa del modello europeo e internazionale

Catia Di Domenica e Alessandra Rosabianca P. 60
"Il vero terremoto arriva adesso": il ruolo dello psicologo nella fase di smantellamento dei campi

Rina Maria Galeaz, Lorenza Rossi e Fabio Sbattella P. 73
Il sostegno psicologico alle reti relazionali durante la ricerca di una persona dispersa

La psicologia dell'emergenza e dell'assistenza umanitaria richiede la capacità di conoscere e prevedere le possibili risposte individuali e sistemiche ad eventi potenzialmente destabilizzanti e traumatizzanti, di mantenersi flessibili e pronti ad accogliere reazioni inattese e inusuali, di predisporre spazi di accoglienza e rielaborazione per gestire bisogni ed emozioni presenti, di promuovere un contesto in grado di indirizzare la sofferenza e le risorse disponibili in vista di una trasformazione autopoietica, sana e positiva, del sistema in questione.

Lavorare in questa ottica significa saper cogliere e contemplare la complessità e agire in senso etico per aumentare le scelte possibili e il senso di autoefficacia del sistema.

Gli articoli raccolti in questo numero riflettono, nel loro insieme, tale complessità, che implica la necessità per lo psicologo dell'emergenza di una formazione e un confronto/raccordo costanti con il contesto storico, culturale, politico e organizzativo in cui si interviene.

Quando operiamo in contesti di emergenza, infatti, lavoriamo con sistemi che hanno una storia: essa influenza il modo in cui il sistema vive e affronta l'evento e, ricosivamente, il modo in cui il sistema vive l'evento influenza la sua storia futura.

L'articolo di Rossini Oliva sulla Bosnia Erzegovina evidenzia e fotografa perfettamente la complessità dei contesti di emergenza che possono poi evolvere in situazioni destinatarie di interventi di assistenza umanitaria. Rossini Oliva ci aiuta a ricordare di non dimenticare, quando si spengono i riflettori. Come psicologi dovemmo sapere che gli effetti psichici di un disastro naturale o antropico si perpetuano nel tempo e si accentuano quando viene meno la speranza e quando i cambiamenti attesi cronicizzano la sofferenza invece di alleviarla.

L'articolo mette al centro dell'attenzione soprattutto la sofferenza dei bambini, evidenziando che anche chi nasce in seguito a eventi traumatici porta con sé strascichi di ciò che i genitori non hanno saputo o potuto elaborare.

Proprio ai bambini e alle particolari esigenze poste dalla relazione madre-neonato si rivolge l'attenzione di Michela Baroni nel suo articolo sul maternage in emergenza. Se morte e perdita definiscono i contesti in cui operiamo, non va trascurato che in essi si trovano anche storie di vita agli albori: bambini che nascono, o appena nati, e che richiedono adulti in grado di pensarli e curarsi di loro, dedicandogli tutte le attenzioni necessarie a sopravvivere alla neo-vita, che li ha, crudelmente, avvicinati subito alla morte. Accanto a quelle dei bambini vi sono, poi, le esigenze delle neo-madri, che si trovano a imparare il compito di sostenere la vita di un figlio in un contesto di estrema precarietà.

Tali situazioni ci ricordano che in emergenza e nei contesti umanitari è indispensabile porre attenzione non solo a chi si confronta con la morte ma anche a chi, per la prima volta, si confronta con la vita.

A seguire proponiamo l'articolo di Frati, Rozzi e Torsello. Con la loro rassegna sulla legislazione pertinente alla psicologia dell'emergenza ci permettono di rinfrescare la memoria rispetto al contesto organizzativo entro cui agiamo e che disciplina il nostro stesso intervento. Come psicologi, infatti, dobbiamo coordinarci con la complessa macchina dei soccorsi, di cui facciamo parte e

che stabilisce diritti e doveri, possibilità e vincoli.

La complessità dei rapporti con le istituzioni e la necessità di muoversi tra i bisogni della popolazione e le scelte/necessità organizzative è ben espressa dall'interessante articolo di Di Domenica e Rosabianca. Le autrici rileggono in chiave critica l'azione da loro svolta entro alcune tendopoli allestite a seguito del terremoto d'Abruzzo del 2009. Coordinarsi con la Protezione Civile significa trovare un equilibrio tra sottostare alle richieste avanzate da chi coordina l'emergenza e mantenere un senso di continuità con la propria progettualità e mission. L'articolo apre un'ampia riflessione circa l'importanza di operare in emergenza guidati da progetti solidi e non manipolabili, pur mantenendosi flessibili rispetto alle esigenze organizzative e strutturali.

Il presente numero si chiude con la presentazione delle linee guida utilizzate e proposte dal gruppo di Psicologi per i Popoli - Milano per il supporto ai familiari, durante la ricerca di congiunti dispersi. L'articolo di Galeaz, Rossi e Sbattella completa la presentazione teorica sugli aspetti psicologici della ricerca di dispersi, proposta da Fabio Sbattella nel numero di gennaio della nostra rivista e fornisce chiare indicazioni operative per un ambito applicativo con cui gli psicologi dell'emergenza si trovano sempre più spesso a confrontarsi.

Non mi resta che augurarvi buon lettura e buon aggiornamento.

Marilena Tettamanzi

Daniela Rossini Oliva

I traumi da guerra: dedicato a tutti i bambini e le donne vittime innocenti della Bosnia Erzegovina

Riassunto

In questo articolo l'autrice racconta la sua esperienza di tirocinio professionale come psicologa in Bosnia Erzegovina, da cui è scaturita la tesi finale del master universitario in traumatic disaster management. Oltre a raccontare la sua esperienza, sollecita una riflessione sui traumi da guerra, in modo particolare nei bambini e nelle donne. L'articolo fa riferimento ad alcuni aspetti del PTSD e riporta alcune storie di bambini e di donne che hanno vissuto direttamente i traumi connessi alla guerra.

Parole chiave: trauma, guerra, vittime, PTSD, donne, bambini.

Abstract

In this article, the author relates her training experience as psychologist in Bosnia Erzegovina, which generated the final thesis for the university master in traumatic disaster management. In addition to relating her experience, she stimulates a reflection on war traumas, in specific on children and women. The article refers to some aspects of PTSD and reports some histories of children and women who have had a direct experience of war traumas.

Key words: trauma, war, victims, PTSD, women, children.

Introduzione

Questo articolo è tratto dalla mia tesi di master in traumatic disaster management, scritta dopo un periodo trascorso in Bosnia-Erzegovina, nel 2006, appoggiata dagli operatori locali di una ONG italiana, Ai.Bi (Associazione Amici dei Bambini), principalmente a Sarajevo. L'obiettivo dell'articolo è quello di narrare alcune delle atrocità della guerra, mettendo soprattutto in luce le conseguenze di esse sui bambini e sulle donne. Questo lavoro vuole pertanto raccontare da un lato parte della mia esperienza di lavoro vissuta lì, dall'altro le storie di tante persone che tuttora portano i segni dei traumi subiti in seguito alla guerra. Inoltre si focalizzerà l'attenzione sui diversi interventi messi in atto, ancora oggi, da diverse ONG e associazioni locali che ho avuto la fortuna di affiancare nel loro lavoro: esse si occupano di salute mentale e intervengono direttamente su donne, ragazzi e altri sopravvissuti all'assedio, che continuano a soffrire di PTSD e di tanti altri sintomi connessi al trauma. Per ragioni di spazio parlerò solo del lavoro svolto da Ai.Bi e dal Centro per il Bambino e la Famiglia/CBF nonché da Irfanka Pasagic e la sua associazione Tuzlanska Amica.

Nel parlare di tutto ciò, ovviamente, si farà riferimento sia ad alcuni elementi teorici della psicologia dell'emergenza e della psicotraumatologia, sia ad altre teorie riguardanti l'intervento psicologico in emergenza e post-emergenza.

Il contesto Paese: Bosnia Erzegovina

La Bosnia Erzegovina è uno degli stati autonomi venutisi a creare dopo la disgregazione della Federazione Iugoslava. Nei primi anni Novanta (1992-1995) l'intero territorio della Bosnia Erzegovina è stato teatro di una crudele guerra che ha causato la morte di migliaia di persone e l'esodo di milioni di profughi. Prima di allora era stato esempio di tolleranza, dialogo e collaborazione tra popoli d'etnia diversa; la guerra e la lunga e sanguinosa scia di morte e disperazione che ne è seguita hanno messo in discussione questi ideali di solidarietà facendo diventare la Bosnia Erzegovina una terra divisa in tre corpus etnici, l'uno contro l'altro, con un desiderio insito di vendetta.

La guerra ha comportato una violazione sistematica dei diritti umani, che ha investito tutti i segmenti della società civile bosniaca. In questa situazione di crisi e disagio profondo, la famiglia è stata l'anello più debole, e a pagarne direttamente le drammatiche conseguenze sono stati prima di tutto i bambini, le donne e gli anziani.

La Bosnia Erzegovina fino al 1992 - anno in cui dichiarò la propria indipendenza - era stata una delle sei repubbliche della Repubblica Federale e Socialista Iugoslavia/SFRJ. Dopo il referendum del 28 febbraio e quello del 1 marzo 1992, dichiarò la propria indipendenza e uscì dalla SFRJ. Nel 1992, con la Risoluzione numero 755 del Comitato per la Sicurezza delle Nazioni Unite del 20 maggio, la Bosnia Erzegovina venne riconosciuta sul piano internazionale come un Paese indipendente e autonomo, con i suoi confini storici internazionalmente riconosciuti. Subito dopo il riconoscimento come Paese indipendente, sul suo territorio cominciò la guerra che si protrasse dall'aprile 1992 fino al dicembre 1995, quando vennero sottoscritti gli accordi di Dayton. Con questi accordi di pace, tutte le azioni di guerra si interruppero e venne stabilita la nuova struttura territoriale della Bosnia Erzegovina, così disegnata: due suddivisioni politico-amministrative, la Federazione di Bosnia Erzegovina e la Repubblica Srpska, e il Distretto di Brcko, come unità autonoma extraterritoriale. La Federazione della Bosnia Erzegovina è la suddivisione politico-amministrativa più grande e comprende poco più del 50% del territorio nazionale; la Repubblica Srpska copre il 49% mentre il resto è ascrivibile al Distretto di Brčko. La Federazione della Bosnia Erzegovina è a sua volta divisa territorialmente in 10 cantoni, mentre nella Repubblica Srpska e nel Distretto di Brcko non ci sono queste suddivisioni territoriali.

La fine delle ostilità ha dunque segnato la spartizione della Bosnia Erzegovina in due entità: la Repubblica Srpska, la cui popolazione è prevalentemente serbo-bosniaca, e la Federazione di Bosnia Erzegovina, che prevede la convivenza tra bosniaci e croati.

Questa struttura territoriale ha un grande impatto sulla legislazione, così come sull'ordinamento giuridico in Bosnia Erzegovina. La Federazione, la Repubblica Srpska e il Distretto di Brcko hanno le loro proprie costituzioni e leggi; nella Federazione la situazione è ancora più complessa visto che ogni cantone ha la sua costituzione e la sua legislazione che avrebbero dovuto rifarsi alla legge principale a livello federale. Quindi, sul territorio della Bosnia Erzegovina coesistono 14 sistemi giuridici; una delle conseguenze della disomo-

geneità della legislazione è la disomogeneità dei diritti e della loro applicazione.

Il conflitto degli anni Novanta

Come accennato sopra, nella primavera del 1992 l'esercito serbo-bosniaco iniziò una campagna di brutale pulizia etnica, espellendo con la forza la popolazione musulmana (bosniacchi) dalla Bosnia settentrionale e orientale e dall'Erzegovina per formare un corridoio di 300 chilometri tra le zone di etnia serba nella parte occidentale della Bosnia Erzegovina e la Serbia propriamente detta. Questa regione si chiama oggi Repubblica Srpska, con Banja Luka come capitale amministrativa. La popolazione dell'Erzegovina occidentale, in massima parte croata, corse alle armi (aiutata dalla vicina Croazia) e, unendo le proprie forze con quelle dell'esercito territoriale bosniaco, riuscì a cacciare i serbi da alcune zone. Oltre alla cooperazione militare nacque anche una certa collaborazione politica tra Bosnia e Croazia, e il presidente bosniaco (nonché leader dei musulmani bosniaci) firmò ufficialmente un'alleanza militare con la Croazia nel giugno del 1992. La reazione dell'Occidente di fronte all'inasprirsi della guerra in Bosnia fu dapprima confusa e incostante; soltanto dopo la pubblicazione delle fotografie delle vittime musulmane dei campi di concentramento serbi scoperti in Bosnia settentrionale nell'agosto del 1992, l'opinione pubblica prese coscienza della tremenda condizione in cui si trovavano i musulmani bosniaci. L'ONU autorizzò allora l'uso della forza garantendo l'arrivo degli aiuti umanitari in Bosnia e fu mandato dalle nazioni unite un contingente di protezione (Unprofor), rivelatosi poi assolutamente impotente. All'inizio del 1993 cominciò il conflitto tra musulmani e croati e la guerra conobbe un secondo fronte'. L'espulsione dei musulmani da Mostar, costretti dai croati a trasferirsi dalla sponda ovest a quella est del fiume Neretva, culminò con la distruzione dello storico Stari Most (Ponte Vecchio) nel novembre del 1993, perpetrata dall'esercito croato. Nel 1994, le truppe occidentali iniziarono a reagire agli eventi che si stavano verificando in Bosnia e, nonostante si stessero intensificando gli scontri tra musulmani e croati, la NATO prese posizione contro i serbo-bosniaci. Quando furono finalmente autorizzati gli attacchi aerei della NATO per proteggere le zone di sicurezza bosniache, i serbi catturarono 300 mediatori di pace dell'Unprofor per usarli come scudi umani in difesa dei bersagli delle incursioni aeree. Nel luglio 1995, l'impotenza delle truppe dell'Unprofor raggiunse il culmine quando i serbo-bosniaci, guidati dal tristemente noto Ratko Mladic, attaccarono la zona di sicurezza di Srebrenica, massacrando oltre 8.000 uomini musulmani del posto fuggiti nella foresta. Quando i leader europei si decisero ad agire, la fine del dominio serbo-bosniaco era ormai vicina. La Croazia rinnovò la propria offensiva interna, espellendo i serbi dalla regione croata di Krajina: almeno 150.000 di loro si trasferirono nelle zone della Bosnia settentrionale controllate dai serbi. In seguito a un altro colpo di mortaio diretto contro il mercato di Sarajevo, che uccise e ferì molti civili, l'ONU e la NATO decisero di intervenire rapidamente, lanciando un ultimatum a Mladic perché andasse via da Sarajevo; Mladic rifiutò

ma, dopo due settimane di attacchi aerei della NATO, nel settembre del 1995 si dimostrò più malleabile e poco tempo dopo accettò la proposta del presidente USA, Bill Clinton, per una conferenza di pace a Dayton, nell'Ohio.

Nel periodo dell'assedio persero la vita a Sarajevo 10.500 abitanti, e 5-0.000 furono feriti dai cecchini e dall'artiglieria serbo-bosniaca. Altra città gravemente colpita dal conflitto, come detto, fu la bella città di Mostar, che tornò alla vita normale nel 1995 dopo aver riportato gravi danni, sia fisici sia spirituali; infatti una popolazione un tempo unita, si ritrovò divisa su basi etniche, e molti furono costretti a lasciare la città.

Dagli accordi di Dayton ad oggi

Gli accordi di Dayton stabilirono che il Paese avrebbe conservato i confini esterni precedenti al conflitto ma sarebbe stato formato da due parti, o entità, separate: ossia la Federazione BiH (la parte musulmana e croata del Paese) - che avrebbe amministrato il 51% del territorio, compresa Sarajevo - e la Repubblica Srpska - ovvero la parte serba, cui ne spettava il 49%. L'accordo poneva anche l'accento su una annosa questione: i profughi. Ossia 1.200.000 persone fuggite all'estero, e un altro milione trasferitesi in Bosnia-Erzegovina, che sarebbero in breve dovute tornare nelle proprie case. Per far rispettare gli accordi, fu istituita una forza di mantenimento della pace della NATO (SFOR) il cui attuale mandato non ha scadenza.

In osservanza agli accordi di Dayton, vennero presi alcuni provvedimenti, quali i passaporti e le targhe automobilistiche comuni e una nuova valuta unica chiamata marco convertibile. Le riforme però sono in fase di stallo e nella Repubblica Srpska sta nuovamente prendendo piede il nazionalismo. Alcuni criminali di guerra sono stati arrestati ma i più ricercati sono tuttora latitanti. La presidenza della repubblica spetta a rotazione a un leader croato, a uno bosgnacco e a uno serbo; in generale la popolazione è insoddisfatta della situazione del Paese. Oggi la Bosnia Erzegovina resta divisa da un punto di vista etnico, ma le tensioni interne sono diminuite. Sempre più persone attraversano il confine tra la Repubblica Srpska e la Federazione di BiH, e molti profughi stanno tornando a casa, sebbene il problema dei profughi, da quello che si legge in alcune testate giornalistiche locali attendibili, resta molto serio. Per quanto riguarda la popolazione, è interessante dire che non si è mai fatto un censimento dopo la guerra, infatti l'ultimo risale al 1991. Certo è che il conflitto e i massicci trasferimenti di popolazione hanno cambiato volto a molte città, essendosi spostati interi gruppi etnici che prima convivevano insieme. La popolazione di Banja Luka, per esempio, è aumentata dopo la guerra, avendo assorbito molti profughi serbi scacciati dalla Croazia. Ricordiamo che serbi, croati e bosniacchi sono tutti slavi appartenenti al medesimo gruppo etnico e fisicamente in tutto e per tutto simili tra loro. Prima della guerra, la popolazione era etnicamente mista ma viveva tranquillamente insieme e nelle città erano frequenti i matrimoni tra gruppi diversi, ma dopo il conflitto la situazione è mutata. La pulizia etnica ha imposto l'omogeneità sia nei centri rurali che urbani, e attualmente i croati sono la popolazione dominante in Erzegovina occi-

dentale e meridionale, mentre i musulmani lo sono a Sarajevo e nella Bosnia centrale; in ultimo i serbi, soprattutto nella Repubblica Srpska. Per cui attualmente gli abitanti si distinguono in:

- serbo-bosniaci
- croato-bosniaci
- musulmani bosniaci (bosniacchi).

Le relazioni tra i tre gruppi etnici stanno gradualmente migliorando. Molti profughi sono tornati a casa ma altri si sono insediati stabilmente nei luoghi dove hanno trovato rifugio.

A proposito di questo, mi sono trovata più volte ad ascoltare interessanti racconti di tanti giovani che hanno perso del tutto il senso della loro identità nazionale, non sentendosi realmente riconosciuti in nessuna di queste nuove distinzioni e soffrendo molto nel tentativo di dare una risposta alla loro ricerca di identità personale. La stessa Bojana, la ragazza che lavorava per Ai.Bi a Sarajevo, con la quale ho collaborato durante il mio periodo di tirocinio, dice di non sapere più a quale nazionalità appartiene, e che l'unica cosa che le resta di certo e di noto è il suo nome. A proposito della lingua, afferma che adesso su tutti i libri sta scritto che le lingue sono tre, ma per lei è una sola. Inoltre, avendo vissuto di persona le atrocità della guerra (oggi ha circa trentacinque anni), ha raccontato tanti episodi di persone costrette persino a cambiare nome per evitare di essere uccise, che adesso hanno seri problemi presso gli uffici anagrafici, oltre a soffrire per tutti i risvolti di natura psicologica connessi alla costruzione del proprio senso di identità.

La situazione attuale in Bosnia viene descritta dal giurista Zuhra Brkic così: "L'aggressione in questo Paese ha causato danni psicologici a tutta la popolazione, 200.000 persone sono state uccise, due milioni sono fuggite dalle loro terre, nel Cantone di Tuzla si trovano 250.000 rifugiati e sfollati, molti di loro hanno subito torture, stupri e altre violenze psicologiche e fisiche. Il trauma è globale ed è reso più profondo e doloroso dal fatto che non si stanno avendo delle risposte adeguate sulle responsabilità delle violazioni" (1994).

Dunque, pur non potendo considerare l'attuale situazione in Bosnia-Erzegovina come un contesto di emergenza in senso stretto, né tanto meno di post-emergenza, le condizioni psicologiche di buona parte delle persone che hanno vissuto gli anni dell'assedio sono tuttora devastanti e necessitano di una attenzione particolare in termini di intervento post-trauma.

La Bosnia Erzegovina, il Paese più orientale dell'Occidente e più occidentale dell'Oriente, sta oggi cercando di riprendersi faticosamente dagli anni di guerra. Questo territorio è ricco di splendidi ambienti naturali e vanta secolari glorie di eterogeneità culturale (varie denominazioni straniere, ma soprattutto cinque secoli di governo ottomano, più una breve presenza dell'impero austro-ungarico). Sarajevo è infatti una città che riserva molte sorprese: le numerose moschee, le chiese ortodosse, il bazar ottomano unico al mondo (Baščaršija), gli ampi viali in stile austro-ungarico, gli eleganti palazzi e persino i grigi casoni dell'era socialista contribuiscono a donarle un'atmosfera davvero particolare.

Passeggiando oggi nelle vie di questa vivace città, sembra quasi impossibile che la guerra sia avvenuta; del triste ricordo della guerra sono rimasti solo alcuni edifici diroccati (Biblioteca Nazionale) e un parco trasformato in cimitero realizzato nello stadio di Kosevo, altra toccante testimonianza del terribile assedio di Sarajevo: si tratta di una vasta distesa di lapidi bianche, tutte dedicate alle vittime della guerra. Pare che Ratko Mladic, il comandante delle truppe serbo-bosniache, abbia ordinato di sparare a oltranza e di mirare sui civili, fino a condurli sull'orlo della follia. Noto è in tal senso il cosiddetto "viale dei cecchini", vicino al famoso Holiday Inn, che fu la sede dei giornalisti provenienti da tutto il mondo essendo l'unico albergo della città ancora in funzione.

Oggi la Bosnia-Erzegovina presenta tutti i problemi della ricostruzione fisica e morale, spirituale e psicologica. Tanti giovani lamentano la rapidità con cui tutto, dopo la guerra, sta cambiando e sta dando un volto nuovo, a loro sconosciuto e nei cui valori non si riconoscono, a questo luogo. Il problema dell'identità è molto forte e crea non pochi problemi mentali in un Paese che fatica a ritrovare la sua normalità.

Altro grosso problema, come si è detto, è quello dei profughi. Si dice che molti di essi abbiano fatto ritorno a casa, ma parallelamente si sta sviluppando il fenomeno delle persone che, invece che tornare nella propria abitazione, per ragioni etniche, la scambia con chi ne ha una magari nella stessa città ma in una zona etnicamente vicina alla propria. Capiamo bene quali ripercussioni psicologiche abbia tutto questo; ci sono persone che non solo non hanno realmente fatto ritorno alle proprie case, ma per di più si ritrovano a vivere in abitazioni che magari sono state del "nemico". Le municipalità restano divise, facendo lo stesso gioco dei partiti al potere. I dati ufficiali mostrano che circa l'80% per cento delle proprietà confiscate nella guerra del 1992-1995 è stato restituito ai proprietari prebellici. Ma, in maggior parte, essi hanno scambiato le proprie case con altre, site nella "loro" parte della città; oppure hanno semplicemente venduto le proprietà.

Secondo gli esperti, non essendoci dati accurati, è difficile valutare la dimensione del fenomeno ma è certo che i contratti di scambio di proprietà sono tantissimi. Nel cantone di Tuzla, nel nord-ovest del Paese, si è verificato inoltre che solo circa il 40% dei ritornati si è ristabilito nelle case in cui abitava prima della guerra. Nella sola città di Tuzla, più dell'80% dei ritornati non vive più nelle proprietà che gli sono state restituite.

Ai.Bi e i suoi interventi

Prima di iniziare a raccontare la mia esperienza di lavoro, è bene dire qualcosa su Ai.Bi, a cui va il mio più sentito ringraziamento per avermi permesso di fare questa esperienza. In particolare, un grazie speciale va a Bojana e Sanda, dell'Ufficio Ai.Bi di Sarajevo, per la calorosa accoglienza che ha reso più gradevole la mia permanenza lì.

Ai.Bi è una ONG costituita nel 1986 da un movimento di famiglie italiane che, avendo accolto un bambino abbandonato tramite l'adozione, hanno deci-

so di mettersi al servizio dei bambini, ovunque essi vivano. La loro missione è quella di fare in modo che ogni minore abbandonato possa vivere e crescere in una famiglia, per sentirsi veramente figlio, e di dargli l'occasione di instaurare una relazione nella quale riceva gratuitamente amore e impari a sua volta a donarne. Il loro obiettivo principale è quello di tutelare, in ogni parte del mondo, il diritto di ogni bambino a essere figlio. Come ONG, ha progetti sui minori in diverse parti del mondo, tra cui i Balcani. Inoltre è un ente autorizzato a realizzare adozioni internazionali in vari Stati, tra cui Albania, Bulgaria, Moldavia, Romania, Russia, Ucraina, Marocco, Bolivia, Cile, Colombia, Ecuador, Honduras, Perù, Cina, Pakistan, Sri Lanka.

Ai.Bi ha 7 sedi in Italia e 18 all'estero, nonché 23 volontari espatriati tra i Balcani (Bosnia, Kossovo, Albania), l'Europa dell'Est (Moldavia, Romania, Ucraina, Bulgaria, Russia), il Marocco, il Brasile, la Colombia, il Perù, la Bolivia e lo Sri Lanka.

Ai.Bi é stata presente in Bosnia Erzegovina dal 1994, inizialmente con progetti finalizzati a fronteggiare l'emergenza e successivamente con interventi più strutturati destinati a ricostruirne il tessuto sociale e civile e rivolti ai minori vittime del conflitto. All'inizio l'intervento era prevalentemente rivolto alle famiglie monoparentali, con il padre deceduto a causa della guerra, ed era finalizzato a offrire ai bambini e alle loro mamme un luogo in cui incontrarsi, socializzare e risollevarsi psicologicamente dal dramma della guerra. Nello specifico, i progetti portati avanti da Ai.Bi in Bosnia sono stati i seguenti:

- realizzazione e gestione di 4 centri e servizi dedicati alla famiglia, presso le municipalità di Novigrad, Ilidza, Trnovo e Tuzla (1994);
- realizzazione e gestione di una rete di centri di aggregazione giovanile presso le municipalità di Zepce, Banja Luka; Brcko; Velika Kladusa, Rudo (1995);
- realizzazione e supporto a cooperative sociali femminili presso le municipalità di Novigrad e Ilidza (Cantone di Sarajevo - 1997);
- attività di adozione internazionale (dal 2006 ad oggi).

Nel 2006, anno in cui io sono andata in Bosnia-Erzegovina, le zone interessate dal progetto erano:

- Sarajevo e alcune municipalità del suo cantone: Sarajevo è la "città simbolo" della drammatica guerra in Bosnia Erzegovina, dove le condizioni di vita della popolazione portano ancora le conseguenze dell'assedio durato oltre quattro anni;
- Tuzla: città a 130 chilometri da Sarajevo, duramente bombardata durante la guerra per la presenza delle sue centrali termoelettriche, nel cui distretto si trovano ancora numerosi campi profughi;
- Trnovo: villaggio di montagna a circa 50 chilometri da Sarajevo, all'interno della Repubblica Sprska, zona a predominanza serbo-bosniaca. Il villaggio è stato distrutto durante la guerra e le strutture educative sono state chiuse per mancanza di fondi.

– Banja Luka: città più importante della Repubblica Sprska che ospita uno degli istituti maggiormente numerosi di tutta la Bosnia Erzegovina.

Nel corso degli anni, sono stati oltre 4.000 i bambini e le donne che hanno usufruito in Bosnia Erzegovina del supporto di Ai.Bi; le attività di cooperazione di Amici dei Bambini sono cessate nel 2009, mentre Ai.Bi rimane ancora oggi presente come ente che si occupa di adozioni internazionali.

La mia esperienza

La mia esperienza di tirocinio è stata molto interessante prima di tutto su un piano umano, poi anche su quello professionale. Studiare gli effetti a lungo termine delle guerre sulla salute mentale è molto interessante per quanto non semplice. L'idea iniziale, quando ho deciso di fare il tirocinio in Bosnia, era quella di trascorrere un periodo di tempo accanto agli operatori di Ai.Bi presso alcune realtà dove loro lavoravano direttamente o indirettamente, per potere osservare e svolgere accanto a loro attività di supporto alle vittime della guerra. Tale idea si è poi sviluppata e arricchita una volta arrivata sul luogo, grazie alle due operatrici di AiBi presso l'Ufficio di Sarajevo, le quali mi hanno messo in contatto con altre organizzazioni e associazioni presenti in altre città, che si occupano di vittime di traumi da guerra. Così ho potuto lavorare con loro e conoscerne l'esperienza umana e professionale. Infatti, come è emerso successivamente, alcune operatrici sono state in prima persona vittime di PTSD o di altre forma di trauma tipiche della guerra.

Oggi nel mondo le persone affette da disturbo post-traumatico da stress sono milioni: solo nella ex Jugoslavia si calcola che il 29,2% dei rifugiati, il 75% degli sfollati e l'11% dei civili residenti presentino gravi disturbi psicologici dovuti all'esperienza della guerra. In Bosnia si stima che circa un milione e mezzo di persone, tra civili e militari, soffrono di PTSD.

Attualmente si ritiene che i fattori implicanti nello sviluppo e nel mantenimento dei disturbi post-traumatici siano i seguenti (Briere, 1997; Carlson e Dalemberg, 2000):

– tipo di evento stressante;
– variabili relative alla vittima;
– risposta soggettiva all'evento stressante;
– supporto e risorse sociali.

Secondo Briere (1997), la combinazione di questi fattori può generare essenzialmente tre tipi di risposte post-traumatiche (con caratteristiche legate alla specifica cultura), che non si escludono a vicenda:

– disturbi da stress
– disturbi dissociativi
– altri generi di disturbi.

Rispetto a quanto ho avuto modo di osservare durante il mio lavoro in Bosnia-Erzegovina, questo modello mi ha molto aiutata a capire e a leggere una serie di fenomeni, nonché a pensare i relativi interventi "terapeutici". Infatti, quello che davvero è venuto a mancare – in gran parte anche ora, dopo il conflitto - è proprio la quarta componente, ossia il supporto e le risorse sociali. Ciò è ovviamente dovuto alla situazione politica ed economica dettata da tanti anni di conflitto, e al fatto che tutta la popolazione è stata traumatizzata dalla guerra e ha vissuto eventi estremi. Questo giustifica in gran parte, a mio avviso, la massiccia presenza di disturbi post-traumatici in questi Paesi.

Ritornando alla mia esperienza di tirocinio, essa è cominciata appoggiando le attività di Ai.Bi a Sarajevo, precisamente a Ilidža, presso il CBF; poi ho continuato andando a visitare altri progetti e alcune associazioni che in Bosnia si occupano di trauma postbellico, spostandomi soprattutto a Tuzla. Infine, gli ultimi giorni, sono anche uscita per dei giri di ricognizione con il team della Croce Rossa Internazionale grazie alla gentilezza e disponibilità della dottoressa Michela Rezza Sanchez.

Questo lavoro è pertanto il racconto di tante storie ascoltate, di molti volti tristi e al contempo speranzosi, di molti incontri con persone che ancora credono che sia possibile vivere oltre il trauma e che sia possibile una ricostruzione, prima personale e poi collettiva. Va detto subito che, dopo la guerra, arrivarono in Bosnia moltissimi aiuti umanitari, quindi anche economici. Così fu più facile per alcune ONG locali riuscire a fare un certo tipo di lavoro sul post-emergenza. Oggi, a quindici anni circa dalla fine del conflitto, molte organizzazioni internazionali sono andate via e molte ONG locali faticano a portare avanti le loro attività, sebbene i problemi non siano affatto finiti; anzi, molte delle conseguenze psicologiche lasciate dai vari traumi da cui la maggior parte della gente fu colpita restano senza attenzione e quindi senza soluzione. Inoltre, è come se ci fosse un atteggiamento generale che consiglia il silenzio: si ha come la sensazione che sia in atto un tentativo di rimozione collettiva del trauma guerra, una "cospirazione al silenzio", segno che i tempi per una vera rielaborazione e riconciliazione sono ancora molto lontani. A molti politici non fa piacere che la gente sappia la verità su tante cose accadute durante gli anni dell'assedio (genocidio, torture, creazione di fosse comuni), ma ciò è vitale e fondamentale per una riconciliazione. Migliaia di questioni irrisolte creano lacerazioni durevoli, che, se restano senza risposta, rendono molto più problematico riemergere dal conflitto e dal trauma. Un esempio per tutti in tal senso resta Srebrenica, o altri posti dove sono state rinvenute le fossi comuni di migliaia di bosniaci; le persone del luogo dicono, a fatica, che finché non troveranno i loro cari non avranno tregua, e sarà molto difficile poter vivere "in pace" con se stessi e con i propri vicini. Spesso la difficoltà a far ripartire un dialogo si scontra con le difficoltà a ricostruire la verità, a far luce sulla sorte degli scomparsi e a impedire che i responsabili restino impuniti. Negli anni sono nate anche alcune associazioni "spontanee", come per esempio The women of Srebrenica o l'associazione bosniaca Donna vittima della guerra, che cercano di evitare che con il tempo tutto venga dimenticato e chi è stato vittima finisca veramente per impazzire dal dolore e dalla sofferenza, dovuti anche al fatto di

non essere più ricordati.

Altro aspetto da sottolineare: è difficile reperire personale sanitario formato in maniera specifica sul trauma, e per anni in Bosnia la figura dello psicologo ha coinciso con quella del pedagogista. La formazione universitaria, infatti, era unica e le specializzazioni in psicoterapia non esistevano - bisognava andare a studiare in Croazia o in Serbia. Oggi qualcosa esiste; tuttavia sono presenti pochissime scuole e la maggior parte delle persone continua a doversi spostare all'estero per specializzarsi. Questo ha creato, e continua a creare, delle difficoltà nel fare un lavoro mirato e nel capire cosa fare per aiutare le tante vittime di traumi a ritornare a una vita "normale". D'altra parte, sappiamo bene che la psicotraumatologia è una disciplina recente: la diagnosi, la farmacoterapia, la psicoterapia e la conoscenza dei disturbi connessi a esperienze traumatiche non sono certo ancora adeguatamente approfondite.

In Bosnia, però, l'esperienza col tempo ha permesso di mettere a punto dei metodi e delle strategie di intervento psicologico interessanti, che ho avuto modo di osservare. Mi dispiace non poter raccontare anche il lavoro di altre associazioni (per es., Vive Zene a Tuzla) la cui conoscenza è stata per me motivo di crescita e di grande interesse umano e professionale.

Inizierò pertanto raccontando le esperienze fatte al CBF e poi a Zuzlanska Amica.

Il mio lavoro presso il CBF

La prima settimana a Sarajevo ho iniziato ad appoggiare il lavoro degli "operatori familiari" del CBF, aperto da Ai.Bi. nel 1998 a Ilidza. Općina Ilidža é uno dei nove municipi che compongono il cantone di Sarajevo. Durante la guerra, Ilidiža, insieme a Sarajevo, ha sofferto l'assedio più lungo della storia, nel corso del quale molti edifici e quasi tutte le infrastrutture sono stati duramente colpiti. Dopo la guerra, Ilidža ha cominciato pian piano ad essere ricostruita grazie alle donazioni delle organizzazioni umanitarie e alle risorse del municipio.

La fase di emergenza, quella raccontata a lungo dalle immagini televisive durante gli anni della guerra, quella delle bombe, della pulizia etnica, della lotta quotidiana per il cibo, è terminata. Ma una guerra sottile e nascosta, lontana dai riflettori, continua: è quella che combattono quotidianamente le famiglie bosniache per garantire ai propri figli la possibilità di crescere serenamente e di vivere in un ambiente "normale".

Il quartiere di Sokolovic Kolonija, nel comune di Ilidža, che ospita il Centro servizi al bambino e alla famiglia, conta oggi 7.513 abitanti, 1.100 profughi della Bosnia Erzegovina e 713 profughi provenienti dalla Serbia e dal Monte Negro. Vicino al centro c'è la scuola elementare-media frequentata da 800 allievi, la maggior parte dei quali partecipa alle attività organizzate dal centro.

Il CBF di Sokolović Kolonija è stato aperto nel maggio del 1998 con lo scopo di migliorare le condizioni di vita delle donne, soprattutto delle numerosissime vedove di guerra rimaste sole con i propri figli. Ecco perché inizial-

mente fu chiamato Centro per le donne. Sin dall'inizio il Centro è stato allestito in modo tale da creare alcune classi, una biblioteca e uno spazio per l'animazione in cui organizzare diverse attività rivolte sia alle madri che ai bambini. L'obiettivo era quello di offrire loro la possibilità di stare insieme, parlare, uscire da un silenzio che non faceva che precipitarle nella depressione, condividere i loro problemi, chiedere consigli, rinforzare la fiducia in se stesse e negli altri, e trascorrere il tempo in un'atmosfera accogliente. Oggi tutto ciò continua perché i loro problemi non sono affatto finiti; inoltre, si cerca di sviluppare un'educazione ai diritti umani per le donne e i bambini.

A Sokolovic Kolonija partecipano attualmente 113 famiglie, che vengono periodicamente visitate dagli operatori. Inoltre all'interno c'è un asilo per i più piccoli. Tanja Kartal è la direttrice del centro, una persona meravigliosa e molto sensibile. In questi anni Tanja ha maturato una importante esperienza che oggi la aiuta nella gestione delle attività e del personale. Conosce molto bene la realtà in cui vive e ha uno stretto contatto con tutte le famiglie, peraltro sempre più numerose, che accorrono al centro. Tanja è coadiuvata da sei operatori familiari (tra cui una psicologa, una pedagogista e un assistente sociale) e tre maestre per l'asilo, che sono alcune delle donne che inizialmente frequentavano il centro e che hanno perso i mariti a causa della guerra. Il kinder garden è frequentato da circa 25 bambini.

Tanjia mi racconta che i principali problemi che ancora oggi riscontra sono quelli legati sia alla povertà materiale che ai segni psicologici lasciati dalla guerra (elaborazione del lutto, problemi emotivi, violenza, alcool, depressione). Molte delle persone che frequentano il centro, infatti, hanno difficoltà a comunicare e a parlare dei loro problemi e di cosa è loro successo. Presentano problemi di grande insicurezza, disistima, di socializzazione e ansia. I maggiori sorsero quando la guerra finì e la gente dovette ritornare alle proprie case. Intere famiglie, che proprio a causa della guerra si erano dovute spostare altrove, finito il conflitto dovettero rientrare e non tutte furono contente di farlo. "Oggi un grosso problema generalizzato resta il dubbio circa il futuro, un futuro che non sembra presentarsi per nulla buono. Il fatto di vivere con un sentimento permanente di insicurezza, di precarietà produce ulteriori conflitti e sofferenze psicologiche".

Il mio lavoro presso il CBF è consistito soprattutto nel visitare le famiglie insieme a Senka, la psicologa del CBF, oltre che nel partecipare ad alcune attività con i ragazzi. Senka, per fortuna, parla molto bene l'inglese; così, ha sempre tradotto per me, pazientemente; a lei va il mio più sentito ringraziamento. Riporterò di seguito una delle tante storie di alcune famiglie visitate durante il mio lavoro, famiglie che hanno subito, e continuano a subire, gli effetti e i traumi della guerra.

17 settembre 2006. La storia di Elma

Arrivo al CBF, come ogni mattina, alle nove. Stamani a Sarajevo piove a dirotto, ma tutti mi dicono che mi ci devo abituare! Dopo aver chiacchierato un po' con Senka e Tanja, iniziamo a programmare il giro di visite. Così cono-

sco Elma e la sua storia, una storia comune, ahimé, in questa parte di Europa così vicina a noi. Il CBF conosce Elma perché il fratellino di quattro anni frequenta il kinder garden del centro. Elma parla molto bene l'italiano, così non c'è alcun bisogno di traduzione. Lei infatti da più di due anni, ogni estate, è ospite di una famiglia palermitana, grazie a una delle tante associazioni italiane che accolgono "orfani di guerra". Oggi Elma ha diciassette anni; ha perso la madre quando ne aveva quattro, uccisa all'inizio della guerra dai serbo-bosniaci. Elma e la sua famgila sono bosniacchi: lei, infatti, si definisce musulmana. Dopo la morte della madre, il padre si risposò due volte; la prima con una croata, dalla quale ebbe una figlia. Elma racconta che la matrigna la maltrattava, così il padre la lasciò. Poi si risposò. Con la terza moglie Elma ha un buon rapporto. Da questa unione è nato Elmir, il fratellino di quattro anni. Il padre di Elma fa il tramviere ed è spesso fuori per lavoro; la matrigna fa la segretaria. Elma è sempre cresciuta con la nonna paterna, che tuttora vive con loro e ha 62 anni.

La ragazza sembra disponibile al dialogo, sebbene nervosa ed "emotiva" (sembra sempre sul punto di scoppiare a piangere). Mi racconta di aver visto morire la madre, era con lei quando è successo (più precisamente era tra le sue braccia) e questo, dice, non potrà mai dimenticarlo. Non parla facilmente di questo episodio né degli anni della guerra; soprattutto dice di non poterne parlare in famiglia né con il padre né con la nonna. Col padre, infatti, aveva iniziato a parlarne quando cominciò a crescere, ma lui tutte le volte non faceva che piangere, come del resto capitava anche alla nonna. Adesso evitano i discorsi riguardanti la guerra e la morte e parlano solo di quotidianità, così, dice, nessuno piange, anche perchè "quando qualcuno piange io ho l'impressione di soffocare". Nel tempo Elma ha imparato a tenersi tutto dentro, sebbene, dice, le piacerebbe ogni tanto poter ricordare insieme a qualcuno. "Mi sforzo, adesso, di fare una vita normale, studio per diventare infermiera ma non mi piace, appena finirò mi piacerebbe iscrivermi a psicologia. Cosa devo fare? Si deve pur vivere. Spesso non ho voglia di fare nulla, così resto a dormire perché a scuola vado nel pomeriggio".

I racconti dei bambini e dei ragazzi sono testimonianza del loro vissuto, specchio dei loro sentimenti e delle loro paure. Ci rimandano gli echi degli eventi che li hanno colpiti, ci illustrano il loro modo di percepire e costruire il mondo, così come possono, dentro i percorsi che gli adulti hanno costruito per loro. Non è stato facile parlare con loro, farsi raccontare le loro storie, non sempre hanno voglia di raccontare, spesso hanno bisogno di essere stimolati adeguatamente, di essere aiutati a ricordare, di entrare in un rapporto di fiducia e di confidenza. Altre volte non hanno proprio alcun desiderio di raccontare il loro dolore. Altre ancora non riescono a farlo. I bambini sono considerati, in genere, una categoria a maggior rischio per disturbi psichici post-disastro. Esiste un'interessante letteratura sulle reazioni dei bambini alle calamità (Green et al., 1994; Hardin et al., 1994; La Greca et al., 1996; Lonigan et al., 1994; Pynoos et al., 1993; Rubonis e Bickman, 1991; Vernberg et al., 1996) che qui non ci sarà lo spazio per affrontare. Nel volume di Beverley Raphael (1987, cap. 7), è possibile trovare una delle più complete rassegne finora disponibili della letteratura sui disturbi infantili post-disastro di interesse psichiatrico. Dagli

studi di Raphael, per esempio, si evince che le modalità con le quali il bambino vive le esperienze del disastro sono strettamente legate ai comportamenti e alle reazioni dei genitori e della famiglia. I sentimenti di paura e di minaccia sono vissuti sia direttamente che indirettamente, soprattutto nei bambini più piccoli, tramite l'identificazione e la risposta alle reazioni genitoriali. Peraltro, Valent (1984) nota che i bambini talvolta possono avvertire il pericolo più chiaramente degli adulti perché, come già aveva osservato Terr (1979), essi non usano la "negazione" così spesso come fanno gli adulti di fronte all'eventualità di eventi così traumatici. In una fase successiva all'impatto del disastro, il bambino tenterà di elaborare l'esperienza vissuta e di darle un significato mediante sogni ricorrenti, giochi e racconti nei quali potrà rivivere l'evento.

Per indagare e comprendere le risposte psicologiche del bambino al disastro, è fondamentale tener conto del fatto che egli, in tale situazione, sperimenta la paura della morte, cosa che, soprattutto a certe età, può incidere anche molto negativamente sul suo sviluppo psicologico; i bambini molto piccoli possono non essere in grado dare un significato alla morte, e l'incontro con essa li lascerà profondamente angosciati e disturbati nel loro equilibrio. Anche in questo incontro è importantissimo il ruolo dei genitori. Infatti gli studi hanno rilevato che nelle famiglie sembra esserci una relazione reciproca tra la risposta di stress acuto della figura di accudimento e quella del bambino, per cui la risposta di stress di uno dei due amplifica quella dell'altro, ponendo sia il bambino che l'adulto in una condizione di rischio per problemi più a lungo termine. Un altro studio interessante è quello di Bolin (1982), il quale ha studiato ampiamente i vari fattori che influenzano i processi di recupero della famiglia visti sotto quattro aspetti principali (emozionale, economico, dell'alloggio e della qualità della vita). In tale studio i processi di recupero nella loro globalità risultavano condizionati principalmente dalla perdita di familiari o amici, dai danni materiali e da altre forme di stress quali, in primo luogo, le evacuazioni con frequenti spostamenti.

A proposito della gravità delle reazioni di stress dei bambini, in generale essa dipende dai seguenti fattori:

- vicinanza alla zona dell'impatto:
- consapevolezza del disastro;
- avere subito lesioni fisiche o meno;
- grado di menomazione;
- avere visto o no il ferimento o la morte di familiari o amici;
- pericolo di vita reale o percepito;
- durata della disorganizzazione della propria vita;
- perdita di beni materiali personali o familiari;
- intensità dell'effetto di disorganizzazione familiare;
- condizioni precedenti al disastro (esistenza di traumi passati, esistenza di problema psicopatologici personali, presenza di perdite o altri stressor importanti nell'ultimo anno);
- probabilità del ripetersi del disastro;
- livello di sostegno sociale disponibile;

– percezione/interpretazione delle cause.

Dunque, i bambini rappresentano un gruppo ad alto rischio in caso di eventi catastrofici, essendo dotati di minori capacità di fronteggiamento delle situazioni stressanti e di maggiore vulnerabilità a causa delle questioni evolutive connesse all'età, al sesso, alla maturità, all'identità, alle relazioni. Pertanto, è opportuno farli sentire protetti ed evitare di aggravare lo shock allontanandoli da ulteriori stimolazioni traumatiche, dalla vista di scene di morte e distruzione e dal contatto con superstiti e feriti. Occorre fare di tutto per aiutarli a ridurre la paura, recuperare il senso di sicurezza e riconnettersi con la realtà. Se si tace o si è vaghi riguardo all'evento, si lascia il bambino da solo con i suoi pensieri, con la sua immaginazione, con domande senza risposta e con tutta l'incertezza che questo crea. Se non viene data alcuna informazione, lasciamo il bambino alle sue fantasie, che in genere sono peggio della realtà. Le fantasie negative possono provocare un senso di ansia e di terrore che lasciano segni permanenti. Le reazioni sono diverse, a seconda dell'età e dell'importanza emotiva dell'evento, della violenza o della perdita. I bambini in genere hanno difficoltà a verbalizzare le loro emozioni che, in genere, si esprimono con irrequietezza, agitazione, scoppi di rabbia, paura del buio, problemi di sonno, incubi e paura dell'abbandono. Possono anche riferire sintomi fisici come mal di testa o di stomaco. Quando scoppiano a piangere o diventano molto tristi apparentemente senza motivo, può voler dire che stanno lottando con il dolore e che hanno bisogno di aiuto. Per fornirglielo occorre dare messaggi chiari e trasmettere al bambino le informazioni in modo aperto e sincero, soprattutto su quello che è successo, sta succedendo e succederà.

I genitori sono le persone più indicate per informare e preparare il bambino; in caso di loro assenza, deve provvedere una persona che il bambino conosce bene, di cui si fida. Occorrono il tempo e la tranquillità necessari per parlare. L'adulto deve ascoltare le domande del bambino e rispondere con sincerità, accettando e rispettando le emozioni del bambino. Silver, Perry e Bloch (1985) riferiscono che lo stress indotto dall'interazione genitori-figli durante un disastro è considerevole, specie se i genitori presentano difficoltà ad affrontare la crisi e a offrire un supporto emotivo ai figli. Questo, come abbiamo visto, è accaduto nel caso di Elma, poiché la nonna e il padre, a causa dei loro stessi traumi, lutti e altri problemi ad essi connessi, non sono in grado di farlo. Sono questi i casi in cui è maggiore il bisogno di un aiuto specialistico. I bambini reagiscono in modo diverso, alcuni piangono o protestano oppure negano la realtà, altri dimostrano apatia e si comportano come se non avessero sentito quello che gli è stato appena spiegato ma devono avere la possibilità di poter riprendere l'argomento con le loro domande e di ricevere risposte sincere. Se non ci sono risposte, allora bisogna dirlo al bambino. I bambini questo lo capiscono.

Il lavoro di Tuzlanska Amica

Il trauma di massa può essere espresso a parole solo dopo un certo tempo. Mentre l'av-

venimento traumatico accade, la vittima deve essere cieca, sorda e muta, deve cancellare quello che vedrebbe e sentirebbe normalmente. Altrimenti non riuscirebbe a sopravvivere [...] Per qualche ragione costitutiva, quasi per definizione, un trauma di massa non è testimoniabile.

(L.J. Kaplan, Voci dal silenzio, 1995)

Racconterò infine il lavoro di Irfanka Pasagic e dell'associazione Tuzlanska Amica, da anni in contatto con associazioni ed enti locali italiani per sostenere le vittime di Srebrenica e della guerra.

Personalmente ho conosciuto Irfanka quando sono stata a Tuzla; infatti, mi ero messa in contatto con lei dopo avere saputo del lavoro che da anni porta avanti con le vittime di traumi da guerra, soprattutto donne e bambini. Avendo letto vari suoi lavori e interventi, mi sembrava interessante andare a conoscerla, visitare il suo centro e vedere dal vivo cosa faceva e com'erano organizzato.

Irfanka è psichiatra e psicoterapeuta psicoanalitica, ed è di Srebrenica. Ha alle spalle circa venti anni di lavoro, ha studiato medicina in BiH e poi ha finito di formarsi in Croazia, a Zagabria. L'incontro con lei è stato emozionante oltre che interessante professionalmente.

Dal 1992, con l'associazione Tuzlanska Amica, Irfanka lavora con le vittime della guerra e dei lager, in prevalenza minorenni e donne con traumi multipli da guerra, violentate e rinchiuse in campi di concentramento. "In BiH ci sono circa un milione e mezzo di persone che soffrono di problemi psichici dovuti alla guerra, il cosiddetto PTSD. Non esiste a livello nazionale una vera strategia per la salute mentale, si parla di trauma da guerra, di PTSD, ma realmente, psicologicamente, non si fa nulla. Per poter fare in modo che le vittime metabolizzino il loro vissuto cerchiamo di trovare il modo di dialogare con loro, di far emergere quanto è accaduto, ma la difficoltà è enorme, soprattutto con le famiglie di Srebrenica. Non riusciremo a risolvere i loro traumi, finché l'esumazione e l'identificazione dei corpi non sarà effettuata. In genere abbiamo lavorato sia attraverso la psicoterapia individuale che di gruppo. I gruppi sono costituiti da circa 7-8 pazienti che si riuniscono una volta la settimana per circa due ore. È la paziente a decidere se e fin quando vuole partecipare alle sedute. Durante la ricostruzione del trauma emergono dei frammenti e l'obiettivo è metterli assieme in modo da creare come un film degli avvenimenti. Prestiamo molta attenzione alle emozioni, per vedere se sono adeguate e collegate agli eventi traumatici. Sappiamo che non dobbiamo avere fretta perché la ricostruzione del trauma è traumatica essa stessa".

Durante gli incontri, Irfanca ci racconta come lavora e ci spiega che l'obiettivo è fare in modo che l'esperienza possa diventare pensiero e parola. "Il tempo si trasforma in storia solo se c'è una intensa narrazione interna. Il racconto dà forma a ciò che è uniforme. La memoria traumatica può essere intesa come una serie di istantanee o un film senza sonoro, il ruolo della psicoterapia è fornire la musica e le parole" (Snider, 1986).

Raccontare l'esperienza è fondamentale perché è il primo passo per uscire dalla confusione. Le persone traumatizzate sono molto confuse; raccontare

significa organizzare, pensare, condividere l'esperienza. È importante perché le persone traumatizzate tendono a isolarsi. Nel lavoro terapeutico con le donne, il primo obiettivo continua ad essere quello di aiutarle a ricostruire il trauma per riappropriarsi delle loro energie vitali e renderle capaci di affrontare la realtà in modo positivo e funzionale. Alcune donne che hanno finito la psicoterapia possono entrare nei nuovi gruppi "aperti" per continuare ad avere un sostegno. Tali gruppi si riuniscono ogni 15 giorni e non lavorano più sul trauma ma sul presente. Il 40% delle donne che hanno finito una psicoterapia sente la necessità di partecipare a un nuovo gruppo; l'obiettivo del gruppo aperto è fornire energie per poter affrontare la vita, poter pensare e progettare il futuro. Hanno osservato che le donne di Tuzla possono cominciare a pensare al futuro, mentre per le profughe è assai più difficile: molte di loro non sanno più nulla dei loro mariti, dei loro figli e non hanno più una casa dove tornare. Si sentono vuote, un vuoto causato dagli inelaborabili lutti per gli scomparsi. Durante la guerra avevano la speranza della pace, mentre adesso, con questa pace, non sanno più cosa sperare, se non il ritrovamento dei corpi dei loro cari. Il gruppo non sembra essere utile per tutti i tipi di traumi; per esempio, nel caso dello stupro è meglio un setting individuale. In ogni caso, la ricostruzione del trauma, comportando una diminuzione dei sintomi, permette alle donne di ritrovare l'investimento in progetti di lavoro per riprendere contatti con la vita.

Irfanka e il suo gruppo iniziarono a lavorare in pieno conflitto armato, senza acqua, luce, né cibo. Da questa esperienza, nel 1996 nacque ufficialmente l'associazione. Ben presto si resero conto che c'erano molti bambini e non si potevano aiutare le donne senza aiutare anche i loro figli. C'erano anche uomini, ma non hanno mai avuto alcun progetto specifico su di loro. È un problema, è difficile reperire fondi per progetti sugli uomini, nessuno vuole appoggiarli e fare qualcosa per loro perché sarebbe come appoggiare l'esercito. Così nessuno si è occupato di loro e dei loro problemi. Oggi stanno cercando di fare qualcosa da soli e hanno creato una loro associazione che si chiama Stecak - si tratta di ex militari che soffrono di PTSD.

Senza dubbio sono comunque i bambini la categoria più a rischio, ed è su di loro che si concentrano le attività di Irfanka e il suo gruppo. Attualmente comunque stanno lavorando anche con ragazzi di più di diciott'anni. Sono usciti dall'orfanotrofio e ora si ritrovano sulla strada in situazioni drammatiche. Oggi nell'associazione lavorano circa 14 persone; da poco hanno creato, grazie a finanziamenti della Regione Emilia Romagna, una casa-appartamento per i più grandi. A diciott'anni, infatti, non sono in grado di essere indipendenti e per loro trovare un lavoro è praticamente impossibile. Molti sono originari dell'area di Srebrenica. Nel massacro dei musulmani di Srebrenica sono scomparsi o sono stati uccisi circa 10.000 uomini. Ci sono villaggi dove sono state ricostruite tutte le case tranne quelle dei bambini che hanno perso i genitori; che non ci sia un posto dove questi ragazzi possano vivere è un grosso problema.

Riguardo al personale che lavora nell'associazione, Irfanka afferma che è difficile trovare psicologi formati e specializzati, specialmente in psicotraumatologia. Dice di aver fatto in passato, subito dopo la guerra, una pessima espe-

rienza con gli americani, che, sostiene, sono andati lì per curare e hanno invece commesso molti errori. Anche lei è stata negli Stati Uniti a frequentare un corso ma ritiene di non avere sentito nessuna parola intelligente!

Parlando in maniera specifica di come il suo gruppo lavora e cerca di affrontare il problema del PTSD causato dalla guerra, Irfanka racconta così la loro esperienza professionale:

> Non credo che esista un modello o una tecnica ideale per curare il PTSD e altri traumi; piuttosto, ogni modello va adattato al singolo caso, al contesto, allo stato della persona prima del trauma, alla sua condizione attuale e all'appoggio (se esiste) che riceve nel contesto sociale. In parte la nostra attività si svolge nella casa che abbiamo acquistato, e poi lavoriamo soprattutto sul campo. Andiamo direttamente dalle famiglie: la nostra intenzione è di aiutare la famiglia nel suo complesso. Ci sono molte famiglie senza uomini. Il sistema patriarcale in cui l'uomo si occupava del mantenimento della famiglia e la donna se ne stava a casa è andato in mille pezzi. Con la guerra, tutti i ruoli e la stessa cultura familiare sono cambiati. Inoltre c'è un diffuso uso di sostanze stupefacenti, un problema che non esisteva prima della guerra. C'è una situazione sociale molto difficile e tutto questo provoca gravi depressioni e il tasso di suicidi è in aumento. Un problema molto importante riguarda la relazione madre-figlio: le madri hanno grosse difficoltà a comunicare con i figli, anche con quelli nati durante e dopo la guerra.
>
> I meccanismi di difesa più utilizzati sono la negazione, la rimozione e la regressione, spesso anche la dissociazione. Le emozioni legate ai traumi da guerra che emergono sono: paura, rabbia, impotenza, tristezza, aggressività, vergogna e senso di colpa per essere sopravvissuti. In molti casi di donne stuprate è saltato ogni tipo di protezione affettiva e sociale e da questo derivano spesso il silenzio, l'isolamento, la vergogna e la colpa. Le bambine e le adolescenti stuprate sono spesso rigettate dalla comunità. C'è poi il problema delle persone rimpatriate dopo la guerra: nei loro confronti vengono spesso usate parole molto pesanti per farle sentire in colpa: “Tu non eri qui quando c'erano le bombe”. In questo modo i rimpatriati si sentono stranieri nella loro stessa terra. I bambini emigrati durante la guerra hanno vissuto peggio; quando compilano la scheda per la misurazione del trauma, indicano come esperienza maggiormente negativa “il non essere qui”. A livello nazionale, nessuno si occupa specificatamente di tutto ciò: l'assistenza psicosociale è molto scarsa in questo Paese. Ci sono molti documenti scritti a livello nazionale per le persone che hanno subito traumi durante la guerra, i quali impostano una sorta di strategia per la Bosnia Erzegovina. Purtroppo sono però lettera morta. Non esiste alcuna strategia effettiva. C'è anche una grave mancanza di informazione in merito alle persone che soffrono di questi traumi. Abbiamo provato a fare qualche cosa attraverso l'UNICEF in collaborazione con alcune scuole: da questa nostra ricerca volta a individuare quanti bambini soffrono di problemi psicologici sono emersi dati catastrofici! Molti bambini presentavano sintomi preoccupanti, bambini che non erano neppure nati durante la guerra ma che avevano sintomi di cosiddetti traumi secondari. L'UNICEF ha attuato nelle scuole un programma per insegnare ad ascoltare i bambi-

ni, ma si è dimenticata che anche gli insegnanti erano traumatizzati: accadeva che un bambino leggesse il proprio tema e l'insegnante si mettesse a piangere. La guerra è finita ma i traumi non sono scomparsi e si presenta un lavoro difficile, e tempi lunghi. Molti bambini dopo la guerra disegnavano le figure umane di riferimento senza mani, a voler dire: sono troppo ferito, toccami poco, toccami piano o, anche, non toccarmi.

Lavorando durante la guerra sui traumi abbiamo messo a punto strategie e servizi mai realizzati in questo Paese: la specificità è costituita dal fatto che i disturbi connessi ai traumi sono stati considerati come disturbi normali che richiedono un approccio multisettoriale.

Poi ci sono famiglie i cui cari sono scomparsi. In molti di questi casi, una rielaborazione del trauma non è ancora cominciata. Non riesce possibile sino a quando i corpi non vengono identificati. Tutto è connesso. È difficile avviare un processo di elaborazione del lutto quando non c'è nessuna prova materiale che la persona sia veramente morta. I bambini i cui genitori sono scomparsi sono spesso esposti a informazioni contraddittorie. Ci possono essere moltissime cose dietro la parola "scomparso". Sono in tanti a dire: "Ma se almeno sapessi dov'è, dove è morto, starei meglio". Esistono molte situazioni patologiche rispetto alle quali non possiamo che dare il nostro sostegno, senza pensare di riuscire a risolvere il trauma.

Inoltre, abbiamo osservato che, tra prima e dopo la guerra, i sintomi psichici predominanti sono cambiati. Prima i sintomi principali erano i flashback e altri sintomi intrusivi, adesso sono diffusi soprattutto i sintomi di evitamento, i sintomi depressivi, i disturbi d'ansia e di dipendenza; inoltre, è come se la gente si aspettasse che da un momento all'altro debba accadere qualcosa di brutto. Hanno perso il controllo della loro vita e anche la speranza. Per certi versi era meglio durante la guerra perché avevano la speranza in un futuro migliore: "Ora siamo tutti stanchi, prima guardavamo al futuro come qualcosa di meraviglioso, ora non più". Può sembrare paradossale. Nessuno può pensare che durante la guerra si potesse stare meglio. Ma anch'io riconosco che c'era in quei tempi molta più forza, più energia in tutte le persone. Per me era molto più facile lavorare durante la guerra. Non avevamo cibo, non avevamo acqua, potevamo morire in qualsiasi giorno, però dentro di noi c'era la speranza che il domani potesse essere migliore: l'obiettivo era che la guerra finisse; ora l'obiettivo non esiste. Spesso non abbiamo nulla da proporre alle donne, si può lavorare solo sul presente, il che è sbagliato. È noto il fatto che durante le guerre diminuiscono le nevrosi, poiché tutte le forze psichiche si concentrano nella sopravvivenza. Così una volta che la tensione cala, la situazione si risolve e non c'è più la guerra, cala anche la concentrazione psichica. Spesso ci si dimentica che in Bosnia, come risulta dalla relazione dell'OMS, si trovano attualmente un milione e mezzo di persone con sintomi di stress post-traumatico. Uno dei sintomi è la mancanza di iniziativa e il timore, l'attesa, di un qualche evento catastrofico. Tutto questo comporta dei sentimenti molto negativi e la sensazione che, prima, in realtà fosse più facile. Devo sottolineare che ancora oggi, a dieci anni dalla fine della guerra, sono pochissime le persone che si occupano e aiutano le persone sofferenti di stress post-traumatico. Perciò, in una situazione economica così precaria e in con-

dizioni psichiche ugualmente disagiate, tante volte pensiamo che è vero, che era meglio, era più facile prima, durante la guerra. Quello che vorrei ricordare è che purtroppo le conseguenze del trauma non riguardano solo le vittime che lo hanno subito direttamente, ma si estendono ai figli, ai parenti. Se non facciamo qualcosa di veramente concreto per aiutare queste persone a riprendere una vita diversa, il problema si allargherà alle prossime generazioni. Nonostante siano nati molti bambini dopo la guerra, ancora oggi incontriamo sempre moltissimi bambini afflitti da una "traumatizzazione secondaria", che gli viene trasmessa dai loro genitori. Molti di loro continuano a pensare e immaginare il passato, non pensano al futuro. Oppure vi è il caso di molti adolescenti con problemi di "reincarnazione": hanno voglia di vivere in un altro mondo e sono dei potenziali suicidi.

Nei villaggi la situazione è ancora peggio, sono isolati e soli. Dal 1993 abbiamo un team mobile composto da assistente sociale, psicologa, medico ginecologo e cerchiamo di raggiungerli nei luoghi più isolati. La situazione più drammatica resta infatti quella delle campagne. Molte volte la gente non vuole parlare, anche perché è come se si fosse stabilito tra loro un vero "accordo di silenzio", questo ha fatto sì che molti problemi si sono oggi cronicizzati. Altro problema è che qui nessuno vuole più ascoltare: nei centri la maggior parte della gente è traumatizzata e presenta sintomi di PTSD, quindi nessuno è capace e in condizione di ascoltare l'altro, e notevolissimi sono i sintomi depressivi. Ci sono dei lutti, dei dolori atroci che richiedono più di una generazione per poter essere elaborati.

A proposito della metodologia dell'intervento, Irfanka sostiene che nel lavoro con persone traumatizzate in situazione di catastrofe collettiva è indispensabile un approccio multidisciplinare. Inoltre, il lavoro sul trauma in questi casi deve anche coinvolgere la famiglia e il contesto sociale circostante alla persona. In Bosnia, invece, l'appoggio sociale, prima molto forte nella cultura di questo Paese, è stato distrutto; tutti sono stati colpiti dalla guerra e sono stati in parte traumatizzati. Irfanka sostiene che non esiste un approccio ideale, ma che nel loro caso il migliore è risultato quello psicosociale.

Tante volte Irfanka mi ha ripetuto che parlare di trauma in Bosnia non è come parlarne in Italia, che occorre guardare alla storia del trauma e solo dopo si può decidere il metodo migliore per affrontarlo, che il silenzio e l'indifferenza spesso hanno fatto più male della persecuzione. Afferma:

Il trauma qui infetta l'individuo, ma anche la famiglia, il vicinato, una nazione. I risvolti collettivi di una sofferenza individuale in Paesi che hanno vissuto la guerra sono drammatici e duraturi. Si assiste in questi casi non solo all'improvviso crollo di intere comunità, ai loro sistemi di valori e legami sociali e familiari, ma anche agli effetti sulle generazioni future che porteranno il peso di queste sofferenze, spesso trasmettendole a loro volta. In un trauma sociale vengono rimaneggiati tutti gli aspetti dell'identità, crollano tutte le coordinate del senso di realtà e il soggetto si trova in un primo momento completamente esposto e senza difese. Il trauma azzera il tempo. In tali situazioni, diventano importanti il risarcimento, la restituzione, la riabilitazione e la commemorazione. Quindi la prima cosa che si

deve fare per ricostruire la vita in Bosnia-Erzegovina e a Srebrenica è arrestare, processare, condannare queste persone, questi criminali di guerra. Tutti noi che lavoriamo con persone traumatizzate abbiamo sentito tantissime storie e uno dei nostri compiti è sicuramente quello di scrivere, memorizzare, raccogliere il racconto di quello che è successo. Proprio per il dolore che alcune di queste storie fanno riemergere, probabilmente saranno raccontate solo dopo 20-30 anni, non subito. Ma una delle cose molte importanti che noi, e tutti, dobbiamo ricordare è che questa memoria deve essere conservata, non va dimenticata. Sicuramente anche i racconti di questa guerra a un certo punto usciranno fuori.

Vorrei concludere questa narrazione ricordando che in fondo il senso della psicoterapia è proprio quello di trasformare la miseria e il dolore in occasione di esperienza pensabile e comunicabile, toglierla dall'insignificanza e dal silenzio e darle nuova voce. La sfida terapeutica non consiste solo nel tentativo di curare cicatrici interne, ma anche nel dotare il paziente di mezzi con i quali ripristinare i vincoli sociali e il legame con la comunità umana.

Considerazioni conclusive

Forse è questo ciò che succede durante una guerra, che all'improvviso le parole diventano superflue, perché non possono più esprimere la realtà. La realtà si sottrae alle parole conosciute, e nuove parole, nelle quali stipare questa nuova esperienza, semplicemente non ci sono.
(S. Draculic, Come se io non ci fossi, 2000)

Ho cercato di raccontare di donne e bambini traumatizzati dalla guerra bosniaca, ma potrebbero essere benissimo israeliani, palestinesi, iracheni, afgani, africani o altro ancora. Le ferite delle guerre, quelle del corpo e dell'anima, sono uguali; cambiano gli scenari geografici. L'urlo di dolore, l'urlo che chiede aiuto è un urlo universale.

La realtà esterna e la psiche umana sono sistemi aperti e interagenti: la psiche concorre a determinare gli eventi, gli eventi concorrono a trasformare la psiche, la psiche modifica, con la sua attività elaborativa, il senso e il ricordo degli eventi stessi. Questo significa che gli avvenimenti esterni hanno la capacità di influenzare la nostra psiche, di invaderla, di destrutturarla; d'altra parte, significa anche che la nostra psiche ha la capacità di metabolizzare, trasformare ed elaborare gli effetti degli avvenimenti. Credo che se come psicologi siamo abituati a confrontarci con la violenza della vita psichica e abbiamo delle possibilità di comprensione e di trasformazione per la sofferenza e la distruttività umana, rimaniamo tuttavia sempre sgomenti di fronte a una distruttività e sofferenza sociale quali quelle che la guerra porta con sé, e dolorosamente e umanamente ci chiediamo: "Come è possibile?".

Questo è quello che è successo a me dal primo momento che sono arrivata in Bosnia: la mia psiche continuava a rimanere turbata, prima dalla vista di quel che resta della guerra (case crivellate, musei, ponti ancora distrutti, cimiteri pieni di lapidi con foto di persone giovanissime morte a centinaia tutte lo

stesso giorno, ecc.), poi dai tanti racconti di gente che ancora stenta a "sopravvivere alla guerra", che ogni giorno lotta contro tutto quello che dentro le è rimasto e che ancora per chissà quanti anni dovrà farci i conti. Ma apparentemente tutto sembra essere tornato normale. Esiste una forma di "cospirazione al silenzio", tutti preferirebbero dimenticare e pensare che "la storia dei Balcani è una storia di guerre nei secoli", che "gli orrori appartengono a tutte le guerre".

Forse il mio è stato solo un tentativo, come tanti, di raccontare delle storie che permettano alla memoria di contrapporsi all'oblio e al silenzio. E la mia stessa psiche è stata invasa, trasformata e destrutturata da questa esperienza e da questo percorso. D'altra parte, quando si inizia un percorso non si sa mai bene dove porterà; a volte va più veloce o più in profondità di quello che si poteva immaginare, oppure si arresta e ti trattiene. Credo che questo sia tipico di ogni processo creativo e trasformativo e in fondo questo è anche ciò che accade in ogni percorso terapeutico.

Bibliografia

AA.VV. (2000), *Incubi di pace*, Manifestolibri, Roma.

AA.VV. (1995), *Trasmissione della vita psichica tra generazioni*, Borla, Roma.

AA.VV. (2001), *Non un passo indietro. Storia delle madres de Plaza de Majo*, Ediciones Asociaciones Madres de Plaza de Mayo, Buenos Aires.

Arendt H. (2003), *La banalità del male*, Feltrinelli, Milano.

Bettelheim B. (1981), *Sopravvivere*, Feltrinelli, Milano.

Bion,W.R. (1997), *Esperienze nei gruppi*, Armando, Roma.

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.

Bruner A.F. (2003), *Ho disegnato la guerra*, Erickson, Trento.

Brunori P., Candolo G., Donà dalle Rose M. e Risoldi M.C. (2003), *Traumi di guerra, un'esperienza psicoanalitica in Bosnia-Erzegovina*, Manni, Lecce.

Canavaro A., Malaguti E., Miozzo A. e Vanire C. (a cura di) (2001), *Bambini che sopravvivono alla guerra*, Erickson, Trento.

Cuzzaro M. e Frighi L. (1998), *Reazioni umane alle catastrofi*, Gangemi, Roma.

Cyrulnik B. e Malaguti E. (2005), *Costruire la resilienza. La riorganizzazione positiva della vita e la creazione di legami significativi*, Erickson, Trento.

De Zuluela F. (1999), *Dal dolore alla violenza. Le radici dell'aggressività*, Raffale Cortina, Milano.

Drakulic S. (2000), *Come se io non ci fossi*, Rizzoli, Milano.

Freud S. (1989), *Riflessioni a due sulle sorti del mondo*, Boringhieri, Torino.

Freud S. (1991), *Considerazioni attuali sulla guerra e la morte*, Studio Tesi, Roma.

Giannantonio M. (a cura di) (2003), *Psicotraumatologia e psicologia dell'emergenza*, Ecomind, Salerno.

Levi P. (2007), *I sommersi e i salvati*, Einaudi, Torino.

Levi P. (1989), *Se questo è un uomo. La tregua*, Einaudi, Torino.
Macksoud M. (1999), *I bambini e lo stress della guerra*, Ma.Gi, Roma.
Minkowski E. (1966), *Trattato di psicopatologia*, Feltrinelli, Milano.
Semi A. (1997), *Trattato di psicoanalisi, volume primo*, Cortina, Milano.
Sironi F. (2001), *Persecutori e vittime*, Feltrinelli, Milano.
Terr L. (1986), *Il pozzo della memoria, storie vere di ricordi perduti e ritrovati*, Garzanti, Milano.
Yule W. (2000), *Disturbo post-traumatico da stress. Aspetti clinici e terapia*, Mc Graw- Hill, Milano.

Michela Baroni

Tanti modi di nascere e crescere. Modelli di maternage a confronto per promuovere il benessere dei più piccoli e delle loro famiglie

Riassunto

Il presente lavoro delinea i tratti distintivi dei diversi stili di maternage presenti nel mondo con l'intento di offrire agli operatori che lavorano a diverso titolo in contesti di crisi e di emergenza delle linee teoriche e pratico-operative per supportare al meglio i bambini più piccoli e i loro genitori, in questa fase delicatissima della loro vita e della loro relazione. L'articolo ha un taglio interculturale e propone un viaggio tra le pratiche di accudimento e di cura tipiche di diversi contesti culturali. Questo tipo di intervento si situa nel filone di pensiero che afferma che tutelare la salute, in particolare dei più piccoli, nei diversi contesti di emergenza significa lavorare per la promozione del benessere psicofisico delle persone coinvolte.

Parole chiave: stili di maternage, alto e basso contatto, benessere, genitorialità, emergenza

Abstract

This work outlines the main features of the different maternage styles existing in the world. Its purpose is to provide the workers which are engaged in emergency and crisis contexts with different roles some theoretic and practical guidelines to support young children and their parents in the best way, as they are living the hardest period of their life and mutual relationship. The present article adopts a intercultural viewpoint and provides a journey through the different practices of child care and parenting in several cultural contexts. This article joins the philosophy which affirms that protecting health in the various emergency contexts means working to promote the psychophysical well-being of the people involved, especially the younger ones.

Key words: maternage styles, high and low contact, well-being, parenting, emergency.
.

Non esiste un solo modo o un modo che possa essere considerato "giusto" per crescere i bambini, ma tanti modi diversi quante sono le culture e, potremmo aggiungere, quanti sono i bambini perché, come ogni genitore sa, ciò che è adatto per un figlio non è detto che lo sia per tutti gli altri.

(Balsamo, in *La casa di tutti i colori*, 2002, p. 155)

Emergenza e stili di maternage a confronto: le ragioni di una scelta

Il gruppo Meno 9+1 della Cooperativa Focus è un gruppo di riflessione pedagogica, composto da pedagogiste e psicologhe, con l'intento di approfondire e comunicare contenuti pedagogici che orientino azioni individuali e progettuali a favore delle famiglie che vivono l'evento della gravidanza e dell'accompagnamento alla crescita dei più piccoli. Lavoriamo con le famiglie e i loro piccoli, e anche con gli operatori che a diverso titolo e in diversi contesti incontrano queste persone, mettendo a loro disposizione le nostre competenze, le nostre conoscenze e le nostre riflessioni in chiave pedagogica, nel tentativo di ridare spazio e valore all'educativo anche agli inizi della relazione genitore-bambino.

La citazione iniziale esprime in modo chiaro il motivo per cui si è scelto di portare avanti una riflessione sulle modalità di accoglienza della vita e dell'accompagnamento alla crescita dei più piccoli nel mondo. Non esiste un solo modo per crescere i bambini e soprattutto non esiste un modo da considerarsi migliore o più giusto. Le modalità attraverso le quali gli adulti si prendono cura del nuovo arrivato, sin dal concepimento, sono modalità marcatamente culturali. Tale consapevolezza diventa fondamentale per tutti: per i genitori, per le famiglie di riferimento, per gli operatori che a diverso titolo lavorano con le neomamme e i neopapà e che li affiancano in questa fase. A nostro parere, tutto questo diventa centrale anche per coloro che incontrano i neogenitori e i loro piccoli in contesti segnati dalla precarietà e dalla crisi, e per questo si è pensato di proporre queste riflessioni in questo articolo.

La nascita di un bambino trasforma la coppia e il singolo. Con la nascita di un piccolo, nascono due genitori e una coppia genitoriale. Questa trasformazione è già in sé un passaggio critico, che costringe le persone in gioco a vivere nuove dinamiche, nuovi equilibri, nuove relazioni e anche nuove emozioni e responsabilità. Se tutto questo deve avvenire in un contesto a sua volta in rapido mutamento e critico, il compito diventa ancora più difficoltoso e arduo. L'operatore che lavora in emergenza in termini relazionali diventa quindi fondamentale per contenere e supportare la coppia parentale, il singolo genitore e quindi il piccolo.

In ambito sia nazionale che internazionale, per fare questo occorre però riconoscere ed essere consapevoli che il proprio sguardo ha una matrice culturale precisa, che l'operatore è "abitato da un *pregiudizio etnocentrico*" (Ielasi, 2011) e quindi deve operare un costante decentramento da sé per cogliere e accogliere l'altro. Occorre essere consapevoli delle proprie idee, convinzioni, modelli su come si dovrebbero accogliere e educare i piccoli, sin dai primi giorni di vita, su cosa si ritiene giusto e corretto, su quali siano le pratiche considerate non solo accettabili ma anche sane, anzi ottimali. Anche in merito agli inizi della vita, infatti, le convinzioni, le teorie e soprattutto le pratiche, tradizionali o innovative, hanno una fortissima matrice culturale. Questa consapevolezza può aiutare l'operatore nella

scoperta e nella valorizzazione di pratiche e modalità altre, riconoscendole non come tradizioni particolari, ma come vere e proprie modalità di un sistema di cura finalizzato al benessere del piccolo.

La natura culturale dello sviluppo: le basi teoriche

Le basi di un approccio teorico e operativo come quello appena descritto sono da rintracciarsi prima di tutto nella *prospettiva storico-culturale* proposta da Lev Vygotskij. Lo sviluppo umano è da considerarsi un processo culturale: ogni persona e, quindi, anche i bambini, partecipano alla vita culturale della comunità di appartenenza e, attraverso il linguaggio e altri strumenti culturali, riescono a comunicare e imparare gli uni dagli altri.

Charles Super e Sara Harkness (in Rogoff, 2004) hanno elaborato, in questo filone di pensiero, il concetto di *nicchia di sviluppo*, per indicare l'ambiente in cui vive il bambino. La nicchia evolutiva è un sistema complesso, composto da diversi sottosistemi che sono in relazione e interagiscono tra loro. I tre sottosistemi della nicchia evolutiva studiati in rapporto alla personalità del bambino sono:

- l'ambiente fisico e sociale in cui vive il bambino (clima, territorio, spazio, paesaggio... e ruoli familiari, condizioni di vita, reti di scambio familiari...);
- le modalità di accudimento e di educazione, regolate culturalmente dall'appartenenza a quel contesto specifico;
- le rappresentazioni dell'infanzia e la psicologia di chi si occupa del bambino (anche le convinzioni degli adulti sul bambino, sull'infanzia, sulle finalità dell'educazione...).

Secondo questi autori, infatti, questi tre elementi influiscono in modo determinante sulla personalità del bambino e sul suo sviluppo, poiché determinano e condizionano le modalità di relazione tra lui e le persone che si occupano della sua crescita.

Barbara Rogoff, nel suo testo *La natura culturale dello sviluppo* (2004), approfondisce ulteriormente il rapporto tra cultura e sviluppo. L'autrice afferma che "lo sviluppo umano implica una partecipazione degli individui a comunità culturali e può essere compreso solo alla luce delle pratiche culturali e delle condizioni di tali comunità, che sono anch'esse in continua evoluzione» (p. 1). Questo assunto è per l'autrice alla base anche dei seguenti principi:

- "la *cultura* non è semplicemente ciò che fanno *gli altri*" (p. 9) ma anch'io appartengo a una cultura precisa, che si manifesta proprio nell'incontro con altre comunità culturali;

- "lo studio della propria cultura e di quella degli altri richiede un'assunzione di una prospettiva per *contrasto*" (p. 9), poiché tutti siamo immersi in processi culturali, molti dei quali impliciti e molto pervasivi;
- "le pratiche culturali sono tra loro correlate e si influenzano a vicenda" (p. 9); per questo, per studiare una cultura, occorre considerare l'insieme delle pratiche culturali come un insieme complesso ma coeso;
- "le comunità culturali si evolvono continuamente al pari degli individui che vi prendono parte" (p. 10); ciò è dovuto ai rapporti che la comunità nel suo insieme, ma anche i singoli individui, intrattengono con altre culture. Tale variabilità costituisce una ricchezza per far fronte alle novità e agli imprevisti;
- "non esiste un *modo migliore* di fare le cose" (p. 10), anche se ciò non significa legittimare tutte le pratiche culturali. Nell'accostarsi alle altre culture occorre sempre sospendere il giudizio e assumere un atteggiamento di apertura a diverse possibilità.

Nel suo testo, l'autrice, partendo da questi presupposti, affronta un'analisi dettagliata dello sviluppo umano nelle diverse comunità culturali. Da un lato, evidenzia il ruolo della cultura nello sviluppo dei bambini e nelle interpretazioni che gli adulti danno del loro comportamento agito e atteso; dall'altro, pone l'accento sulla dinamicità della partecipazione alla vita comunitaria e del rapporto tra singolo e comunità e tra diverse comunità.

Diversi modi per crescere

I quadri teorici fin qui evidenziati aiutano a comprendere che ogni comunità culturale ha sviluppato nel corso della storia, e continua a sviluppare quotidianamente, delle pratiche e delle modalità che ritiene opportune ed efficaci per accompagnare la crescita dei suoi piccoli. "Non esiste un solo modo o un modo che possa essere considerato *giusto* per crescere i bambini, ma tanti modi diversi quante sono le culture" (Balsamo, in La casa di tutti i colori, 2002, p. 155).

Questa diversità può risultare piuttosto sfumata se consideriamo la prima e la seconda infanzia, poiché prevale l'idea che i bambini così piccoli siano, in ogni parte del mondo, "solo dei bambini", e che non sussistano differenze particolari tra loro. Eppure le condizioni ambientali, climatiche, geografiche, economiche, culturali, sociali e familiari influiscono sulle modalità di cura adottate dalla mamma e dalla famiglia nei confronti del nuovo nato sin dalla vita intrauterina. Ciò comporta l'esistenza di pratiche diverse di maternage e, quindi, di percorsi di sviluppo differenti.

Attualmente si è concordi nel raggruppare le diverse pratiche di cura

diffuse nel mondo, nonostante le notevoli sfumature e differenze, sulla base di due modelli di riferimento che sono definiti in rapporto al livello di contatto corporeo tra mamma e bambino: il modello a basso contatto e il modello ad alto contatto.

Il modello ad alto contatto è caratterizzato da un contatto fisico prolungato e pressoché continuo tra il neonato e la madre, o la persona che se ne prende cura, dalla nascita fino ai due anni circa di vita del bambino. È considerato tipico delle culture e delle società meno industrializzate, fatta eccezione per il Giappone dove alto contatto e industrializzazione coesistono.

Il modello a basso contatto, invece, è basato su una relazione tra madre e bambino caratterizzata dalla distanza fisica, dalla predominanza del linguaggio verbale e del contatto visivo. È nato nelle società industrializzate e solo recentemente si sta diffondendo, a causa della globalizzazione, nelle metropoli del sud del mondo, in alcune delle quali, progressivamente, sta sostituendo il modello di cura più tradizionale. La distinzione tra alto e basso contatto non è, quindi, una distinzione su base geografica, tra Nord e Sud del mondo, ma è una distinzione di tipo socioeconomico. La vera discriminante è proprio l'industrializzazione, con la cultura sociale ed economica ad essa legata, che determina l'affermarsi di pratiche di maternage a basso contatto.

La globalizzazione ha accelerato il confronto tra i diversi sistemi di cura, rendendo molto sfumati i contorni dei modelli di riferimento e di alcune pratiche di cura. Da un lato, questo ha fatto sì che pratiche di cura a basso contatto si diffondessero in diverse zone del mondo (nelle metropoli e nelle zone industriali del Sud America, dell'Africa, dell'Estremo Oriente e in Oceania) parallelamente alla trasformazione economica e sociale di questi territori; dall'altro, il meticciato culturale crescente delle *nostre* città *occidentali* ha permesso una progressiva riscoperta di modalità ad alto contatto, ormai perdute a livello culturale dominante, anche nelle società più industrializzate. Tutto ciò impedisce una distinzione netta tra le culture e i modelli culturali di riferimento.

Il fatto di impostare comunque il discorso in base a questo tipo di classificazione ci aiuta a delineare un quadro generico e a dotarci di strumenti concettuali condivisi e condivisibili per affrontare il tema in esame, sebbene non valorizzi l'estrema variabilità e l'evoluzione continua delle culture e delle scelte individuali e sociali presenti "sul campo".

Alto e basso contatto: pratiche di maternage a confronto

Le pratiche di maternage ad alto e a basso contatto si differenziano per il modo in cui viene vissuta, da parte della donna, della famiglia e della comunità di riferimento, la relazione genitore-bambino sin dal concepimento, e, in seguito, per il tipo di allattamento proposto e per le pratiche relative all'accudimento e al sonno.

La *gravidanza* nelle culture ad alto contatto è considerata un evento naturale e ciclico nella vita della donna fertile; spesso è vista come un segno della benevolenza di Dio e/o degli spiriti. Nelle società a basso contatto, invece, si è persa sia la dimensione di naturalezza sia quella spirituale della gravidanza, mentre è cresciuta l'attenzione medica che ha portato allo sviluppo di pratiche di monitoraggio e di analisi prenatali sempre più precise. Questo da un lato ha favorito l'attenzione e la cura della salute della madre e del bambino mentre dall'altro ha spesso trasformato la percezione di questo tempo come un tempo non fisiologico, al limite con la malattia.

Pratiche di maternage

ad alto contatto	a basso contatto
gravidanza e parto fisiologici	gravidanza e parto medicalizzati
allattamento al seno a richiesta	allattamento artificiale
portare i bambini con supporti non strutturati	uso di differenti e molteplici "contenitori"
massaggio	contatto prevalentemente vocale e visivo
co-sleeping	abitudine precoce al sonno individuale

fig. 1

Nelle culture ad alto contatto, il *parto* avviene spesso in casa ed è "un affare di donne". Vi è una scarsa medicalizzazione dell'evento e si ricorre piuttosto a rituali e pratiche di antica memoria, tesi a favorire la puerpera e il bambino. La donna è circondata dalle donne della famiglia allargata, da amiche e vicine, da esperte levatrici: questa condizione sostiene la donna nel parto ed evita l'isolamento e la solitudine. La donna è quasi sempre lasciata

libera di sperimentare diverse posizioni sia durante il travaglio sia nella fase espulsiva, e di trovare il proprio stile e la propria modalità di parto, che quasi sempre avviene in posizione eretta o accucciata. Il bambino è posto subito a stretto contatto con il corpo della madre e il taglio del cordone ombelicale è effettuato solo dopo l'espulsione della placenta, così che il bambino possa sperimentare un passaggio graduale alla respirazione autonoma.

La mamma *allatta* immediatamente il bambino e nei giorni seguenti questo stretto contatto è continuo. Il bambino è allattato a richiesta e spesso la madre offre il suo seno ancor prima che il bambino segnali di volerlo. In quasi tutte le culture, il *puerperio* è il tempo in cui la donna e il suo bambino godono di attenzioni particolari da parte di tutta la famiglia allargata: non vengono mai separati e altre donne svolgono i lavori di casa al posto della madre, che può godere del riposo e di una dieta speciale.

Nella culture a basso contatto, invece, il parto è un evento completamente medicalizzato. Si partorisce in ospedale, la donna è circondata dallo staff medico e solo recentemente è stata riammessa in sala parto una persona che sostenga la donna in questo momento. La prassi e i vincoli medici, spesso, prevalgono sullo stile proprio della donna e la vincolano sia nel travaglio, sia nella fase espulsiva. Il cordone ombelicale è tagliato quasi subito e il bambino è separato dalla madre per i controlli sanitari di routine per poi essere ricondotto da lei. Nei giorni seguenti al parto, la madre, ricoverata in ospedale, è spesso separata dal bambino, che è posto nella nursery e portato a lei solo per i pasti a orari regolari. L'*allattamento* a richiesta ed esclusivo per almeno i primi sei mesi di vita del bambino, consigliato anche dall'OMS, è poco incentivato e di conseguenza poco praticato. Sono diffuse ancora oggi, infatti, pratiche e credenze che portano in breve tempo alla cessazione dell'allattamento al seno a favore di quello artificiale. È ancora frequente la pratica di dimettere il bambino dall'ospedale con la prescrizione di aggiunte di latte in polvere o di orari rigidi anche per i pasti al seno. Inoltre, vengono fornite indicazioni scarse e spesso contraddittorie alle neomamme in materia. Ciò impedisce di fatto che la madre e il bambino godano dei notevoli vantaggi e benefici di tipo psicologico (buon legame con la madre, maggiore tranquillità del bambino) e di tipo fisico (maggiore rapidità nella contrazione uterina, possibilità per il bambino di nutrirsi con il colostro che ha funzione anti-infettiva) legati all'allattamento al seno.

Questo modello, diffusissimo fino a qualche anno fa, si sta pian piano modificando anche in Italia, grazie all'iniziativa di operatori sanitari sensibili e alla certificazione *Ospedali amici dei bambini* rilasciata dall'OMS e dall'UNICEF alle strutture sanitarie che favoriscono l'allattamento al seno. La campagna *baby friendly hospital initiative* è stata lanciata su scala mondiale nel 1992. Dal lancio ad oggi, sono stati più di 20.000 gli ospedali, in 140 Paesi in via di sviluppo e industrializzati, che hanno ottenuto il riconoscimento di *amici dei bambini* (dati Unicef Italia 2011). Nelle prassi mediche e ostetriche di alcuni ospedali si stanno riaffermando alcuni principi e alcune modalità

tipiche delle culture tradizionali, nell'ottica di coniugare la sicurezza dell'intervento medico con modalità più rispettose della madre e del bambino.

In Italia, attualmente, prevale quindi un panorama molto variegato, le cui caratteristiche sono dettate dal tipo di formazione del personale e dal tipo di struttura sanitaria e ospedaliera a disposizione delle neomamme, ma anche dal grado di consapevolezza e di conoscenze delle mamme stesse.

L'alto contatto è inoltre realizzato tramite la pratica del *baby-carrying*, ovvero "l'abitudine di *portare addosso* il bambino" che è "uno dei pilastri del maternage nelle società tradizionali" (Balsamo, 2002). Le diverse comunità culturali hanno sviluppato varie modalità affinché la donna porti comodamente sempre con sé il bambino: sulla schiena attraverso un panno di stoffa (Africa, Sud America), in un'imbragatura sul fianco (Bali), in parti dell'abito della madre (tra gli Inuit, e tra i Kung del deserto del Kalahari), in un'apposita rete (Papua Nuova Guinea) o per mezzo di una banda intessuta (Indios dell'Amazzonia). Tutte queste modalità consentono al bambino di godere di uno stretto contatto con la persona che si occupa di lui in quel momento. In questo modo il piccolo gode dell'esperienza, fortemente rassicurante, del contatto con la madre e rivive in parte le condizioni della vita uterina, quali il dondolio, la comunicazione speciale con lei, le numerose sensazioni tattili. Questa esperienza permette al piccolo di gettare delle basi solide sia per la fiducia in se stesso sia per le successive conquiste di autonomia (Liedloff, 1994). La madre, a sua volta, offre contenimento e sicurezza al proprio figlio e impara a riconoscere le sue emozioni e i suoi bisogni e a rispondervi tempestivamente.

Attualmente numerosi riscontri medici e psicologici confermano che questa pratica, nata agli inizi della storia umana per permettere ai cuccioli di uomo il contatto necessario per la loro sopravvivenza, contribuisce al benessere dei bambini. È stato osservato, per esempio, che il bambino "portato" sviluppa presto sia il senso del ritmo sia l'equilibrio, e che ciò favorisce il suo sviluppo psicomotorio, rendendolo capace di stare seduto e camminare molto prima che nel modello a basso contatto.

Nelle pratiche a basso contatto, la pratica del baby-carring è quasi insistente e il bambino è spesso lasciato in posizione orizzontale per molte ore al giorno utilizzando diversi supporti (passeggini, lettini, sdraiette, ecc.). Egli è quindi privato sia del contatto prolungato con la madre sia delle stimolazioni sensoriali che questo comporta.

Il contatto corporeo ad alta intensità è inoltre favorito dalla pratica del *massaggio infantile*, che in molte culture è una sapienza millenaria trasmessa tra le donne di diverse generazioni. Il massaggio è un momento speciale, dedicato proprio alla comunicazione pelle a pelle tra madre e bambino, che favorisce lo sviluppo tattile del piccolo. Questa pratica è ben poco diffusa nelle culture dove predomina un modello di basso contatto, anche se recentemente la si sta riscoprendo.

I due modelli si differenziano anche per la gestione del momento del

sonno e per le teorie e le credenze relative ad esso. Nel modello a basso contatto, il bambino è abituato sin dai primi istanti di vita a addormentarsi e dormire da solo, spesso in una stanza tutta sua. Per abituarlo a ciò i genitori arrivano anche a lasciarlo piangere a lungo, fin quando, stanco, non si addormenta. Anche per l'addormentamento, infatti, prevale l'idea che la concessione del contatto possa viziare il bambino; inoltre, è diffusa l'idea che la pratica del *co-sleeping* (dormire insieme) sia dannosa e malsana.

Queste modalità sono sconosciute nelle culture ad alto contatto, che le considerano una vera e propria forma di violenza nei confronti dei più piccoli (Rogoff, 2004, p.204). Infatti, il piccolo condivide il sonno con la madre e spesso con il padre e, quando diventa più grandicello, con i fratelli o altri parenti. Di norma, anche gli adulti condividono il letto con gli altri membri della famiglia, poiché questo rientra nella visione comunitaria della vita tipica dei popoli tradizionali (Balsamo, 2002). Attualmente numerosi gli studi confutano la credenza che il co-sleeping sia dannoso per la salute del bambino e che, al contrario, mostrano come questa pratica offra benefici sia dal punto di vista psicologico (sicurezza, rassicurazione, buon legame con la madre, ecc.) sia dal punto di vista fisico (minore frequenza cardiaca, minore incidenza della Sids, ecc.) se vengono rispettate norme minime di sicurezza (McKenna, 2011; Balsamo, 2002; Martini, in Chinosi 2002, p.179; Rogoff, 2004, p. 200).

Valori di riferimento: modelli educativi a confronto

Nelle culture ad alto contatto, il bambino, sin dai primi giorni di vita, vive una forte relazione con la madre e, quindi, con la comunità in cui vive. Il bambino, sia di notte sia di giorno, partecipa alla vita della comunità; impara a conoscerne i suoni, i rumori, gli odori, le attività, le persone, dalla posizione privilegiata assicuratagli dallo stretto contatto con il corpo materno.

In molti casi, le cure del piccolo sono distribuite e condivise dalla madre non solo con il padre e la famiglia allargata, ma con l'intera comunità. Ogni membro si sente responsabile della cura del piccolo e, alle volte, le madri possono prendersi cura dei loro bambini indirettamente, assicurandosi che *altri* offrano sostegno e cure adeguate, così come farebbero loro stesse. Il bambino non è il bambino *della sua mamma* ma è il bambino *di tutti*. Questa idea è resa efficacemente da alcuni proverbi africani che recitano: "un bambino è come un tetto, ci vogliono molte mani per tirarlo su", e ancora "ci vuole un villaggio per far crescere un bambino".

La partecipazione alla vita della comunità permette ai piccoli di osservare le diverse situazioni sociali che impegnano gli adulti e i bambini poco più grandi. Imparano così molto presto le abilità sociali utili alla relazione. Inoltre, possono ampiamente osservare il lavoro che occupa gli

adulti e imparare a contribuirvi in modo appropriato. Il piccolo, in questo modo, è ben presto inserito attivamente nella vita della sua comunità e, vivendola, impara il valore dell'*appartenenza* e dell'*interdipendenza*, ovvero "della capacità di coordinarsi con gli altri membri del gruppo" (Rogoff, 2004, p. 205).

L'acquisizione di questa consapevolezza va di pari passo con la conquista dell'*autonomia*. Infatti, la forte appartenenza alla comunità, creata attraverso la stretta rete di relazioni in cui il bambino è inserito, favorisce l'autonomia individuale del piccolo che può sperimentarsi in un contesto reso protetto e sicuro proprio dalla comunità stessa. Le modalità di cura ad alto contatto, infatti, spesso sono accompagnate dall'atteggiamento fiducioso degli adulti nelle capacità innate del bambino (Liedloff, 1994). L'adulto è convinto che il bambino possa e sappia stare seduto, camminare, stare in equilibrio, maneggiare oggetti anche taglienti, controllare i propri bisogni fisiologici. In questo modo le "teorie" di chi accudisce il piccolo portano lo stesso ad acquisire queste abilità prima rispetto al bambino "a basso contatto", che è di norma ritenuto incapace di fare queste cose, se non dopo un lungo addestramento.

Anche il senso del *rispetto per gli altri e per la comunità* è interiorizzato attraverso questo stile relazionale. Infine, la partecipazione alla vita degli adulti aiuta i piccoli a interiorizzare le norme, le consuetudini e i valori attribuiti all'identità di genere.

I modelli educativi a basso contato sono, all'opposto, finalizzati al raggiungimento dell'*individualismo* e dell'*indipendenza*. Le pratiche di maternage tendono a orientare lo sviluppo del piccolo verso questi valori. Il bambino è da subito spronato ad essere indipendente e a *pensare a se stesso*. A tal fine, si ritiene che un contatto prolungato con i piccoli possa viziarli e renderli dipendenti dagli adulti. Il paradosso è che i bambini diventano presto

Valori di riferimento

ad alto contatto	a basso contatto
appartenenza	individualismo
interdipendenza	indipendenza
autonomia	competenza settoriale
rispetto per gli altri	rispetto per sè

fig. 2

indipendenti dagli altri e dalla comunità, ma questo non sempre corrisponde a una crescita analoga in autonomia: i bambini sono abituati a dire e pretendere ciò che desiderano ma difficilmente hanno sviluppato le competenze per rispondere in modo autonomo ai propri desideri e bisogni.

Differisce notevolmente anche il ruolo della comunità nella crescita dei bambini: in queste società il bambino è affidato alle cure della mamma, che le condivide parzialmente con il padre del bambino e con la famiglia estesa non coabitante (nonni, zii, altri parenti).

Inoltre, ai bambini sono spesso dedicati spazi e tempi appositi. Ciò rende loro impossibile partecipare attivamente alla vita e alle attività della comunità di appartenenza. Il bambino impara i valori e le consuetudini quasi sempre in situazioni che simulano la realtà e gli richiedono di impersonare diversi ruoli.

In queste culture, è molto diffusa la prassi di affidare anche i più piccoli (0-6 anni di età) alle cure di persone specializzate, che si dedicano all'accudimento e all'educazione di un gruppo di bambini in spazi appositi. Il bambino può quindi sperimentare la relazione con i coetanei, perdendo, però, l'esperienza, tipica delle culture ad alto contatto, del gruppo non omogeneo per età, nei quali i piccoli imparano dai grandi e i grandi imparano a prendersi cura dei piccoli.

Alcune considerazioni: al di là degli schematismi

L'analisi dei diversi modelli di accudimento diffusi nel mondo fin qui condotta può sembrare sbilanciata, in quanto volutamente sono state evidenziate le caratteristiche positive e i benefici prodotti dalle cure ad alto contatto e sono stati messi in luce i limiti del modello a basso contatto.

Non intendiamo valorizzare ciecamente tecniche e modalità altre, diverse, a scapito di quelle diffuse nella nostra cultura dominante. L'accento sulle positività dell'*Altro* non vuole negare, né escludere, i limiti presenti anche in quei modelli culturali, che di fatto incidono negativamente sul benessere del bambino. "Basti pensare alla pratica piuttosto diffusa di non somministrare il colostro ai neonati, alla precoce supplementazione del latte materno con cibi solidi e alla elevata mortalità infantile, legata a condizioni igieniche e a condizioni sanitarie spesso insufficienti. Inoltre, va ricordato che alla grande indulgenza nei confronti del bambino, tipica dei primi anni di vita, fanno seguito, nella maggior parte delle culture, metodi educativi molto più rigidi e duri" (Balsamo, 2002, p. 156).

Evidenziare le positività di quelle pratiche ci può aiutare da un lato ad ampliare la riflessione sul benessere del bambino e a guardare criticamente le nostre pratiche alla luce delle nostre tradizioni, delle crescenti scoperte scientifiche in campo sia medico sia educativo-psicologico, e delle sollecitazioni che ci provengono dall'*Altro*, dal *Diverso*. Questo processo può servire al singolo e alla comunità a trovare modalità sempre più rispondenti e

in sintonia con i bisogni dei più piccoli, promuovendo stili di cura tesi al benessere del bambino e della sua famiglia.

Con la nascita, ogni piccolo deve affrontare la grande sfida di adattarsi alle condizioni della vita extrauterina. Tutto cambia improvvisamente. L'ambiente caldo, sicuro e ovattato dell'utero materno non c'è più e il bambino deve prendere dimestichezza con un corpo che prova bisogni, che, se non soddisfatti, lo lasciano in uno stato di profondo disagio e sofferenza. Il piccolo, a gran voce, esprime il bisogno del contatto con il corpo della madre - che è il suo vero e unico *ecosistema* -, il bisogno di comunicazione, il bisogno di contenimento e il bisogno di cibo. Le pratiche di maternage ad alto contatto, coniugate con le più recenti scoperte medico-scientifiche, rispondono in modo ottimale ai bisogni del neonato e lo fanno in sintonia con l'istinto tipico della natura materna. Non a caso sono pratiche mutuate dalle antichissime modalità di cura che hanno permesso alla nostra specie di sopravvivere e adattarsi al mondo in continua evoluzione. Il modello ad alto contatto suggerisce, da questo punto di vista, le modalità di cura *ottimali* per i più piccoli (Gonzales, 2005).

Emergenza ad alto contatto

Diventare genitori, soprattutto se per la prima volta, coincide con un periodo di forte cambiamento e di estrema variabilità a livello personale, di coppia e sociale. Tutto cambia: pensieri, sentimenti, responsabilità, immagine di sé, proiezioni future. Questo evento può essere vissuto come una sfida appassionante e naturale, fisiologica, legata all'essere e al divenire adulti, una sfida nuova ma assolutamente alla portata in quanto circostanza a cui ci si prepara da tutta la vita; oppure può essere vissuto come un fatto estremante critico e destabilizzante, a cui non ci si sente prepararti, che lascia sopraffatti. Questa estrema variabilità è data dalle caratteristiche specifiche della personalità e della storia di ciascun genitore come persona e della coppia genitoriale stessa, unitamente alle immagini e alle idee culturali prevalenti.

Che sia vissuto come una sfida o come un evento critico, diventare genitori rimane sempre un momento di estrema variabilità, di necessaria ridefinizione di sé. Ciò è ancora più vero se la novità vissuta in un contesto già connotato da variabilità, criticità e fatiche, come quello emergenziale o post-emergenziale.

Un contesto caratterizzato dalla non ordinarietà, dallo spaesamento, dal pericolo e dalla paura non facilita gli inizi della relazione genitoriale con i più piccoli. Questa specifica fase relazionale presuppone che vengano gettate le basi di questo legame, delle fondamenta sulle quali si possa in seguito "edificare" l'intera relazione. Ma è come se l'emergenza facesse venire meno il terreno nel quale gettare le fondamenta: tutto ciò che era noto, i punti di riferimento concreti, quotidiani (la casa, la struttura sociale, il contesto

ambientale, le abitudini consolidate, ecc.), ma anche quelli identitari (le relazioni familiari, la propria professione, le persone amiche, ecc.) e quelli valoriali (pensieri e riflessioni sul presente, sul futuro, ecc.), vengono travolti dall'emergenza e la persona si trova a dover ricostruire sé e una vita in uno scenario mutato e spesso traumatico. Diventare genitori in queste circostanze assume i caratteri di una sfida quasi impossibile, se si pensa alla carica destabilizzante che tutto questo comporta.

La riflessione, fin qui condotta, sui differenti stili di maternage può aumentare la conoscenza e la consapevolezza degli operatori che a diverso titolo lavorano in emergenza rispetto "agli inizi della vita". Inoltre, promuovere, anche in emergenza, uno stile di maternage ad alto contatto significa essere consapevoli, come operatori, che, proprio perché è quello più rispondente ai bisogni profondi del neonato, questo stile di cura è il più adeguato quando anche le condizioni esterne diventano più critiche e minacciose. Suggerire e sostenere la pratica di tali modalità di cura risponde anche ai bisogni più profondi dei genitori, che, davanti proprio alla minacciosità esterna, cercheranno di salvaguardare al meglio il benessere dei loro piccoli.

Nella concretezza dell'agire sul campo, occorre prima di tutto conoscere e riconoscere che ogni progetto e ogni intervento è sostenuto da una precisa idea di ciò che è considerato buono, giusto e ottimale per il benessere di genitori e bambini. Occorre pertanto essere consapevoli del proprio personale modello di maternage di riferimento e quello dell'intera equipe operativa multidisciplinare. Solo la consapevolezza dei valori di riferimento dell'intervento potrà favorire il riconoscimento e il confronto con i valori e le pratiche preesistenti all'emergenza a livello socioculturale, ma anche e soprattutto nella singola coppia genitori-bambino.

Ciò che fonda, seppure nell'incertezza, il nascente legame tra quel bambino e quei genitori, o spesso quel solo genitore rimasto, va non solo conosciuto, ma anche riconosciuto e rispettato. È il punto di partenza dal quale è possibile provare a suggerire modalità altre, se necessarie, per favorire il benessere sia dei più piccoli sia dei grandi.

Questa attenzione ha valore in tutti i contesti di emergenza, poiché l'estrema variabilità delle pratiche di cura anche a livello nazionale, non permette di generalizzare, ma diventa un imperativo in contesti di emergenza internazionali. Solo la conoscenza e il rispetto delle modalità di cura *altre* può evitare interventi di aiuto che si rivelino dannosi e controproducenti e favorire, invece, azioni di largo respiro. Infatti, programmi di aiuto standardizzati, per esempio come quello di somministrare aiuti alimentari ai bambini denutriti sotto i due anni di vita, possono non solo non essere efficaci, ma risultare dannosi se spingono le famiglie, per fame e ignoranza, a sospendere l'allattamento al seno a richiesta dei più piccoli, che garantisce loro una buona crescita ponderale, per rientrare nei programmi di aiuto, senza rendersi conto di mettere a repentaglio la sopravvivenza dei piccoli stessi (si veda l'emergenza fame 2006 in Guinea Bissau).

In secondo luogo, adottare questo tipo di prospettiva può orientare lo sguardo e le scelte operative sul campo a diversi livelli e nei diversi contesti in cui si è chiamati ad agire. L'assunto di base di tale prospettiva è la fiducia. La fiducia nei piccolissimi, persone capaci e competenti, e nei loro genitori che, se in contatto con la loro parte più profonda, sanno rispondere al meglio alla sfida educativa insita nella genitorialità. Qualora criticità esterne a questa relazione dovessero incrinare i nascenti equilibri familiari, l'operatore potrà sapientemente supportare modalità e stili relazionali già presenti o suggerirne di inediti, allo scopo di aumentare il benessere di tutti.

Valorizzare pratiche di cura ad alto contatto, se già presenti, o suggerirle, qualora il modello di riferimento sia altro, va nella direzione di rispondere ai bisogni più profondi sia degli adulti sia dei più piccoli, perché tali pratiche sono nate in modo specifico per garantire la sopravvivenza (bisogno di mantenere il controllo, favorire l'attaccamento, contrastare il senso si disorientamento, offrire sicurezza e protezione, ecc.). Nei fatti, si tratta di proporre azioni concrete e relazionali tese a favorire tali pratiche, ma anche di motivare e riflettere insieme sull'importanza e sul senso di queste azioni.

Un'ultima considerazione trae origine dalla constatazione che il modello ad alto contatto è un modello di cure basato sull'*essenzialità*, sulla *povertà* di mezzi e strumenti, a differenza delle pratiche di maternage a basso contatto che si avvalgano di innumerevoli ausili per la cura del piccolo. Le pratiche di cura ad alto contatto suggeriscono concretamente che l'unica cosa davvero essenziale è la relazione: ciò che conta sono le persone, i corpi, le emozioni, i sentimenti, i pensieri. Al piccolo che nasce non occorre nulla, serve solo un adulto disponibile e attento che scelga e decida di occuparsi di lui. È il corpo materno, la presenza materna, a essere essenziale per il piccolo e per il suo benessere. Questa essenzialità fa sì che le pratiche ad alto contatto siano le più rispondenti anche alle condizioni di precarietà dettate dall'emergenza.

In emergenza, come in tutti gli altri contesti, adottare questa prospettiva significa imparare ad essere *operatori ad alto contatto,* ovvero capaci, in prima persona, di decifrare e di accogliere i bisogni di *contenimento, contatto, comunicazione e cibo*, di grandi e piccoli, offrendo risposte in sintonia con essi.

La fascia porta bambini: un oggetto di valore pedagogico e pratico

Un accenno particolare va riservato al *portare* i più piccoli con strumenti non strutturati. Tale pratica è diffusissima in diverse culture e negli ultimi anni si sta diffondendo anche in quelle che tradizionalmente privilegiano il basso contatto, grazie alla maggiore disponibilità di strumenti che permettono di portare e trasportare il bambino dalla nascita ai tre anni di vita.

Il portare è una modalità di relazione che permette di rispondere in modo efficace e quotidiano ai bisogni di contatto, contenimento e

comunicazione dei più piccoli, ma soprattutto si configura come un modo comodo e pratico di stare con i propri piccoli. Questa sintesi tra praticità e valore relazionale-pedagogico, fa sì che *il portare* sia un possibile strumento concreto e operativo per proporre, anche in emergenza, riflessioni e modalità di cura ad alto contatto. L'immediato beneficio che i genitori sperimentano dall'avere il bambino con sé, al sicuro e sotto controllo, e di stare con lui in un modo pratico e comodo, anche in condizioni ambientali difficili, può essere l'opportunità di proporre o rinsaldare anche le altre modalità di cura ad alto contatto, oltre che un valido aiuto nella vita quotidiana.

Inoltre, le evidenze scientifiche ormai riconosciute a livello medico internazionale sulla *kangaroo mother care* (si veda Charpak, 2006) evidenziano i benefici effetti del contatto pelle a pelle continuo anche nelle situazioni di estrema precarietà e fragilità del neonato dovuta alla nascita prematura (migliore accrescimento ponderale, migliore regolazione respiratoria e cardiaca, migliore regolazione della temperatura, allattamento materno favorito).

Il benessere dei piccolissimi anche nei contesti di crisi

Riuscire a declinare e a proporre nei contesti di crisi e di emergenza uno stile di maternage ad alto contatto significa riuscire a lavorare per il benessere dei più piccoli e delle persone che se ne prendono cura. Si tratta di superare le dicotomie tra interventi medici e interventi psicosociali, tra salute fisica e salute psichica. Infatti, proporre ex novo modalità ad alto contatto, o supportarle se già presenti come caratteristiche culturali proprie, significa concretamente offrire ai genitori la possibilità di sperimentarsi nuovamente come persone capaci e competenti, in grado di prendersi carico dei propri piccoli, e quindi offrire anche a loro la possibilità di superare il disagio e lo smarrimento prodotti dalla crisi (Tettamanzi e Sbattella, 2011).

Contemporaneamente, si offriranno ai più piccoli le condizioni migliori possibili per continuare non solo a vivere, ma a crescere, favorendo non solo la loro salute fisica, ma anche il benessere globale della loro persona.

Michela Baroni, Meno 9+1, Focus Cooperativa Sociale

Bibliografia

Assemblea Generale delle Nazioni Unite (1959), *Dichiarazione dei diritti del fanciullo.*

Balsamo E. (2006), *Il rapporto genitori/figli nella migrazione*, atti delle giornate di studio del convegno "Famiglie migranti e stili genitoriali. I servizi e la scuola in prospettiva interculturale", a cura dell'Istituzione G.F.

Minguzzi, Bologna.
Balsamo E. (2007), *Sono qui con te. L'arte del maternage*, Il leone verde, Torino.
Boucke L. (2006), *Senza pannolino*, Aam Terranuova, Firenze.
Braibanti L. (1993), *Parto e nascita senza violenza*, Edizioni Red, Firenze.
Carli L. (1995), *Attaccamento e rapporto di coppia*, Cortina, Milano.
Castelli C. e Sbatella F. (2003), *Psicologia dei disastri: interventi relazionali in contesti d'emergenza,* Carrocci, Roma.
Charpak N. (2006), *Una mamma canguro,* Edizioni Red, Como.
Chinosi L. (2002), *Sguardi di mamme. Modalità di crescita dell'infanzia straniera*, Franco Angeli, Milano.
Colombo A., Genovese A. e Canevaro A. (a cura di) (2005), *Educarsi all'interculturalità*, Edizioni Centro Studi Erickson, Trento.
Corsaro W.A. (2003), *Le culture dei bambini*, Il Mulino, Bologna.
Di Nicola G.P. (1999), *L'antropologia della reciprocità fondamento dell'azione educativa.* In Borsi M. (a cura di), *Strade verso casa. Sistema preventivo e situazioni di disagio*, Editrice Las, Roma.
Follmi O. (2007), *A misura di bambino*, L'Ippocampo edizioni, Milano.
Fontanel B. e D'Harcourt C. (2007), *Bebé dal mondo*, L'Ippocampo edizioni, Milano.
Gonzales C. (2005), *Bésame mucho*, Coleman editore, Catania.
Gonzales C. (2008), *Un dono per tutta la vita*, Il leone verde, Torino.
Holmes J., (1994), *La teoria dell'attaccamento. John Bowlby e la sua scuola,* Raffaello Cortina Editore, Milano.
Honegger Fresco G. (2006), *Facciamo la nanna*, Il leone verde, Torino.
Honegger Fresco G. e Hoenegger Chiari S. (2003), *Una casa a misura di bambino*, Edizioni Red, Como.
Kling K. (2006), *Terre d'infanzia*, L'Ippocampo edizioni, Milano.
Ielasi W. (2007), *Come pesci nell'acqua. Elementi di etnopsicologia clinica*, "Rivista di psicologia dell'emergenza e dell'assistenza umanitaria", 1, 4-19.
Ielasi W. (2011), *Creatività e fatiche delle pratiche transculturali*, "Rivista di psicologia dell'emergenza e dell'assistenza umanitaria", 5, 6-17.
La casa di tutti colori (a cura di) (2002), *Mille modi di crescere. Bambini immigrati e modi di cura,* Franco Angeli, Milano.
Liedloff J. (1994), *Il concetto del continuum*, Edizioni La Meridiana, Molfetta.
Liverta Sempio O. (a cura di) (1998), *Vygotskij, Piaget, Bruner. Concezioni dello sviluppo,* Raffaello Cortina Editore, Milano.
McKenna J. J. (2011), *Di notte con tuo figlio*, Leone Verde, Torino.
Moro M.R. (2008), *Maternità e amore*, Frassinelli, Milano.
Moro M.R. (2002), *Genitori in esilio: psicopatologia e migrazioni*, Raffaello Cortina Editore, Milano.
Rogoff B. (2004), *La natura culturale dello sviluppo*, Raffaello Cortina Editore, Milano.
Santerini M. (2003), *Intercultura*, Editrice La Scuola, Brescia.

Sbatella F. (2009), *Manuale di psicologia dell'emergenza*, Franco Angeli, Milano.
Scabini E. e Iafrate R. (2003), *Psicologia dei legami familiari*, Il Mulino, Bologna.
Scabini E. e Rossi G. (2006), *Le parole della famiglia. Studi interdisciplinari sulla Famiglia*, Vita e Pensiero, Milano.
Tettamanzi M. e Sbattella F. (2011), *La tutela della salute dei minori in situazioni critiche*, "Rivista di psicologia dell'emergenza e dell'assistenza umanitaria", 5, 18-26.
Volta A. (2006), *Apgar 12*, Bonomi Edizioni, Pavia.
Vico G. (1997), *Scienze pedagogiche e orizzonti educativi*, Led Edizioni, Milano.
Weber E. (2007), *Portare i piccoli*, Il leone verde, Torino.

Fulvio Frati, Barbara Rozzi e Andrea Torsello

Gli interventi psicosociali in emergenza: un'analisi teorica e operativa del modello europeo e internazionale

Riassunto

Il presente articolo affronta la complessa evoluzione operativa e la finalità dell'intervento psicosociale nel verificarsi di gravi catastrofi e, pertanto, in condizioni di emergenza. Pone le basi per una riflessione sulle diverse dinamiche e sfaccettature che determinano tale intervento psicosociale, approfondendo i requisiti necessari perché si costituisca un team di psicologi e professionisti formati in grado di fornire, in tutti i contesti di crisi ed emergenza, un sostegno alle vittime, a se stessi e ai colleghi coinvolti, direttamente o indirettamente, nell'evento. Con un chiaro intento divulgativo, l'articolo si chiude con una nuova concettualizzazione delle realtà operative e dei diversi protocolli d'intervento in situazione di emergenza, sulla scorta delle minuziose indicazioni elaborate dalle diverse tavole rotonde istituzionali.

Parole chiave: emergenza, supporto psicologico, reazione da stress, coping, equipe psicosociale.

Abstract

This article examines the complex operational development and the purposes of the psychosocial intervention in the occurrence of major disasters and, therefore, in emergency conditions. It lays the foundations for a reflection on the different dynamics and facets that determine the psychosocial intervention, deepening the requirements for the constitution of a team of trained psychologists and professionals who, in all contexts of crisis and emergency, are able to provide support to the victims, to themselves and to the colleagues directly or indirectly involved in the event. Having a clear popularizing purpose, the article ends with a new conceptualization of the operational realities and the different intervention protocols in an emergency situation, considering the detailed directions emerging from the various institutional panels.

Key words: emergency, psychological support, stress reaction, coping, psychosocial team.

Introduzione: i destinatari degli interventi di supporto psicologico-psichiatrico in emergenza

Una dettagliata tassonomia delle vittime sulla base del loro coinvolgimento nel disastro è stata proposta da Taylor (1999): destinatari primari degli interventi di supporto psicologico-psichiatrico in emergenza sono le vittime dirette di eventi dirompenti e improvvisi indipendentemente dalla gravità dei danni materiali subiti ed evidenti. Debbono essere considerati potenziali destinatari anche i testimoni diretti di fatti gravemente lesivi che hanno minacciato o compromesso la sopravvivenza di un essere umano; i familiari delle vittime, per quanto lontani da un diretto coinvolgimento; i soccorritori, i volonta-

ri e i professionisti che, a qualsiasi titolo, abbiano prestato il proprio aiuto alle vittime e ai sopravvissuti.

Oltre che i singoli individui, destinatari di intervento possono essere interi gruppi sociali, quali famiglie, squadre di soccorso, team operativi e altri gruppi: in tali casi, l'intervento deve consentire di mantenere o riacquistare relazioni positive e costruttive (Seynaeve, 2001). Nei casi in cui venga rilevata la necessità di stabilire delle precedenze per l'attivazione di azioni di supporto, priorità verrà data alle fasce della popolazione più deboli e dunque a bambini e anziani, persone con disabilità, soggetti già sofferenti di disturbi mentali, ecc. A prescindere dalla tipologia dell'evento catastrofico, è opportuno valutare a priori i fattori di rischio di un contesto emergenziale per poter prevenire disagi di natura psicofisica nei soccorritori. Una volta che gli operatori sanitari si troveranno a intervenire sul luogo della catastrofe, dovrà essere garantito il loro lavoro attraverso un'azione di monitoraggio volta a individuare segni e/o sintomi di possibili condizioni di stress e/o di disturbi psichici.

Contesti d'intervento relativi all'entità dell'evento

La "Gazzetta ufficiale" n. 126 del 12 maggio 2001 ha distinto i disastri in due tipologie:

- evento catastrofico a effetto limitato;
- evento catastrofico che travalica le potenzialità di risposta delle strutture locali.

Evento catastrofico a effetto limitato

Un evento catastrofico a effetto limitato, secondo la definizione fornita nella "Gazzetta ufficiale", è caratterizzato dalla integrità delle strutture di soccorso del territorio in cui si manifesta e da una limitata estensione nel tempo delle operazioni di soccorso sanitario (meno di 12 ore).

In caso di una maxi-emergenza, la Centrale Operativa/CO dell'attuale "118" attiva il piano straordinario dei soccorsi includendo nell'allertamento anche il referente dell'équipe psicosociale di riferimento. Questi si rapporta al Direttore dei Soccorsi Sanitari/DSS, che coordina gli interventi sanitari sul luogo del disastro.

È ipotizzabile che tale équipe debba rimanere in attività per un tempo più lungo rispetto al Posto Medico Avanzato/PMA, con cui è in continuo raccordo, per consentire di essere di supporto anche a tutto il personale che ha preso parte alle operazioni di soccorso.

Al termine della fase di emergenza, dovranno essere garantite alcune funzioni e interventi essenziali a tutela della salute psichica della popolazione colpita.

Gli individui che sviluppano disturbi psicologici e psichiatrici (inclusi i disturbi da stress post-traumatico), dovranno avere accesso ad appropriati servizi di sostegno psicosociale presenti sul territorio per permettere loro una continuazione terapeutica.

Dovranno essere attivate azioni di valutazione degli interventi realizzati durante l'emergenza, con particolare riferimento alle attività svolte sul campo.

Evento catastrofico che travalica le potenzialità di risposta delle strutture locali.

In una situazione generalmente caratterizzata da devastazione di ampi territori, da un elevato numero di vittime e da un coordinamento delle operazioni spesso estremamente difficile, l'attivazione dell'équipe psicosociale dovrà avvenire contestualmente all'inizio delle attività degli altri interventi di emergenza sanitaria. In tale situazione, il supporto psicologico verrà offerto, nei limiti del possibile, nella fase immediatamente successiva all'evento.

Con l'attivazione dei vari centri di coordinamento dove opereranno enti, amministrazioni e associazioni di volontariato anche provenienti da zone esterne all'area coinvolta, la gestione degli aspetti psicologico-psichiatrici dovrà ricondursi nell'ambito della Funzione 2, "Sanità umana e veterinaria".

Sul piano operativo, è utile distinguere una fase acuta, con caratteristiche e interventi sovrapponibili a quelli già descritti in precedenza, e una fase di breve-medio termine che si conclude con la fase di ritorno alla normalità. Come per la catastrofe a effetto limitato, è difficile predeterminare la durata specifica di ciascuna fase.

Interventi a breve e medio termine

Nella fase acuta gli interventi sono rivolti prevalentemente: alla salvaguardia della popolazione attraverso l'allontanamento della medesima dalla zona di pericolo; all'adozione di tutte le misure sanitarie di primo soccorso; al supporto emotivo immediato e di soddisfacimento dei bisogni essenziali per la sopravvivenza (Cusano e Giannantonio, 2003).

Successivamente emergeranno le necessità legate all'adattamento della popolazione in un complesso abitativo provvisorio e alle conseguenze psicologiche, sociali e pratiche connesse agli esiti dell'evento disastroso.

Nella fase di breve-medio termine, l'équipe svolge quindi non solo attività rivolte al sostegno della popolazione ma anche funzioni volte a promuovere il ripristino delle reti di supporto sociale preesistenti o la creazioni di reti alternative per il rafforzamento delle risorse locali e le strategie di solidarietà presenti all'interno delle comunità (Pietrantoni e Prati, 2009).

È necessario ricercare una collaborazione costante con tutti gli altri soggetti coinvolti nella gestione dell'emergenza e con le istituzioni della comunità, verificando la disponibilità delle strutture presenti (servizi sanitari pubblici, servizi di salute mentale, servizi socioassistenziali, strutture sanitarie private).

È opportuno inoltre facilitare l'accesso ai servizi sanitari e sociali; fornire documentazione sulle persone a cui si è prestata assistenza in condizioni di emergenza e sugli interventi attuati; rendere disponibile ai servizi richiedenti le informazioni sulle valutazioni relative ai fattori di rischio e di vulnerabilità individuali e collettivi allo scopo di attuare revisioni periodiche e follow-up a lungo termine.

Formazione

Il tema della formazione riveste un'importanza particolare poiché essa rappresenta una delle principali risorse utilizzabili all'interno delle strategie di prevenzione.

La conoscenza diffusa e approfondita degli scenari di rischio, delle procedure organizzative e dei comportamenti più idonei da adottare in emergenza, può infatti migliorare i livelli di vigilanza, ridurre i tempi di risposta, rinforzare i comportamenti più efficaci per contrastare le minacce e limitare gli effetti degli eventi lesivi (Sbattella e Pini, 2004).

Le ricerche dimostrano che una parte degli stress individuali e collettivi che si sviluppano a seguito di disastri può essere ridotta da un'adeguata preparazione di tutti gli attori coinvolti, sia a livello individuale che collettivo.

Finalità generale di ogni azione formativa in questo campo è dunque quella di diffondere e consolidare strategie efficaci per fronteggiare dei pericoli attivando rapidamente processi di selezione percettiva e processi cognitivi complessi, a fronte di emozioni intense e processi comunicativi non ordinari. In questo senso, ogni azione di formazione deve necessariamente includere modi efficaci di comunicare, decidere, valutare, gestire le emozioni e presentare procedure comuni all'interno dei differenti scenari ipotizzati.

I professionisti che operano in campo psicosociale devono essere adeguatamente formati a svolgere attività proprie di un contesto di emergenza collettiva (Pietrantoni e Prati, 2009). Tra queste si possono elencare:

1. attività informative rivolte alla popolazione sulle tecniche di gestione dello stress e sulle reazioni a situazioni critiche;
2. attività di ricongiungimento con i familiari;
3. raccolta di dati per la valutazione post-emergenza;
4. informazioni connesse ai bisogni pratici della popolazione.

La psicologia delle emergenze

La valutazione dell'entità della calamità e dei danni, l'analisi degli scenari dopo un disastro e la considerazione della possibilità di utilizzare risorse residue sono alcuni dei principali momenti che fanno parte dell'organizzazione dei piani di emergenza (Pietrantoni e Prati, 2009).

La psicologia delle emergenze si rivolge sia alle persone colpite da queste catastrofi sia ai loro soccorritori, soprattutto (ma non solo) a coloro che inter-

vengono per primi e che, insieme ai sopravvissuti, sperimentano senso di impotenza, angoscia, ansia e disperazione. Si parla infatti di traumatizzazione vicaria proprio per indicare l'impatto psicologico del vissuto traumatico del paziente sull'operatore, ossia il rischio del soccorritore di essere seriamente coinvolto nelle esperienze traumatiche di chi soccorre.

Tra gli scopi della psicologia delle emergenze vi è certamente quello di evitare cronicizzazioni dello stato di ansia e dei comportamenti reattivi disfunzionali nell'individuo.

Alcune tra le prime attività spesso svolte dopo una sciagura, oltre agli interventi di primo soccorso, consistono nell'inserimento dei sopravvissuti presso i centri di accoglienza per le vittime di disastri e nel passaggio di una serie di comunicazioni utili a informare le vittime sul tipo di aiuto che possono ricevere.

Spesso i sopravvissuti, arrivando ai centri di prima accoglienza, manifestano reazioni emotive molto intense quali paura, ansia, senso di impotenza, stato confusionale. Altri sono afflitti per la perdita di una o più persone care, della casa, oppure sono estremamente addolorati per le gravi condizioni fisiche in cui si trova un parente o un'altra persona cara o, peggio ancora, perché quest'ultima risulta dispersa.

Tutte queste persone necessitano quindi, innanzitutto, di rassicurazioni, di un luogo in cui sentirsi al sicuro, circondati da personale che abbia un elevato grado di sensibilità, comprensione ed empatia. Per tali motivi, gli operatori di primo soccorso, gli psicologi, gli assistenti sociali, i volontari dovrebbero essere in grado di accogliere in maniera almeno sufficientemente adeguata le richieste di aiuto, sia fisiche sia psicologiche, di tutte le persone sopravvissute a un disastro.

Un compito degli operatori d'aiuto è quello di cercare di ridurre il più possibile l'intensità della reazione da stress nelle vittime degli incidenti attraverso:

- il conforto e il supporto emotivo;
- l'espressione dei sentimenti e la lenta acquisizione del controllo su di essi;
- la capacità di comprendere e affrontare le forti emozioni connesse all'evento traumatico.

L'adozione di una posizione di apertura e di ascolto è molto importante poiché aiuta la vittima a far emergere e poi a liberare l'ingorgo di sofferenza e di dolore che porta dentro. La paura della morte, della perdita di persone care o di beni materiali può creare uno stato confusionale e di ansia acuto. Il personale addetto all'aiuto dovrebbe quindi stabilire un contatto empatico con il sopravvissuto, facendolo sentire al sicuro e in salvo. Per esempio, è possibile insegnare ai superstiti delle tecniche per affrontare la paura, spiegando in primo luogo che la paura è un'emozione normale, di cui non bisogna vergognarsi. Essa è anzi spesso adattativa, perché, mettendoci in allarme contro pericoli gravi, può addirittura salvarci la vita. Può anche essere utile insegnare alle vittime delle tecniche di rilassamento e di controllo della respirazione per cercare

di combattere l'ansia. L'operatore, inoltre, dovrebbe dare informazioni circa i fatti accaduti e il luogo in cui si trova la vittima; dovrebbe, qualora sia necessario, ottenere dal sopravvissuto dati e informazioni che riguardano la sua vita, come il nome, il cognome, il luogo di abitazione, i nomi dei parenti, anche al fine di aiutarlo a ricongiungersi eventualmente ai propri cari.

Un altro aspetto importante, sicuramente da non trascurare, è il rapporto dei sopravvissuti con i mass media. Infatti, quando si parla di portare alle vittime un senso di conforto e di protezione, non ci si riferisce solo alla sicurezza fisica, ma anche al benessere psicologico dell'individuo colpito. Spesso, dopo una tragedia, i giornali e i mezzi di comunicazione si precipitano sul luogo dell'accaduto per poter raccontare, tramite notizie di prima mano, magari raccolte direttamente proprio dalle stesse vittime, il corso degli eventi. Ovviamente, in tale situazione, le persone maggiormente esposte sono proprio i sopravvissuti, coloro che hanno vissuto sulla propria pelle la tragedia e che possono riferire i fatti così come si sono svolti perché erano presenti. In tutti questi casi, i superstiti rischiano di essere doppiamente vittime, del corso degli eventi e dell'uomo.

Le vittime hanno bisogno di protezione e di privacy nello stesso tempo, per poter affrontare con la massima calma e tranquillità i sentimenti di paura, ansia e impotenza insorti dopo un evento traumatico in cui hanno rischiato di rimanere feriti o addirittura di perdere la vita.

In tutti questi casi il personale d'aiuto ha il dovere di proteggere la vittima.

Un operatore d'aiuto può considerarsi, in un certo qual modo, come un contenitore all'interno del quale la vittima di una sciagura riversa le paure, le ansie e i pensieri più profondi. In un momento tragico, in cui si corre o si è corso il rischio di perdere tutto, l'operatore può rappresentare un porto sicuro, un'ancora di salvezza. In questi contesti, in queste situazioni, facilmente si crea un rapporto profondo di comprensione, di aiuto e di sostegno. Tale rapporto, però, è possibile solo se costruito sulla base della fiducia, del rispetto reciproco e della consapevolezza che tutto ciò che viene detto rimane esclusivamente tra l'operatore d'aiuto e la vittima.

Nella risposta a un disastro vengono comunemente riconosciute 7 fasi, che rappresentano le reazioni più comuni delle vittime (Giannantonio, 2003).

1. *Warning phase*. È il periodo in cui le persone diventano consapevoli della presenza di un pericolo. Le risposte possono essere di ansia e paura. Inizialmente le persone possono sperimentare anche un senso di impotenza, che tuttavia può essere prontamente ridotto attraverso la diffusione, mediante fonti ufficiali, di chiari e tempestivi messaggi di avvertimento preventivo; occorre altresì essere espliciti rispetto alle misure protettive da prendere, specificando come, quando e dove andare.
2. *Threat phase*. Nella fase della minaccia, il pericolo è imminente e inevitabile. Ora le persone possono mostrare una progressiva agitazione e una diminuzione della coordinazione. Nei disastri in cui non esiste la fase di avvertimento, come in un'esplosione o in un inci-

dente aereo, gli effetti dello shock sono ingenti e hanno decise implicazioni per il successivo recupero.

3. *Impact phase*. È il periodo durante il quale la catastrofe causa morte, danni e distruzione. Spesso le persone sono stordite, sbalordite, faticano a credere a ciò che sta accadendo. Spesso provano nausea, tremori, svenimento, orrore, shock, ansia, sentimenti di perdita di speranza e di impotenza, isolamento e abbandono.
4. *Inventory phase*. È il periodo che segue immediatamente l'impatto della sciagura, quando i sopravvissuti emergono e valutano la situazione. Innanzitutto, essi controllano e verificano la salvezza dei membri della loro famiglia, poi cercano amici e conoscenti. Le reazioni fisiche ed emotive che si accompagnano a questa fase vanno dalla confusione, lo stordimento, l'apatia, lo shock, la passività e il ritiro, a un senso di incredulità rispetto a quanto avvenuto. Tante persone esprimono profondo sollievo e gratitudine per essere salvi. Alcuni provano un senso di euforia. Molte di queste reazioni sono adattive, e consentono all'individuo di non essere sopraffatto dallo stress dell'evento e lo aiutano a adattarsi gradualmente alla realtà.
5. *Rescue phase*. In questa fase si mette in moto l'azione d'emergenza. Coloro, tra i sopravvissuti, che sono incolumi o presentano danni lievi, iniziano immediatamente a tentare di salvare le vittime intrappolate e forniscono i primi aiuti. Quando poi arrivano i soccorritori, generalmente i sopravvissuti vengono evacuati e i feriti portati in ospedale.
6. *Recovery phase*. Durante questa fase, nonostante gli aiuti offerti, le persone continuano a sperimentare reazioni connesse alle perdite personali. L'intontimento, la confusione, l'incredulità cominciano a dipanarsi e lasciano il posto alla dura realtà delle perdite. A questo punto sopraggiungono la delusione e l'amara consapevolezza di ciò che si è perso. La disperazione, l'angoscia e il dolore prendono il sopravvento. Le persone passano attraverso le varie tappe della negazione, della rabbia, della negoziazione, della depressione e dell'accettazione. Altre reazioni possono includere mancanza d'appetito, difficoltà a dormire, sentimenti di apatia o vuoto emozionale. Alcuni soggetti possono addirittura sentirsi in colpa per essere sopravvissuti mentre altri sono morti.
7. *Reconstruction phase*. Questa fase non include solo la ricostruzione materiale - per esempio, della casa - ma anche il lungo processo di adattamento. La velocità e la modalità della ripresa dipendono in larga parte dal grado e dall'estensione delle perdite, dalle risorse economiche disponibili, dal supporto della famiglia, dei parenti, degli amici, della comunità e dalla coesione familiare. Spesso le vittime di disastri riferiscono di provare, nel corso di questa fase, un senso di fatica, di tristezza, di apatia, di disorganizzazione.

La durata del periodo che i soggetti trascorrono all'interno di ogni fase

dipende quindi da vari fattori, tra cui l'entità delle perdite subite, il supporto familiare, la capacità di risposta e recupero.

Crisis intervention service

Molte persone, quando vivono una situazione stressante, mettono in atto diverse strategie di coping fino a che lo stress persiste. Quando l'emergenza è unica e la tensione è grave, gli abituali meccanismi possono non essere efficaci e le persone possono rimanere ansiose e confuse. L'aiuto è necessario, ed è tanto più efficace quanto più viene offerto rapidamente.

Il crisis intervention rappresenta un'invasione tempestiva nella vita di una persona nel momento in cui le sue strategie di fronteggiamento della situazione si mostrano inefficaci. Lo scopo è facilitare il ritorno al livello di funzionamento precedente alla sciagura, il prima possibile. Le principali fasi di questo intervento sono le seguenti:

1. Stabilire un rapporto: occorre mostrare al soggetto che lo si comprende, che si è realmente interessati ad ascoltarlo e aiutarlo.
2. Identificare, definire e focalizzare il problema: spesso le vittime di disastri sono confuse, caotiche e disorganizzate nel pensiero e nel funzionamento. Spesso sono presenti diversi problemi, ma è opportuno identificarne subito uno, il più immediato e possibilmente il più facilmente risolvibile. Un passo avanti, infatti, dà al soggetto un feedback positivo rispetto all'acquisizione di un senso di controllo.
3. Valutare i problemi: è importante valutare la gravità dei problemi della vittima e contemporaneamente è opportuno analizzare anche le sue risorse, la sua personalità complessiva, il suo stile di vita. In questo modo è possibile stabilire delle priorità e considerare eventuali rimedi.
4. Valutare le risorse disponibili: si tratta di esplorare le possibili fonti di aiuto esterne per la soluzione dei problemi, come la famiglia, gli amici, i parenti, la rete di supporto sociale, ecc.
5. Sviluppare e implementare un piano: spesso una difficoltà comune tra gli operatori d'aiuto risulta essere la tentazione di risolvere tutti i problemi di chi si rivolge loro. Invece, lo scopo del sostegno è quello di aiutare le persone a riappropriarsi della propria indipendenza, suggerendo magari delle alternative non considerate prima. È fondamentale evitare promesse o soluzioni che non è possibile offrire.
6. Follow-up: è auspicabile controllare e verificare, a distanza di tempo, come sta andando la vita del soggetto.

L'impatto degli eventi catastrofici sui soccorritori

Non solo le vittime, ma anche i soccorritori sono soggetti a importanti stress. Al riguardo, le tre principali fonti di stress sono così raggruppabili:

1. fattori oggettivi: per es., stimoli traumatici, fallimento della missione, errori umani, gravi danni a bambini, eventi che causano la morte di colleghi, necessità di compiere scelte difficili;
2. fattori soggettivi: per es., tendenza a identificarsi con la vittima, bisogno del soccorritore di tenersi a distanza dalle vittime, mancanza di idonee strategie di fronteggiamento dello stress e/o inadeguate capacità di valutare la propria tolleranza dello stress;
3. inadeguatezze dell'organizzazione: per es., eccesso di responsabilità e/o di abilità richieste, conflitti interni all'organizzazione, carenze nei processi di selezione e formazione dei soccorritori, mancanza di programmi per il supporto psicologico dei soccorritori.

Inoltre ci sono fattori esterni e interni al soccorritore che lo predispongono al rischio di stress eccessivo. Tra i fattori esterni si possono citare l'intensità dell'esposizione a circostanze pericolose, il numero di immagini, suoni o comunque percezioni vissute come minacciose, la vicinanza al pericolo, le perdite oggettive subite, la qualità delle risorse sociali a disposizione (reti di sostegno sociale, protezione e soccorsi materiali, aiuto psicologico professionale).

Tra i fattori interni o personali sono da sottolineare la valutazione della situazione di stress (pericolosità, imprevedibilità, incontrollabilità), i disturbi derivanti da stress precedenti e il tipo di personalità (per es., ottimismo, preparazione professionale, stabilità emotiva).

Il soccorritore presenta una soglia di tolleranza dello stress più alta di quella media e ciò, in genere, lo protegge dal trauma. Va tuttavia tutelato dallo stress indotto da ogni attività di soccorso che causa una forte ripercussione sia somatica che emotiva. I principali fattori di prevenzione dei disturbi emozionali del soccorritore sembrano essere: un adeguato training personale, una discreta consapevolezza delle proprie motivazioni, una chiara definizione di ruoli, precedenti esperienze di intervento in catastrofi e una tranquilla vita affettiva (per es., coniugato piuttosto che single).

Inoltre sono stati condotti studi sulle strategie di coping (Lazarus, 1966) utilizzate dagli operatori per ridurre il loro stress, e da queste ricerche è emerso che l'umorismo è una delle strategie di coping individuali e di gruppo che offre un possibile contributo positivo all'adattamento individuale.

È infatti sempre più diffusa l'idea che l'umorismo, utilizzato in modo adeguato, possa fornire un certo grado di riduzione della tensione e facilitare la reinterpretazione di una data situazione (Moran e Massan, 1997; Sbattella e Molteni, 2008). Le persone con un forte senso dell'umorismo non provano meno stress, ma sono capaci di generare humour per affrontarlo: in circostanze più estreme, l'umorismo può essere usato per proteggere il Sé distanziando l'individuo dallo stressor.

Le modalità d'intervento sui soccorritori possono essere suddivise in:

– strategie generali: selezione del personale, programmazione di ritmi di lavoro adeguati, riduzione al minimo delle tensioni comunicative all'interno dell'organizzazione stessa;

- strategie "prima dell'evento", in genere attuate attraverso piccoli e grandi gruppi: informazione e formazione, cioè gestione dello stress, rischi, comunicazione verbale e non, rudimenti sull'autostima e sull'assertività, apprendimento delle tecniche di rilassamento;
- strategie "dopo l'evento", in genere attuate attraverso piccoli gruppi: defusing, debriefing, brevi interventi psicoterapeutici, EMDR, ipnoterapia, strategie cognitivo-comportamentali;
- strategie individuali: psicoterapia personale, terapia cognitivo-comportamentale, terapia focalizzata sulle emozioni, immaginazione guidata, SIT, *rewind*, psicoterapie dinamiche.

La Direttiva del Presidente del Consiglio dei Ministri 13 giugno 2006 in materia di intervento in caso di catastrofe

Nella "Gazzetta ufficiale" del 29 Agosto 2006, n. 200, del 29/08/2006 è stata pubblicata la Direttiva del Presidente del Consiglio dei Ministri 13 giugno 2006 Criteri di massima sugli interventi psicosociali da attuare nelle catastrofi. Tale direttiva è stata recepita dalle Regioni, e in essa si è prevista la costituzione di Équipe psicosociali per le emergenze.

Si tratta di una direttiva perfezionabile che ritornerà sul tavolo della Protezione Civile Nazionale dopo la sperimentazione sul campo.

Secondo questa direttiva, i disastri, siano essi di origine naturale o causati dall'uomo, possono essere distinti, in base alla loro entità, in "eventi catastrofici a effetto limitato" oppure in "eventi catastrofici che travalicano le potenzialità di risposta delle strutture locali", come già proposto nella sopracitata "Gazzetta ufficiale" del 2001. In entrambi i casi si differenziano dalle situazioni di emergenza individuale o di piccola scala, in quanto necessitano di una risposta qualitativamente diversa; il contesto delle maxi emergenze richiede infatti l'utilizzo di metodologie e procedure peculiari che prendano in considerazione il numero dei soggetti coinvolti e la precarietà delle condizioni ambientali che si vengono a determinare.

È inoltre opportuno osservare che le catastrofi possono produrre effetti di lunga durata sulle persone e mettere a dura prova le capacità di reazione e di adattamento sia del singolo individuo che dell'intera comunità. Si assiste infatti in questi casi al venir meno delle risorse di autoprotezione, normalmente presenti in un gruppo di individui che condividono le stesse abitudini di vita, e pertanto è necessario che gli interventi psicosociali adottati tengano nella massima considerazione le caratteristiche specifiche di quel territorio e della comunità che lo abita.

Da tali considerazioni scaturisce l'esigenza di fronteggiare i bisogni psicosociali che si manifestano a seguito di emergenze nazionali attraverso azioni e interventi coordinati in grado di garantire risposte efficaci e di qualità.

A questo fine sono stati redatti i presenti criteri di massima il cui contenuto è così suddiviso:

1. rete organizzativa, articolata in strutture di riferimento e risorse umane dedicate;
2. destinatari degli interventi;
3. scenari d'azione.

Principali indicazioni a livello internazionale: le direttive europee e il modello canadese

Circa un anno fa, il Consiglio dell'Unione Europea ha ribadito la fondamentale importanza dell'intervento psicosociale in casi di emergenze e catastrofi, riconoscendo e assodando alcuni concetti chiave al fine di garantire il supporto dei singoli e delle comunità in situazioni critiche ed emergenziali. Infatti, il Consiglio dell'Unione Europea, in ragione e sulla scorta delle discussioni svolte a Madrid l'8 e il 9 febbraio 2010 in occasione del seminario della presidenza sull'intervento psicosociale in caso di situazioni d'emergenza e catastrofi, ha invitato, tramite il progetto sviluppato in tale occasione, i 15 Stati membri, per quanto i loro sistemi di protezione civile e le loro altre pertinenti autorità lo richiedano, a rispettare una folta serie di parametri, che riportiamo fedelmente qui di seguito:

a) provvedere a includere l'intervento psicosociale nelle varie fasi di gestione dei rischi e delle emergenze (prevenzione, intervento e riabilitazione);
b) agevolare e sostenere lo sviluppo della resilienza del singolo e della comunità, facendo ricorso a programmi sociali di prevenzione per rafforzare la capacità dei gruppi colpiti da catastrofi;
c) promuovere l'inserimento di specifici gruppi o esperti di intervento psicosociale nei sistemi di risposta alle emergenze previsti nei piani di protezione civile ai vari livelli (locale, regionale, nazionale) al fine di agevolare il coordinamento tra le loro azioni e le azioni di altri gruppi operativi o istituzioni a livello di sede centrale o sul terreno con i quali possono interagire;
d) incoraggiare lo sviluppo di programmi integrati di gestione dello stress che permettano un'adeguata formazione psicosociale del personale per i vari servizi d'emergenza (vigili del fuoco, polizia, servizi sanitari, ecc.) e di altre categorie di personale se del caso al fine di:

   - aumentarne la capacità di autoprotezione psicosociale e la capacità di gestione dello stress nelle situazioni critiche;
   - individuare i concetti base del sostegno psicosociale intesi a migliorarne le prestazioni nello svolgimento dei compiti di soccorso e trattamento delle vittime;

e) tenere presente la riabilitazione psicosociale a medio e lungo termine nei vari aspetti della vita sociale, sviluppando programmi multidisciplinari che coprano tutti i campi dell'istruzione, della salute e dell'attività

istituzionale e coinvolgendo attivamente i diversi settori che potrebbero essere stati colpiti dalla catastrofe e le organizzazioni locali (associazioni di volontari, ecc.);

f) includere anche programmi specifici di percezione e di comunicazione dei rischi a livello locale nel contesto della gestione dei rischi;

g) includere attività di valutazione e monitoraggio per tutto il sostegno psicosociale prestato sul campo;

e ha invitato la Commissione a:

a) assicurare che gli aspetti psicosociali siano integrati nelle attività del meccanismo di protezione civile dell'Unione, incluso il programma sullo scambio di esperti, al fine di sviluppare la resilienza psicosociale;

b) aggiornare i programmi formativi previsti dal meccanismo per inserire nuovi contenuti psicosociali nei corsi di formazione esistenti;

c) consentire l'inclusione nella banca dati degli esperti del meccanismo di esperti psicosociali da utilizzare, se necessario, per l'intervento nel quadro del meccanismo;

d) agevolare il collegamento in rete degli esperti psicosociali nel quadro del meccanismo, al fine di rafforzare e promuovere le loro funzioni di consulenza, formazione, ricerca e scambi di esperienze nonché di informazione, ecc.;

e) esaminare ulteriormente, unitamente agli Stati membri, la necessità e il potenziale valore aggiunto della definizione di orientamenti dell'UE nel settore del sostegno psicosociale, tenendo conto dei lavori esistenti in quest'area.

Tali conclusioni, come detto, evidenziano l'importanza di predisporre squadre psicosociali multidisciplinari professionali finalizzate al sostegno nelle diverse fasi di catastrofe e post-catastrofe; tali realtà operative considerino le variegate realtà individuali e sociali, percorrendo una strada operativa sinergica e armoniosa provvedendo a facilitare e a rafforzare una cooperazione internazionale tesa a sviluppare una resilienza personale e comunitaria innanzi a minacce e catastrofi.

Ulteriormente, tra le normative internazionali è interessante prendere in considerazione l'organizzazione canadese in ambito di emergenza.

Secondo questa organizzazione, in un disastro di larga scala, l'ampiezza, l'urgenza e l'intensità delle necessità umane e il grado della disorganizzazione sociale sono così vasti che le risorse dei servizi ordinari della comunità sociali non sono di norma in grado di farvi fronte. La situazione richiede pertanto, allo scopo di attivare gli urgenti supporti fisici e personali, fino a che non vengono attivati e siano effettivi i programmi a lungo termine, l'implementazione di un sistema di servizi di risposta all'emergenza sociale.

L'Emergency Social Service/ESS è un'organizzazione di risposta all'emergenza progettata per provvedere a quei servizi elementari considerati essenziali per il benessere immediato e successivo delle persone colpite da un disastro.

La responsabilità di pianificazione di un ESS. dipende dai servizi umani preesistenti nella comunità e dalle organizzazioni pubbliche.

L'organizzazione di una risposta ESS è costruita dalle organizzazioni dei servizi umani esistenti nella comunità. Il suo ruolo consiste nel supportare e assistere la struttura locale, non di sostituirla.

Un piano di risposta a un'emergenza descrive le misure minime che ogni dipartimento municipale – vigili del fuoco, polizia, ambulanze, trasporti, enti erogatori di luce, acqua e gas, servizi sociali, ecc. - dovrebbe mettere in atto in un'emergenza.

Vengono previsti in genere almeno cinque ESS:

1. l'emergency clothing service: è un servizio che si occupa di fornire vestiti;
2. l'emergency lodging service: questo servizio predispone un sicuro, immediato e temporaneo alloggio per le persone evacuate o senza casa;
3. l'emergency food service: fornisce il cibo a chi è stato evacuato, ai lavoratori e ai volontari;
4. il registration and inquiry service: è un servizio che aiuta a riunire le famiglie. Raccoglie informazioni riguardo le condizioni e la collocazione delle persone scomparse;
5. personal service: si occupa dell'accoglienza iniziale delle vittime di disastri; li informa sugli aiuti immediatamente disponibili; offre cure temporanee a bambini soli e ad anziani; offre supporto emozionale immediato e a lungo termine agli individui con problemi personali e necessità creati o acuiti dal disastro.

L'obiettivo del Personal Service/PS consiste nel facilitare un rapido recupero delle vittime di una sciagura attraverso:

- l'offerta di informazioni e di un aiuto immediato, appropriato e personalizzato alle persone con problemi o necessità fisiche, sociali, emozionali o economiche;
- la proposta di programmi o servizi preventivi a breve e a lungo termine che potrebbero aiutare a ridurre gli stress associati al recupero dal disastro;
- l'offerta di informazioni a coloro che progettano i servizi umani, ai lavoratori e ai politici riguardo ai problemi e alle necessità create da un disastro e ai servizi che si occupano di rispondere a questi bisogni.

In seguito ad un disastro il PS fornisce diversi servizi, che si dividono in "risposte immediate" e "risposte a breve e a lungo termine".

Le prime comprendono:

- l'accoglienza delle vittime e l'offerta di informazioni sull'aiuto immediatamente disponibile;
- il supporto emozionale, che si esprime attraverso la comprensione, l'empatia e la rassicurazione da parte dello staff;

- il prendersi cura di bambini soli che in vario grado, di norma, quando vengono allontanati dai loro genitori e dalla loro casa, sperimentano sentimenti di perdita e paura;
- l'assistenza ad anziani o adulti con handicap;
- la cura dei residenti che per ragioni di sicurezza vengono allontanati dal loro ambiente familiare e dalle loro normali abitudini quotidiane;
- l'assistenza economica e materiale, per garantire alle persone il soddisfacimento dei bisogni elementari.

Tra le seconde troviamo tutti quei programmi di supporto e quei servizi che permettono ai sopravvissuti di fronteggiare le ripercussioni della sciagura. L'organizzazione del PS dovrebbe essere sufficientemente flessibile da rispondere alle varie richieste e situazioni d'emergenza.

Conclusioni

La psicologia delle emergenze è una branca della psicologia in continuo divenire, in particolar modo per gli aspetti squisitamente applicativi, per le metodologie di intervento sul campo e per quanto concerne le modalità di raccordo tra le figure multidisciplinari che si trovano a operare in tali contesti. Ciò che preminentemente interessa far comprendere agli addetti ai lavori, personale tecnico e volontari, ma anche a coloro che, per mero interesse conoscitivo, si avvicinino a questo argomento/professione, è la fondamentale importanza di una formazione ad ampio spettro, sorretta da una impalcatura relativamente solida di direttive e linee-guida in merito agli interventi psicosociali in situazioni di emergenza. Difatti, se è vero che la formazione sulle strategie fattive risulta essere un momento saliente e fondante per questa pratica professionale, appare comunque precipua, per i professionisti di quest'area operativa, una chiara definizione teorica delle diverse componenti che ritroviamo in questi complessi eventi. Ciò al fine di ribadire la fondamentale importanza di un costante aggiornamento e di una continuativa formazione rispetto agli aspetti legislativi e normativi che sottendono l'attività degli psicologi nelle emergenze gravi, ma anche tenendo presente che i suddetti aspetti edificano un'etica attiva spendibile in tutte le professioni che, come fine, si prefiggono l'aiuto e il sostegno delle persone in difficoltà.

Bibliografia

Cusano M. e Giannantonio M. (2003), Fondamenti di psicologia dell'emergenza, Economind, Salerno.

Giannantonio M. (a cura di) (2003), Psicotraumatologia e psicologia dell'emergenza, Ecomind, Salerno.

Lazarus R.S. (1966), Psychological stress and coping process, McGraw Hill, New York.

Moran C. e Massan M. (1997), An evaluation of humor in emergency work,

"Australian journal of disaster and trauma", 3.
Pierantoni L. e Prati G. (2009), Psicologia dell'emergenza, Il Mulino, Bologna.
Sbattella F. e Molteni M. (2008), L'umorismo in emergenza, Università Cattolica del S. Cuore, Milano.
Sbattella F. e Pini E. (2004), Strategie di coping ed emozioni nei soccorritori: una ricerca sulle reazioni di fronte ad un bambino ferito, "Nuove tendenze della psicologia", 1, pp. 67-95.
Seynaeve, G.J.R. (2001), Psyco-social support in situations of mass emergency. A European policy paper concerning different aspects of psychological support and social accompaniment for people involved in major accidents and disasters, Ministry of Public Health, Bressels, Belgium.
Taylor, A.J.W. (1999), Towards the classification of disasters and victims, "Traumatology", 5, pp. 12-25.

Catia Di Domenica e Alessandra Rosabianca

"Il vero terremoto arriva adesso": il ruolo dello psicologo nella fase di smantellamento dei campi

Riassunto

Nel presente articolo si vuole ripercorrere l'intervento degli psicologi durante il terremoto avvenuto in Abruzzo nel 2009. In particolare, viene esaminato il lavoro che gli psicologi hanno svolto in stretto contatto con i funzionari della Protezione Civile nei campi di Monticchio 1 e 2 e di Paganica 5 nella fase di smantellamento delle tendopoli. Ci si sofferma sull'importanza della comunicazione nelle emergenze e sui possibili perché di una comunicazione confusa e dei suoi effetti. Si riflette sulle ragioni delle tensioni e dell'ambivalenza, sia nella popolazione sia negli operatori, ponendo l'accento sull'importanza del riconoscimento reciproco dei ruoli da parte delle diverse forze in campo e auspicando l'instaurarsi di prassi consolidate di lavoro.

Parole chiave: emergenza, comunicazione, tendopoli, smantellamento dei campi.

Abstract

The present article describes the intervention implemented by the psychologists during the earthquake emergency in Abruzzo, in 2009. Specifically, it focuses on on what they did in close collaboration with the Civil Protection during the taking down of the camps of Monticchio 1 and 2 and Paganica 5. We expand on the importance of communication in emergency situations and on the possible causes of confusion in communication and its effects. We reflect on the reasons at the basis of the tensions and the ambivalent emotions felt both by the population and the workers, emphasizing the importance of the mutual recognition of the respective roles by the different forces involved and hoping for the institution of consolidated intervention practices.

Key words: emergency, communication, tent city, camps taking down.

L'importanza della comunicazione nelle emergenze

Uno dei compiti primari dello psicologo durante un'emergenza, e nel periodo immediatamente successivo, è quello di favorire la comunicazione più chiara ed efficace possibile e aiutare la popolazione ad attivare tutte le risorse disponibili per far fronte a una situazione straordinaria ed eccezionale, alla quale non si è preparati.

Delle informazioni corrette e chiare, unite alla possibilità di una maggiore comprensione dei fenomeni in atto, permettono, infatti, non solo una migliore gestione dell'emergenza, ma anche un maggior controllo dell'ansia. Il fatto di aiutare la collettività nella lettura del contesto e degli avvenimenti, fornendo

degli strumenti cognitivi che consentano una maggiore comprensione delle circostanze, consente una maggiore capacità di fronteggiare gli eventi straordinari.

A un primo livello la comunicazione deve quindi puntare sugli aspetti descrittivi e cognitivi dei fenomeni. In sostanza, è necessario che la popolazione sappia cosa sta succedendo e sia in grado di cogliere i segnali dell'ambiente per capirne il significato e muoversi di conseguenza. Possedere informazioni corrette sui fenomeni e le emergenze in atto consente di agire nella maniera più idonea, limitando i rischi e, nel contempo, riducendo le ansie.

Tali informazioni contribuiscono a organizzare il pensiero e a proteggere dalla confusione interna ed esterna, aiutando il singolo e la collettività a riorganizzare la propria esperienza, dotandola di senso.

In considerazione di ciò, e come indicato nelle linee guida IASC (Inter-Agency Standing Committee, 2001), lo psicologo ha il compito di veicolare le informazioni e agevolare l'incontro tra le domande della popolazione, finalizzate alla comprensione dei fenomeni in atto e alle prospettive future, e le risposte degli esperti, caratterizzate da oggettività e competenza. Nell'agire questo ruolo, tenuto conto del contesto in cui opera, anche il lavoro dello psicologo necessita di sostanza e tecnicità e deve sapersi adattare alle esigenze pratiche e contingenti della situazione. La funzione di supporto psicosociale è, infatti, una funzione pensata e ragionata, dotata di un'organizzazione e di strumenti propri, come evidenziato nel *Manuale da campo della Protezione Civile della Regione Lombardia* (AA.VV., 2010). Essa si deve basare, oltre che su un buon grado di flessibilità, su una consolidata prassi operativa e una buona conoscenza tra le forze che operano nell'emergenza.

La comunicazione durante l'emergenza in Abruzzo: i possibili perché di una comunicazione confusa

L'associazione Psicologi per i Popoli - Milano è intervenuta in Abruzzo a sostegno delle vittime del terremoto nei campi gestiti dalle regione Lombardia - Monticchio 1 e 2 e Paganica 5 - nel periodo compreso fra aprile 2009 e ottobre 2009. Ha fornito supporto psicosociale sin dalle prime fasi dell'emergenza e fino allo smantellamento dei campi, nell'ottobre 2009. Durante i mesi di presenza nelle tendopoli, si sono alternate diverse squadre di psicologi dell'associazione che hanno dovuto far fronte ai bisogni e alle differenti richieste che di volta in volta emergevano.

L'importanza di una buona strategia comunicativa è emersa con chiarezza nell'intervento realizzato nel settembre 2009, durante il quale è stato richiesto all'associazione uno screening dei bisogni degli abitanti dei tre campi, per definire le loro destinazioni dopo lo smantellamento delle tendopoli. Tale richiesta è stata gestita da una squadra composta da quattro psicologhe presenti in quel periodo al campo, appartenenti a Psicologi per i Popoli - Milano.

Nella prima fase dell'intervento, una delle difficoltà maggiori è stata proprio quella di reperire le informazioni e individuare quelle più vicine alla realtà

dei fatti, per consentire una comprensione quanto più realistica possibile di ciò che stava accadendo. Le informazioni che arrivavano alla squadra di psicologhe, infatti, erano molteplici, confuse e spesso contraddittorie e ogni possibile canale di informazione sembrava annullare la validità degli altri canali.

Questa difficoltà ha comportato un grande dispendio di energie e una faticosa opera di ricostruzione delle diverse verità possibili, al fine di individuare le informazioni più plausibili che potessero orientare il lavoro della squadra di psicologhe. Nel far ciò, si è proceduto spesso per intuizione e senza mai trascurare le notizie false, ma provando comunque a dare loro un senso.

Le ragioni di una comunicazione così difficile e confusa risiedono nella natura stessa dell'emergenza. Innanzitutto, l'emergenza di per sé è qualcosa di assolutamente anomalo per cui è difficile riferirsi a un bagaglio di esperienze, cognitivamente e percettivamente organizzato e definito. Il terremoto rappresenta un evento straordinario e dotato di alta specificità; l'interpretazione, la comprensione, le parole con cui descrivere l'evento, le categorie percettive all'interno delle quali inserire i fenomeni a cui si è assistito, spesso risultano difficoltose o impossibili. Spesso manca anche una terminologia condivisa che faciliti la comunicazione, ma il bisogno di parlare dei propri vissuti prevale e allora si fa ricorso alle parole di cui si dispone. A tal proposito, è toccante il racconto di chi ha vissuto il terremoto e riesce a descrivere gli eventi di cui è stato testimone solo facendo appello alle metafore o alla finzione televisiva: "Era come nei cartoni animati quando i mobili stanno per cadere a terra e poi, improvvisamente si raddrizzano". L'immaginario personale non era pronto ad accogliere la realtà.

L'impossibilità di descrivere i fenomeni a cui si è assistito crea confusione rispetto alle certezze possedute fino a quel momento, destabilizzando il singolo e l'intera comunità.

Nonostante questa difficoltà, per la popolazione poter raccontare e raccontare ancora quanto vissuto è stato prioritario. Primo Levi (1981), parlando della sua esperienza, ci ricorda che: "Il bisogno di raccontare agli altri, di fare gli altri partecipi, aveva assunto fra noi il carattere di un impulso immediato e violento". E come psicologi bisogna essere pronti all'ascolto.

Molto spesso, però, lo psicologo non è chiamato solo ad ascoltare, ma è anche direttamente investito da domande, per le quali non sempre si hanno risposte.

Sovente viene richiesto allo psicologo di fare delle previsioni, di dire cosa succederà, cosa ne sarà di sé, della propria casa, del proprio lavoro e via dicendo, sollecitando delle risposte che, purtroppo, solo in parte si possiedono.

In contesti di emergenza, infatti, è estremamente complesso reperire le informazioni, stabilire delle strategie e avere certezze, perché la situazione, dato il suo alto grado di eccezionalità, è in progressivo e costante mutamento. Le informazioni sono spesso incerte, provvisorie e in divenire. Inoltre, la paura, la tensione e l'agitazione che caratterizzano le situazioni di emergenza limitano un passaggio chiaro di informazioni che spesso vengono distorte durante la loro divulgazione.

A complicare il tutto si aggiungono le notizie, spesso pretestuose e strumentali, che filtrano dai giornali e che contribuiscono a creare confusione. Queste stesse notizie possono essere rilette, a distanza di tempo, con un sguardo pun-

tuale che tenga conto del ragionevole dubbio rispetto alla loro veridicità. Tale dubbio è imposto dai tristi fatti di cronaca venuti alla luce nel post-terremoto, nel settembre-ottobre 2009, quando nella fase di smantellamento dei campi e assegnazione degli alloggi è emerso lo scandalo degli appalti per la ricostruzione in Abruzzo nel post-terremoto. Tale scandalo ha messo in evidenza come spesso gli interessi di una popolazione, vittima di una catastrofe naturale così devastante, vengano distorti e squalificati a causa dell'imporsi di interessi ben più particolari e soggettivi di taluni singoli. La questione riguardava la scelta delle destinazioni alternative alle tendopoli, la mancata ricostruzione del patrimonio storico e abitativo della città, la scarsa considerazione dei bisogni della popolazione. Sono emersi con chiarezza i criteri che hanno determinato le scelte abitative per la popolazione in emergenza e nel post-emergenza, e che spesso, anche durante le assegnazioni stesse, hanno costituito motivo di malumore e contrasto nella popolazione, e fra la popolazione e i funzionari di Protezione Civile incaricati di comunicare le destinazioni alternative alla tendopoli.

A scelte veloci, opportune ed economiche sono state privilegiate scelte votate a favorire gli interessi economici dei costruttori a tutto danno della popolazione, i cui interessi sono apparsi addirittura secondari, e della città, del suo patrimonio storico e culturale.

Questa amara realtà, di cui già si avevano dei sentori poco dopo il terremoto, contribuisce a diffondere rabbia e diffidenza, generando un profondo senso di sfiducia non solo verso le istituzioni ma anche verso coloro che, in prima linea, offrono aiuto nei campi. I volontari di Protezione Civile hanno rischiato, e forse spesso è accaduto, di essere accomunati a chi spartiva interessi alti e poco si curava della popolazione.

La squadra di psicologhe incaricate di affiancare la Protezione Civile durante la fase di smantellamento dei campi e di comunicare alla popolazione le destinazioni alternative alle tendopoli ha corso spesso il rischio di essere percepita come sostenitrice di quegli interessi privati. L'affiancamento ai funzionari di Protezione Civile ha spesso fatto percepire la squadra di psicologhe come manipolatoria delle informazioni. Non siamo state più percepite come dispensatrici di un supporto psicosociale professionale, competente e autentico. Ci siamo interrogate sia sui vissuti dei vari componenti del gruppo sia sull'impatto del nostro nuovo ruolo sulla popolazione delle tendopoli.

L'affiancamento ai funzionari della Protezione Civile

Nel settembre 2009, superata la fase di post-emergenza, era necessario procedere allo smantellamento dei campi, come pubblicizzato da tutti i mass media. Questo aveva prodotto un grande fermento nella popolazione dei campi di Monticchio 1 e 2 e Paganica 5, oltre a sollevare molti timori, come comprensibilmente avviene nei momenti di grande cambiamento.

In vista di collocazioni alternative alle tende, si auspicava, nella scelta delle destinazioni, un maggiore agio per coloro che si trovano in condizioni mediche e sanitarie particolari, come ammalati, portatori di handicap e anziani.

Inizialmente, quindi, la squadra di psicologhe ha proceduto a un attento

screening delle fragilità presenti all'interno dei tre campi. Dopo questa prima fase, come da richiesta dei vertici, la squadra si è occupata di affiancare i funzionari di Protezione Civile, che nei campi di Monticchio 1 e 2 avevano il compito, in un primo momento, di raccogliere i desiderata della popolazione e, in un secondo momento, di comunicare le destinazioni alternative alle tendopoli.

La prima fase fu caratterizzata da colloqui esplorativi con ciascun nucleo familiare finalizzati a conoscere la composizione del nucleo, le necessità, le abitudini di vita e lavorative, la presenza di familiari con situazioni sanitarie rilevanti o handicap, in modo da orientare la scelta della destinazione e renderla il più rispondente possibile alle esigenze di ciascuno. I dati emersi da tali colloqui alla presenza dei funzionari di Protezione Civile sono stati incrociati con i dati precedentemente raccolti nello screening sulle fragilità della popolazione presente nei campi.

La seconda fase vide gli psicologi affiancare i funzionari della Protezione Civile incaricati di comunicare, a ciascun nucleo familiare, la destinazione alternativa alla tendopoli di cui dovevano/potevano prendere possesso nel più breve tempo possibile, se non nell'immediato.

La destinazione della popolazione spesso non era già nota ai funzionari presenti al campo, ma veniva loro comunicata in tempo reale, tramite contatto telefonico, dai colleghi che presso il quartier generale (Dicomac) stavano lavorando alla sua definizione. Una gestione delle informazioni spesso in assenza delle informazioni stesse, una sorta di work in progress fra Dicomac e funzionari che comunicavano con la popolazione.

La squadra delle psicologhe doveva essere di supporto nel gestire una comunicazione in progress fatta di dati non certi, parziali, che giungevano dal Dicomac a intermittenza e tramite contatti telefonici. Funzionari, psicologi e popolazione apparivano, almeno in questo, nella medesima condizione di attesa di informazioni più certe dal Dicomac e di gestione dell'ansia.

Va precisato che gli operatori della Protezione Civile nelle due fasi dell'intervento erano persone diverse: la prima fase di screening e raccolta dei desiderata è stata gestita da un gruppo di funzionari mentre la seconda fase, di comunicazione delle destinazioni assegnate, è stata gestita da una coppia di operatori. Soprattutto questo secondo gruppo ha attribuito a noi psicologhe un ruolo classicamente da figura femminile che si occupa della mediazione del conflitto.

La prima squadra di funzionari della Protezione Civile, impegnata nella raccolta delle informazioni sul nucleo familiare, sembrava più improntata all'ascolto e alla mediazione, adottando un *codice di comunicazione materno*. Nella seconda fase, in cui occorreva comunicare la destinazione al nucleo familiare, il secondo gruppo di funzionari ha utilizzato invece una modalità meno improntata all'ascolto, ma piuttosto votata a favorire l'accettazione delle destinazioni proposte alla popolazione dei campi, adottando un *codice di comunicazione paterno*.

Gli psicologi: da una posizione di ascolto e sostegno a un nuovo ruolo vissuto come distante dalla popolazione

In questa nuova funzione di affiancamento dei funzionari della Protezione Civile, la squadra delle psicologhe ha interpretato un ruolo diverso rispetto a quello esercitato presso la popolazione sino a quel momento, improntato più al sostegno e all'empatia rispetto alle fatiche e ai vissuti traumatici.

Tale nuovo ruolo ha determinato, a parere della squadra di psicologhe, una rottura nella continuità fra le squadre di psicologi precedenti e successive all'intervento di affiancamento della Protezione Civile, sia per mandato sia per metodo di intervento. L'intervento di affiancamento, sui processi e non sulle persone, ha rappresentato infatti un elemento di discontinuità rispetto agli interventi di altri colleghi.

I vissuti della squadra di psicologhe sono stati, allo stesso modo di quelli della popolazione nei confronti della squadra stessa, dissonanti, ambivalenti, contrastanti e, a volte, fonte di forti investimenti. La necessità, l'esigenza e forse anche il desiderio di essere a fianco della popolazione non ha sempre coinciso con il nuovo ruolo esercitato, votato a rendere il lavoro dei funzionari della Protezione Civile agevole e spedito, favorendo, ove possibile, un'accettazione delle destinazioni proposte.

I vissuti della popolazione nei confronti di questo "nuovo ruolo" degli psicologi, interpretato probabilmente come una sorta di tradimento, non sono stati favorevoli. Lo psicologo non è apparso votato unicamente all'ascolto e al sostegno, ma all'alleanza collusiva con una controparte sentita da alcuni come ostile. Lo psicologo *era Protezione Civile ma allo stesso tempo non lo era*, una sorta di oggetto transizionale alla Winnicott. Tali percezioni sono state favorite anche dalla contiguità temporale, spaziale e fisica con i funzionari della Protezione Civile.

"Non dici niente... non fai qualcosa... sei lì in silenzio ad ascoltare e non ci aiuti mentre fino a qualche giorno fa...". La presenza dello psicologo, durante i colloqui con i funzionari della Protezione Civile, viene vissuto dalla popolazione, secondo un effetto alone, come una sorta di alleanza con i funzionari, anche in forza del mandato di collaborazione che non rendeva possibile esprimere dissenso.

Gli psicologi hanno assunto l'immagine, in alcune occasioni, dei kapò dei campi di concentramento: non erano nella posizione di poter disconfermare quanto riferito dai funzionari e dovevano accogliere modalità comunicative diverse da quelle sino ad allora adottate, avallandole con la semplice silenziosa presenza.

"Il vero terremoto arriva adesso": il campo come contenitore di ansie, incertezze, dolore e disperazione

"Il vero terremoto arriva adesso!". Questa frase, verbalizzata da molti sfollati di Monticchio, ha rappresentato il modo in cui sono state accolte la chiusura del campo e il necessario trasferimento presso alberghi e strutture

della zona, più o meno distanti dal luogo di residenza degli sfollati prima del terremoto.

La vita nelle tendopoli, fonte di disagio per la grave assenza di privacy, ha permesso di creare però una forte condivisione di gruppo attivando reti di sostegno informale e spontaneo rispetto alle fatiche, agli stati d'animo negativi, alle attese piene di fantasmi e speranza. I cambiamenti di luogo, di tempo, di ritmo e di modo di vita che seguono le catastrofi permettono alle persone di ritrovarsi per molto più tempo sia all'interno della famiglia sia nel vicinato.

La gruppalità forzata della tendopoli, pur avendo attivato dinamiche dolorose nella popolazione, ha tenuto a bada lo spettro della solitudine, estremamente temuto quando si stabiliscono rapporti di dipendenza legati non solo alla relazione ma anche a necessità di sussistenza. La tendopoli, creatasi come risposta a un'emergenza abitativa, ha determinato una realtà gruppale che ha permesso una minima riorganizzazione di una nuova struttura sociale.

Infatti, il disastro che ha colpito la comunità ne ha minacciato seriamente la struttura e le relazioni (vedi Figura 1).

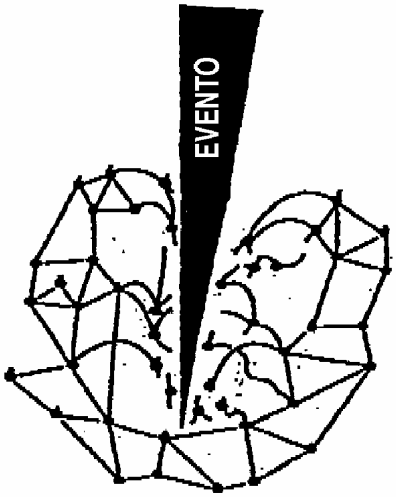

Figura 1 (tratta da Fenoglio, 2006).

Nuove relazioni e alleanze si sono costituite attorno al trauma e alla condivisione della vita del campo.

Se il terremoto ha determinato la lacerazione improvvisa della struttura e dei legami preesistenti nella zona immediatamente interessata, con un effetto di perturbazione su quelle circostanti, la tendopoli ha supportato la successiva riorganizzazione comunitaria e permesso l'instaurarsi di nuove e diverse relazioni. Nella tendopoli sono state elaborate narrazioni, simboli e memorie co-

muni (vedi Figura 2).

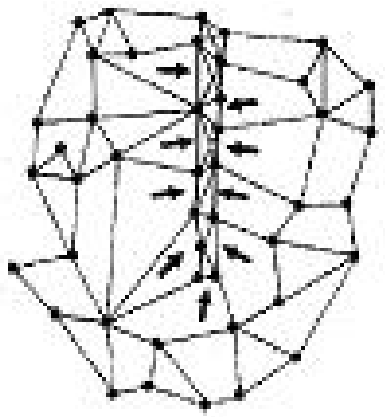

Figura 2 (tratta da Fenoglio, 2006).

Nell'area segnata dalla catastrofe i legami si infittiscono, mentre si diradano man mano che ci si allontana dalla zona interessata. Le persone si relazionano esclusivamente con chi è più vicino sia per dare che per ricevere aiuto e si forma una nuova struttura sociale fondata sulla solidarietà. Le tendopoli hanno funzionato da contenitore per la perdita e il dolore, di cui hanno consentito un'elaborazione non estraniante. Il disastro ha determinato una profonda revisione della stratificazione gruppale. Si pensi alla nascita di "comunità transitorie", sovente molto coese, come per esempio:

- il gruppo degli evacuati (contrapposto a quello dei residenti);
- il gruppo delle persone colpite direttamente o che hanno condiviso un evento;
- i gruppi con particolari interessi e finalità;
- il gruppo delle "non vittime".

"Il vero terremoto arriva adesso". Questa affermazione sembra tradire la paura della popolazione di restare isolata dal gruppo, il rischio di non poter più prendere parte alla grande condivisione nella tendopoli, fatta di buone notizie, ma più spesso cattive notizie. Il campo fungeva da contenitore delle proprie ansie e incertezze, del dolore e della disperazione. Seppur soluzione abitativa scomoda e fonte di conflitti col vicinato, il campo garantiva la condivisione delle informazioni, aveva rituali propri. All'esterno del campo si rischiava di essere abbandonati a se stessi, di restare isolati o, peggio, dispersi e disgregati. Lasciare il campo significava esporsi, con le poche risorse concrete ed emotive residue a disposizione, alla paura del cambiamento e della solitudine.

La necessità di trovare una collocazione alternativa alla tendopoli ha costituito l'ennesimo cambiamento, difficile da accettare per una parte della po-

polazione, in ragione di risorse emotive già duramente provate e affaticate dalla vita del campo. La chiusura dei campi e l'invio alle nuove strutture provvisorie infrange anche l'illusione che la fine dell'emergenza sia vicina e che sia possibile tornare alla normalità pre-terremoto.

In generale, il cambiamento è considerato come un fenomeno atipico e deviante, necessariamente traumatico e stressante. Già in condizioni di continuità esistenziale, in assenza quindi di emergenza, l'idea di normalità è saldamente ancorata all'idea di consuetudine e di persistenza.

"Il vero terremoto arriva adesso". L'ennesimo cambiamento è stato sentito come traumatico in forza della percezione di impotenza, di assenza di sostegno sociale e controllo sulla propria esistenza. Ciò che risulta stressante, quindi, non è tanto il cambiamento in sé, ma la posizione di impotenza dalla quale lo si subisce e la percezione che se ne ricava. Le catastrofi possono produrre sugli individui effetti di lunga durata e mettere a dura prova le capacità di reazione e di adattamento sia del singolo individuo sia dell'intera comunità.

Non si possono non considerare le dinamiche di gruppo attive in tutti i campi in quanto contesti gruppali, che in alcuni casi hanno favorito e in altri hanno ostacolato il raggiungimento dell'obiettivo di chiusura del campo. Nel gruppo-tendopoli sono confluiti, in maniera anonima, i contributi di tutti, Protezione Civile compresa, con il consueto rituale del ricambio settimanale. La tendopoli ha costituito il serbatoio comune nel quale si possono esprimere e gratificare gli impulsi e i desideri del singolo e dei sottogruppi, volontari di Protezione Civile compresi e di ogni altro ente o associazione presente nel campo.

Le tendopoli hanno funzionato su assunti di base che andavano accolti e rielaborati. Nei mesi compresi fra aprile e settembre i campi di Monticchio 1 e 2 sembravano aver funzionato prevalentemente, e a momenti alterni, secondo quelli che Bion avrebbe definito *assunti di base di dipendenza e accoppiamento*. Nel momento in cui alla popolazione del campo veniva comunicata la destinazione alternativa alla tenda, più o meno gradita a seconda della distanza dal luogo abituale di vita, si è manifestato in alcuni gruppi un funzionamento che Bion (2006) definirebbe all'insegna dell'*assunto di base di attacco-fuga*. All'interno di tali gruppi i tentativi di chiarire quello che stava succedendo si sono scontrati con l'ostacolo posto dall'appoggio emotivo che viene riconosciuto all'odio e all'incomprensione. La popolazione non ha rilevato, nella scelta delle destinazioni per ciascun nucleo familiare, alcuna empatia verso la propria sofferenza. È prevalsa la sensazione di non vedere riconosciuto il proprio dramma da coloro che in quel momento assumevano delle decisioni. Questo funzionamento di attacco-fuga del gruppo ha assunto in alcuni campi toni accesi e drammatici: si pensi alla vicenda del campo sgomberato con l'ausilio della forza pubblica per la presenza di alcune persone che si sono mostrate resistenti allo sgombero (Piazza d'Armi, L'Aquila).

L'importanza di una prassi consolidata

L'incertezza e la confusione fanno parte di ogni situazione di emergenza e

lo psicologo che opera in questi contesti deve essere preparato a lavorare in assenza di informazioni o in presenza di informazioni incerte e confuse. Uno dei suoi compiti fondamentali sarà proprio quello di fare chiarezza per sé e per la comunità. A partire da questo elemento di base, e per favorire la massimizzazione di buoni risultati, è necessario attivare e potenziare delle modalità di lavoro condivise con tutte le forze in campo. Sostenere un lavoro di squadra che si basi su reciproci rapporti di fiducia e consolidate prassi operative è un presupposto fondamentale per rendere più efficace un intervento e il conseguente raggiungimento di obiettivi condivisi. In quest'ottica, una diffusione chiara ed efficace delle informazioni, rappresenta sia un presupposto che un obiettivo.

Tutto questo ha il grande vantaggio di facilitare il lavoro a tutte le forze in campo e di ridurre l'ambivalenza e le tensioni sia del personale operativo che dei beneficiari diretti dell'intervento.

La mancanza di un modus operandi forte e ben definito, nonché di una collaborazione pregressa, hanno infatti rappresentato un'iniziale freno a quello che si è trasformato poi in un rapporto di lavoro fra gli psicologi e i funzionari della Protezione Civile.

Il senso comune e gli stereotipi che riguardano la professione dello psicologo hanno probabilmente determinato l'iniziale diffidenza nei confronti della squadra, ripercuotendosi in maniera negativa sul passaggio delle informazioni e, più in generale, sulla gestione della comunicazione.

Inoltre, la situazione estremamente tesa che i funzionari della Protezione Civile hanno dovuto affrontare durante lo smantellamento del campo di Piazza d'Armi ha probabilmente creato il timore che le stesse difficoltà potessero presentarsi a Monticchiol o 2, e questo può aver attivato uno stato di allerta e dei meccanismi difensivi.

La paura si è trasformata verosimilmente in difesa e l'atteggiamento manifesto è apparso a volte poco improntato all'ascolto e all'empatia. La proiezione di questa paura ha generato, occasionalmente, aggressività anche nella popolazione.

La raccolta dei bisogni prima e, in un secondo momento, la comunicazione delle destinazioni alle famiglie presenti al campo nelle diverse soluzioni abitative individuate ha infatti registrato momenti di tensione e scontro verbale. Nella seconda fase, in cui occorreva comunicare le destinazioni, è stato difficile concentrarsi sulla dimensione dell'ascolto e dell'empatia. Questo è accaduto, in parte, a causa dello scarso tempo a disposizione, e forse anche per via di sentimenti di timore e impotenza che creano una condizione mentale sfavorevole per affrontare una negoziazione basata sull'ascolto. I funzionari, dal canto loro, agivano decisioni prese da altri e non necessariamente condivise, sulle quali loro stessi avevano poco margine di intervento.

La difficile situazione nei campi, che si è protratta per un tempo molto lungo e in condizioni atmosferiche proibitive, ha fiaccato le risorse dei più e reso ancora più faticosa l'accettazione dell'ennesimo cambiamento determinato dallo smantellamento del campo e da soluzioni abitative quasi sempre non rispondenti alle esigenze dei nuclei familiari. Inoltre, una strutturazione personologica fragile rende ancor più difficile riorganizzare la propria esistenza in

conseguenza di continui cambiamenti, nei confronti dei quali non si ha un ruolo attivo ma passivo.

Da ciò deriva che premorbilità e fragilità pregresse sono fattori a cui prestare estrema attenzione durante la gestione di un'emergenza, e danno ancora più senso all'impiego degli psicologi in tali contesti.

Conclusioni

Una calamità naturale genera un alto grado di incertezza. L'eccezionalità dell'esperienza vissuta fatica a trovare una collocazione all'interno della più generale esperienza di vita. Un trauma induce sempre nuove organizzazioni difensive e strutturanti, e i fattori sociali sfavorevoli costituiscono fattori aggravanti del trauma.

La dimensione emotiva che attraversa le dinamiche del gruppo evidenzia la necessità di un loro monitoraggio e della presa in carico di tali emozioni, che costituiscono spesso l'origine stessa dei gruppi. Ne sono un esempio i diversi raggruppamenti di sopravvissuti o di famiglie di sopravvissuti (parenti delle vittime del terrorismo, parenti delle vittime di Ustica, sopravvissuti del Vajont, ecc.), diversissimi tra loro, caratterizzati però, dalla condivisione di una tragedia comune, di emozioni comuni, e da una grande apertura al sociale.

La Protezione Civile era apparsa, in occasione dei colloqui con la popolazione, intimorita dalle possibili reazioni degli sfollati, vista la precedente esperienza con il campo di Piazza d'Armi. Il timore e la paura si sono trasformate in meccanismi difensivi che hanno comportato, per il secondo gruppo di funzionari, una comunicazione non improntata all'ascolto. Allo stesso tempo questo gruppo di funzionari era nella difficile situazione di agire decisioni prese da altri. Ha avuto il duro compito di dare comunicazioni importanti e vincolanti per la popolazione: "Io farei di più... ma non dipende da me... io non posso!". La proiezione della paura ha generato aggressività anche nella popolazione, che ha raccolto tale proiezione e, in pochi casi, l'ha agita verbalmente. La comunicazione di alcune destinazioni non gradite ha generato reazioni di rabbia e rifiuto.

Una comunicazione errata, con l'aggiunta della mancata esplicitazione alla popolazione dei criteri adottati per le assegnazioni, ha reso le decisioni ancora più incomprensibili aumentando la percezione di impotenza, per cui nulla appariva negoziabile.

I funzionari hanno affrontato le trattative con la popolazione nella condizione mentale di timore e impotenza. Le criticità si sono evidenziate soprattutto nella gestione di quelle situazioni familiari già evidenziatesi come disfunzionali e problematiche e per questo già note ai servizi territoriali. Alcuni di questi nuclei familiari avevano già delle fragilità prima del terremoto, un basso livello di resilienza e la conseguente fatica a riorganizzarsi in maniera efficace a fronte di una catastrofe.

Allo psicologo dell'emergenza viene chiesto di tenere conto di tutti questi fattori, ponendo uno sguardo, non solo sulle vittime primarie, ma tenendo conto anche dei vissuti e dell'operato dei soccorritori e, più in generale, di tutti gli

"addetti ai lavori". In questo senso è chiamato spesso a intercettare, comprendere e tradurre vissuti e dinamiche messe in atto da tutte le parti in gioco e a favorire una comunicazione chiara ed efficace, facilitando il flusso di informazioni che aiutino ad organizzare il pensiero e a proteggere dalla confusione interna ed esterna, sostenendo il singolo e la collettività a riorganizzare la propria esperienza, dotandola di senso e permettendo una migliore gestione delle ansie.

In questo processo e per l'ottimizzazione dei risultati, è' fondamentale che gli psicologi lavorino proficuamente con la Protezione Civile, in un riconoscimento reciproco di ruoli e funzioni, perché ci possa essere uno scambio fluido di informazioni, sia rispetto all'emergenza in corso e al suo sviluppo, sia rispetto alla strategia da adottare e gli obiettivi a cui mirare. Tale scambio può basarsi solo ed esclusivamente su una fiducia reciproca che poggia le basi sulla conoscenza delle rispettive professionalità e su un consolidato metodo di lavoro, che non può essere improvvisato sul campo, ma pensato e condiviso in luoghi altri che non siano il teatro dell'emergenza. La mutua conoscenza e la possibilità di fare riferimento ad una prassi operativa già sperimentata e consolidata, aumenta la stima reciproca, migliora il clima lavorativo e il raggiungimento di obiettivi condivisi.

Importante, inoltre, appare poter riflettere sul ruolo dello psicologo all'interno di un'organizzazione militarmente strutturata, alla quale appartenere e dalla quale differenziarsi al fine di poter mantenere un'autonomia di pensiero, unicamente ispirato alla propria professionalità, evitando così pericolose collusioni. Questa necessità appare un presupposto basilare, nonché complesso, necessario per operare in contesti di emergenza e in collaborazione con professionalità altre con le quali è necessario integrarsi e allo stesso tempo mantenere la propria identità.

Il compito degli psicologi in emergenza è principalmente nei confronti delle persone colpite dal disastro e richiede che ci si attivi per il sostegno, la condivisione e l'elaborazione dei vissuti traumatici, la protezione da ulteriori traumi, il ri-orientare le persone confuse, aiutare a ritrovare i propri cari, l'assistenza di prima necessità quali cure mediche, cibo, acqua e riparo.

Il racconto di quest'esperienza vuole costituire un'occasione di riflessione sul ruolo dello psicologo all'interno del contesto di emergenza, inserito in una struttura che richiede condivisione, ma dalla quale appare necessario differenziarsi per non rischiare di essere fagocitati e di perdere le proprie competenze, uniche risorse che gli psicologi possono offrire in emergenza. Riflessioni approfondite hanno evidenziato la fatica di assumere un ruolo diverso da quello delle squadre precedenti, orientate maggiormente al sostegno alla popolazione.

Sarebbe auspicabile per la crescita dell'associazione una lettura critica e costruttiva del ruolo e delle funzioni dello psicologo in emergenza, della necessità di mantenere la specificità, la mission e i valori propri di Psicologi per i Popoli a fronte delle richieste che sopraggiungono dalla Protezione Civile e dei vari enti con i quali si collabora.

Bibliografia

Bion W.R. (2006), *Esperienze nei gruppi*, Armando Editore, Milano.

Fenoglio M. T. (2006), *La comunità nei disastri: una prospettiva psico-sociale*, "Rivista di psicologia dell'emergenza e dell'assistenza umanitaria", 1, 0, pp. 6-24.

IASC (2001), Guidelines on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings, IASC, Ginevra.

Levi P. (1981), *Se questo è un uomo*, Giulio Einaudi Editore, Torino.

AA.VV. (2010), *Manuale da campo*, Protezione Civile Regione Lombardia.

Watzlawich P., Beavin J. H. e Jackson D. (1978), *Pragmatica della comunicazione umana*, Astrolabio Edizioni, Roma.

Fenoglio M. T. (2010), *Le emozioni dei soccorritori*, "Rivista di psicologia dell'emergenza e dell'assistenza umanitaria", 1, 0, pp. 46-80.

Rina Maria Galeaz, Lorenza Rossi e Fabio Sbattella

Il sostegno psicologico alle reti relazionali durante la ricerca di una persona dispersa

Riassunto

Il presente lavoro intende fornire alcune linee guida operative per fornire un efficace supporto psicologico professionale alle famiglie delle persone disperse durante le prime fasi di ricerca e soccorso. Tali linee guida scaturiscono da un accurato lavoro di confronto tra alcuni professionisti dell'Associazione Psicologi per i Popoli - Milano, dopo un percorso di ricerca azione. Una prima ipotesi di linee guida, infatti, è stata messa a punto sulla base di indicazioni teoriche e analisi di testimonianze. Essa è stata poi verificata sul campo attraverso la partecipazione ad alcuni interventi di ricerca e soccorso. Questo ha permesso di giungere a una seconda formulazione che ha tenuto conto dell'esperienza sul campo. Sebbene le linee operative siano presentate in modo schematico, vengono brevemente illustrati anche i motivi delle scelte organizzative e i significati psicologici profondi a cui l'esperienza del perdersi rimanda, anche a livello simbolico.

Parole chiave: psicologia dell'emergenza, ricerca dispersi, sostegno psicologico, linee guida.

Abstract

The paper aims at offering a few operational guidelines in order to provide an effective professional psychological support to missing people's relatives during the first phases of search and rescue. Such guidelines emerge from the joint reflection of some members of the Milan branch of the "Associazione Psicologi per i Popoli", after an action research period. The first draft of the guidelines presented in the paper was actually based on theoretical clues and the analysis of a range of case studies. It was further tested on the field through the association's involvement in a series of search and rescue interventions. The second draft was therefore inclusive of the findings from the field work. The operational guidelines are presented very concisely, but also briefly presenting the motivations behind the authors' organizational choices and recalling the deep psychological meanings of the experience of losing oneself, also on a symbolic level.

Key words: emergency psychology, missing search, psychological support, guidelines.

Introduzione

Le pubblicazioni internazionali sul tema della ricerca di persone disperse forniscono chiare e collaudate indicazioni su molti aspetti delle procedure da mettere in campo nei diversi scenari (Cooper, 2005; MacInnes, 2005). Solo qualche capitolo è invece dedicato alle dimensioni psicologiche implicate in

queste vicende. L'attenzione degli esperti si concentra soprattutto sulla psicologia dei sopravvissuti dispersi, offrendo indicazioni sulle più diffuse strategie di ragionamento in queste situazioni critiche. Il loro obiettivo è facilitare il ritrovamento, attraverso la ricostruzione della psicologia della persona che si sta cercando. Si tratta di fornire, quindi, gli strumenti necessari per immaginare le valutazioni e le reazioni emotive che possono aver guidato il comportamento e gli spostamenti della persona smarrita. Altre indicazioni fornite riguardano le modalità più opportune per interrogare/intervistare i conoscenti delle persone disperse, al fine di ottimizzare la fase di raccolta di quelle informazioni cruciali che possono indirizzare le operazioni di ricerca (Bell, 2005; Cooper, 2005). Nulla invece ci risulta essere stato pubblicato sulle linee guida operative utili a sostenere psicologicamente i familiari delle persone disperse, per contenere i vissuti di stress logorante e anche facilitare la partecipazione efficace alle operazioni di ricerca. Le recenti linee guida stilate in Italia dal Commissario straordinario per le persone scomparse (2009) sottolineano tuttavia con forza la necessità di fornire ai familiari un'adeguata assistenza e un tempestivo supporto psicologico. Esse costituiscono dunque una cornice importante per l'accreditamento istituzionale degli interventi psicologici e stimolano i professionisti a mettere a punto delle metodologie di intervento efficaci e praticabili. In un recente articolo (Sbattella, 2011) abbiamo evidenziato e discusso i nodi psicologici che caratterizzano i vissuti di chi attende, nell'incertezza, il ritrovamento o il ritorno di una persona cara. Nel presente lavoro, intendiamo sviluppare le indicazioni generali fornite, presentando e motivando le linee guida operative che possono essere seguite in queste situazioni. Esse sono state messe a punto attraverso un percorso di ricerca azione, che ha comportato quattro passaggi:

1. la raccolta e l'analisi di una serie di testimonianze di operatori con esperienza di ricerca;
2. la messa a punto di una prima ipotesi di linee guida;
3. una verifica delle ipotesi attraverso alcune simulazioni e un intervento sul campo;
4. una revisione delle linee guida che include le osservazioni emerse dai debriefing realizzati e dai commenti di un gruppo di psicologi esperti in emergenze.

La ricerca ha preso le mosse dall'analisi di 25 narrazioni, testimonianze raccolte a partire dal 2004 e proposte da altrettanti operatori che frequentemente partecipano a operazioni di ricerca e soccorso in Lombardia. Questi operatori appartengono a diverse organizzazioni, che intervengono con ruoli differenti: i membri delle forze dell'ordine si occupano di raccogliere le segnalazioni e di realizzare le prime indagini; gli specialisti del Corpo Nazionale di Soccorso Alpino e Speleologico, insieme alle prefetture e ai sindaci organizzano e gestiscono le fasi d'azione; le unità tecniche di ricerca esplorano il territorio utilizzando specifiche strategie di ricerca; i volontari e gli operatori strutturati della Protezione Civile esplorano il territorio e svolgono azioni di sup-

porto e comunicazione; i soccorritori partecipano alle ricerche e portano nei luoghi più impervi, se necessario, il proprio aiuto; i Vigili del Fuoco recuperano le salme o scandagliano fondali e strutture precarie. Molti di questi operatori hanno segnalato (Pezzullo, 2009) come la vicinanza alle famiglie e in generale alle reti relazionali delle persone disperse implichi alcune complessità. Gli operatori, infatti, hanno bisogno innanzi tutto di raccogliere informazioni, formulare ipotesi, verificare dati e raccogliere tracce e testimonianze credibili. Soprattutto nei primi momenti, è necessario procedere a un'indagine ampia, per comprendere la natura degli eventi che hanno portato al mancato ritorno-ricongiungimento con la persona attesa. Le prime ipotesi riguardano la possibilità che ci si trovi di fronte a un allontanamento volontario (fuga dall'ambiente familiare; adesione a una setta; tentativo di sottrarsi alla giustizia) o involontario, e se il mancato ritorno, in questo caso, sia dovuto a fattori antropici o naturali; endogeni (disturbi psicologici o neurologici; disorientamento, malore, ecc.) o esogeni (costrizione, sottrazione da parte di un coniuge, coinvolgimento come vittima di reato o come vittima di incidente, ferimento, ecc.). Le informazioni sull'età dei dispersi, sulla loro esperienza e competenza, sul contesto ambientale e sociale, sulle circostanze e sugli eventi che hanno preceduto la scomparsa sono generalmente discriminanti. Un ulteriore delicato compito degli operatori è tuttavia quello di portare soccorso alle persone che hanno attivato le ricerche (definite a volte, con linguaggio legale, "i denuncianti"), vale a dire a coloro che hanno chiesto aiuto alla comunità e ai servizi per ritrovare le persone scomparse. Questo significa ascoltare e confortare, ma anche sorreggere nel caso della comunicazione di "bad news". La complessità del compito è legata al fatto che esse sono contemporaneamente degli utenti (in quanto chiedono aiuto), dei collaboratori (in quanto devono fornire informazioni e valutazioni necessarie alle operazioni) e a volte anche dei potenziali imputati (poiché potenzialmente implicati tra le cause della temporanea scomparsa). La sovrapposizione di tali ruoli crea alcune dinamiche delicate, che spesso vengono dipanate attraverso l'articolazione di differenti ruoli. Nei nuclei familiari, per esempio, accade che alcune persone si attivino sul campo insieme alle unità di ricerca mentre altre si concentrano sull'espressione e la condivisione del dolore provato. D'altro canto, in relazione ai ruoli, alcuni operatori si occupano di supportare le persone, altre di indagare sulle eventuali responsabilità penali. In queste situazioni, molti operatori segnalano l'opportunità di mettere in campo precise attenzioni psicologiche, sviluppate da professionisti esperti espressamente dedicati solo a questo servizio. L'analisi delle testimonianze ascoltate ha dunque evidenziato alcune criticità e bisogni, che possiamo sintetizzare come segue. Per quanto riguarda le reti familiari e amicali emerge il bisogno di:

- essere attentamente ascoltati;
- essere protetti da domande ripetitive, inutili o che innescano sequenze di pensiero non pertinenti;
- avere pochi referenti, chiaramente identificabili e che garantiscano continuità.

Per quanto riguarda le squadre di soccorso:

- moderare il contagio emotivo comunitario;
- avere possibilità di ricevere indicazioni specifiche, consigli e direttive per non causare inutili stress ai soggetti con cui interagiscono;
- poter rielaborare le esperienze e i propri vissuti.

Archetipi dello smarrimento

Dopo l'analisi delle testimonianze, si è passati a una riconsiderazione della letteratura, per verificare se anche le riflessioni teoriche potessero fornire spunti utili alla stesura delle linee guida.

Sintetizzando qui quanto affermato recentemente (Sbattella, 2011) sulle dinamiche che si generano nel contesto dell'emergenza e sui bisogni che esse comportano, possiamo dire che tra i familiari e le reti amicali delle persone disperse si registra spesso il bisogno di:

- sentirsi protetti dal rischio di incorrere in una disorganizzazione emotiva;
- gestire le tensioni legate all'esperienza di dissonanza cognitiva;
- avere informazioni per comprendere le azioni del sistema di soccorso;
- sentirsi protetti da intrusioni mediatiche e presenze reputate inopportune;
- tutelare i minori e i soggetti più vulnerabili eventualmente presenti;
- mantenere una corretta percezione dei tempi;
- affrontare le transizioni e le riequilibrazioni richieste dallo svolgersi egli eventi.

Il tema dello smarrimento è stato anche oggetto di riflessioni assai più ampie e profonde di quelle appena riportate. In particolare, la tradizione psicanalitica ha evidenziato come i comportamenti umani si radichino in profonde dinamiche inconsce e si esprimano attraverso dimensioni simboliche di cruciale importanza. Conoscere la dimensione simbolica dello smarrimento e i fantasmi che essa solleva è fondamentale per comprendere i vissuti e orientare le azioni di sostegno psicologico.

Scrive Mazzavillani (2011): "Nella foresta dei sogni è l'istinto non mediato dal sapere che guida l'individuo, è l'abbandonarsi all'essere, per compiere un percorso in sé per affrontare il panico della solitudine e dell'ignoto. La foresta e il bosco nei sogni e nell'immaginario collettivo sono luoghi in cui è facile perdersi e venire a contatto con animali pericolosi o personaggi misteriosi, o in cui si possono vivere avventure che cambiano radicalmente la persona, che le permettono di avere una percezione diversa della realtà In ogni fiaba o racconto, la foresta si anima di folletti e fate, di draghi o volpi magiche, di principesse e bambini smarriti, di maghi e fiere voraci, di streghe e soprattutto di eroi che,

attraverso il percorso nell'oscuro meandro, o in un ritiro più o meno solitario, si confrontano con la loro natura eroica".

Gli studi di Carl Gustav Jung e di Bruno Bettelheim mettono in luce analogie, simboli, archetipi del perdersi e del ritrovarsi. Nel bosco ci si perde, ci si trasforma, si trova una nuova vita. A livello figurativo, il bosco rappresenta cosìl'insieme di cose fitte, intricate, mentre la locuzione "essere uccel di bosco" esprime la condizione di essere irreperibili. Nelle fiabe della tradizione occidentale (da Pollicino a Cappuccetto Rosso, da Biancaneve ad Hansel e Gretel), il bosco rappresenta un percorso a ostacoli. Per imparare a cavarsela nella vita e per superare gli ostacoli quotidiani senza aggirarli, il bambino così come l'adulto ha bisogno di conoscere se stesso e il complesso mondo in cui vive e in cui si relaziona. Il bosco è poi, nelle popolazioni primitive, il territorio sede dei riti di passaggio, il luogo dove avviene la trasformazione del bambino in un adulto, una sorta di bozzolo della crisalide da cui uscire farfalla. Intorno al bambino interiore nel corso della crescita si sviluppano il sistema protettivo di ciascun essere umano, la sua maschera e la sua corazza. Vivere in mezzo agli altri fa sì che le persone strutturino un sistema di difese che spesso finisce per soffocare la radice più profonda della vitalità quella che può essere rappresentata dalla figura del fanciullo eterno, rendendola inaccessibile. Quando questa diventa irraggiungibile o inascoltabile, la persona è ormai identificata con il mondo dei grandi, adulta e responsabile. Le favole e i miti (spesso rilanciati oggi nella forma di grandi saghe di film di fantascienza) permettono di recuperare il contatto con il bambino interiore, che rappresenta l'inizio e la fine, la creatura che esiste prima dell'uomo, ma anche la creatura finale. Per questo motivo l'archetipo del fanciullo è legato al tema della "nascita e rinascita". Ritroviamo in forma simbolica, nella rivisitazione dei temi universali delle fiabe più conosciute, i temi e le sfide dell'abbandono, della perdita, della trasformazione e dell'acquisizione di un sé diverso, più adulto. Nella nostra esperienza, l'accesso alle dimensioni simboliche dell'esperienza di smarrimento può divenire uno strumento estremamente utile per comprendere e aiutare le persone. Nel caso di alcuni giovani, per esempio, abbiamo rilevato come l'allontanamento da casa possa essere progettato come la fuga estrema per non affrontare un fallimento incombente. Un volo, una fantasia, un tentativo infantile per allontanarsi da un confronto con alcuni aspetti della realtà che sono percepiti come una trappola. Accade così che alcuni luoghi presenti nel territorio reale (il bosco, il porto, la stazione ferroviaria, l'aeroporto, ecc.) diventino per la persona in fuga dei luoghi altamente simbolici, magari da non usare per allontanarsi realmente ma all'interno dei quali sostare. In questi casi, la fuga e la sosta in luoghi mitici rappresentano un estremo tentativo di cambiamento, di rinascita. Un grido di aiuto e un tentativo per farsi perdonare dalle persone della rete relazionale più intima. La fuga, dunque, può essere letta anche come una strada per ritrovare la propria originaria vitalità.

Linee guida per l'intervento

A questo punto è stata stesa una prima lista di indicazioni operative.

L'idea era quella di individuare e collaudare un modello di coinvolgimento di risorse psicologiche specialistiche che fosse molto concreto, rapido, efficace, flessibile e ben integrato nel sistema complessivo di ricerca e soccorso. All'interno di una convenzione di collaborazione tra forze del volontariato locale, si è quindi passati alla preparazione di una squadra di operatori in grado di scendere in campo ove necessario. Il modello è stato innanzi tutto confrontato con le riflessioni emerse nell'ambito di alcune simulazioni ed esercitazioni. Tra esse ricordiamo una ricerca notturna in cava (Bresso, 2005), in zone impervie (Lecco, 2006, Valtellina, 2007; Rovereto, 2009) e in area semiurbana (Paderno Dugnano, 2010). La squadra di psicologi è stata allertata tre volte all'interno della convenzione tra Psicologi per i Popoli - Milano e l'Associazione Volontari Pronto Intervento Busto Arsizio e ha partecipato attivamente a una significativa operazione di ricerca e soccorso in Lombardia. In particolare, ha partecipato al sostegno psicologico di nuclei familiari in cui era stato smarrito un figlio, per un tempo superiore alle sei ore e in contesti non eccezionali (in assenza cioè di gravi eventi naturali, disordini civili, attività sportive estreme, ecc.). Le linee guida tengono conto anche di alcune esperienze cliniche realizzate in contesti di separazione forzata in seguito a disastri naturali, che hanno richiesto azioni di ricongiungimento familiare (terremoto in Abruzzo, esplosioni e crolli in area urbana, ecc.). Il punto di arrivo del percorso di ricerca azione descritto è dunque l'insieme delle indicazioni che sono riportate schematicamente in questo paragrafo e motivate nel successivo.

Gli obiettivi dell'intervento di supporto psicologico specialistico nelle operazioni di ricerca di persone disperse sono:

1. mettere a disposizione risorse positive per i familiari e le reti comunitarie coinvolte;
2. garantire l'accessibilità di risorse per il rinforzo emotivo anche alle squadre di soccorso;
3. favorire le analisi e le valutazione degli eventi e dei comportamenti;
4. facilitare il recupero di informazioni utili alle ricerche;
5. facilitare la gestione degli stati emotivi.

Le linee guida operative sono articolate in otto fasi consequenziali, che definiscono l'intervento:

1. preparazione;
2. collocazione;
3. sostegno;
4. reperibilità;
5. comunicazioni;
6. conclusione dell'intervento;
7. passaggio di consegne al servizio territoriale;
8. follow-up.

In dettaglio, per perseguire gli obiettivi indicati è dunque utile realizzare le attività di seguito elencate.

Preparazione. Comporre la/e squadre che devono intervenire, in modo che tra le persone disponibili ci siano professionisti con caratteristiche idonee a ricoprire i differenti ruoli previsti dal modello di intervento, che sono: un coordinatore esterno e la squadra effettiva di intervento che opera sul campo, composta da due operatori, possibilmente con caratteristiche sociali diverse (senior/junior, uomo/donna, ecc.).

Collocazione. All'arrivo sul luogo:

1. registrare la squadra presso il Punto di Coordinamento Avanzato/PCA;
2. presentare la squadra al Responsabile Operativo Soccorsi/ROS e al Coordinatore delle operazioni di ricerca;
3. acquisire le informazioni sul contesto e illustrare gli ambiti e le modalità di supporto offerte. In particolare acquisire informazioni su:

   – fatti e circostanze della scomparsa;
   – composizione familiare e rete amicale;
   – strategia e operazioni di ricerca attivate;
   – ipotesi avanzate, escluse con certezza e già condivise;
   – appuntamenti eventualmente già fissati;
   – numerosità e tipologia del personale coinvolto.

Sostegno. L'intervento con la famiglia si articola in una serie di visite domiciliari:

1. compiere la prima visita domiciliare insieme al Coordinatore delle operazioni di ricerca. A lui spetta la presentazione della squadra e il compito di proporre alla famiglia il sostegno psicologico;
2. realizzare una serie di visite domiciliari a intervalli fissati e concordati (tipicamente ogni due o tre ore, se non ci sono novità. Concordare con la famiglia i tempi e segnalare la disponibilità a una presenza tempestiva nel caso di una chiamata per esigenze espresse dalla famiglia stessa. Durante il sostegno alla famiglia è bene:

   – ricordare e considerare tutti i soggetti che fanno parte del nucleo familiare (anche della famiglia allargata);
   – mantenere un comportamento empatico di fronte alle diverse reazioni (per esempio, accogliendo il bisogno di agire o di ripercorrere mentalmente più volte gli ultimi momenti passati con la persona dispersa);
   – rimanere in attesa insieme alla famiglia. Il tempo della ricerca è per i familiari, soprattutto un tempo di attesa;
   – in caso di presenza di minori in famiglia, valutare come sono stati informati della situazione e suggerire ai familiari di essere chiari e sinceri e di adoperare un linguaggio e delle immagini consoni all'età e al livello cognitivo del bambino;

- rassicurare sulla serietà delle operazioni di ricerca e soccorso;
- tutelare l'intimità della famiglia dall'intrusività dei mass media ed eventualmente dagli stessi soccorritori;
- evitare l'esposizione a richieste di informazioni ripetitive o eccessive;
- essere misurati nella generazione e formulazione di nuove ipotesi.

3. Lasciare alla famiglia un recapito telefonico per poter contattare il servizio di psicologia nel caso di necessità.

Potrebbe essere necessario dedicare una parte dell'intervento ai soccorritori e quindi:

4. rimanere accanto a loro permettendogli di esternare e condividere eventuali ansie e timori: all'esterno dei luoghi ove è raccolta la famiglia spesso aleggiano ipotesi, interrogativi e a volte un immaginario di morte cruenta;
5. realizzare un debriefing con i volontari e gli operatori nel caso in cui il disperso venga ritrovato morto per cause naturali o suicidio;
6. non lasciare spazio a illazioni, evitare pettegolezzi, evitare di soddisfare curiosità morbose. Gli psicologi vengono a volte ritenuti depositari di saperi e conoscenze sul caso e per questo considerati capaci di fare ipotesi più plausibili di altri. Il tempo di attesa degli operatori va colmato evitando di violare l'intimità della famiglia.

Reperibilità

1. Garantire continuità all'azione di sostegno psicologico specialistico. Nel caso in cui le ricerche si protraessero per giorni, ripetere le visite quotidianamente, con una frequenza da valutarsi di volta in volta. Curare attentamente l'eventuale passaggio di consegne tra diverse squadre per evitare che i familiari debbano raccontare a persone diverse gli stessi dettagli e che l'intervento leda l'intimità familiare;
2. garantire una reperibilità ventiquattro ore su ventiquattro.

Comunicazione

1. Ricordare che le comunicazioni importanti devono essere effettuate in modo ufficiale dal coordinatore delle operazioni di ricerca o dalle autorità preposte, dopo la verifica e l'accertamento dei fatti;
2. rimanere accanto alla famiglia nel momento della comunicazione di cattive notizie.

Conclusione dell'intervento

1. Accompagnare le autorità preposte nella comunicazione di "bad news" e

accompagnare la famiglia al riconoscimento della salma nel caso di ritrovamento di un corpo senza vita;
2. partecipare alla gioia della famiglia facendo attenzione a cogliere le sue richieste nel caso in cui avvenga il ritorno o il ritrovamento del disperso sopravvissuto (per esempio, se emergessero dubbi su come comportarsi con la persona ritrovata o a chi rivolgersi per trovare sostegno in futuro);
3. accompagnare le autorità preposte nella comunicazione del termine delle ricerche e supportare la famiglia nel caso in cui esse si interrompano senza alcun ritrovamento.

Passaggio di consegne ai servizi territoriali

1. Contattare i servizi sociali, i servizi psicologici del territorio o il medico di base, a cui affidare la cura della famiglia;
2. segnalare alla famiglia l'utilità di una valutazione psicologica che faciliti la rielaborazione dei vissuti, dia significato all'accaduto ed eventualmente garantisca un adeguato sostegno per gestire le conseguenze emotive e relazionali degli eventi;
3. lasciare un recapito del servizio sanitario locale;
4. lasciare il recapito dell'associazione.

Follow-up. Prevedere azioni di follow-up nei giorni seguenti e a 3-6 mesi di distanza dall'evento. I contatti successivi andranno annunciati alla famiglia e avranno lo scopo di valutare il corretto passaggio di consegne. Potranno anche essere utili per prevenire ripercussioni negative sugli assetti personali di salute mentale, ristrutturare gli equilibri familiari e gestire eventuali ripercussioni nella rete di comunità.

Commento

Gli interventi sopra descritti hanno come destinatari le vittime di primo, secondo e terzo livello (Lavanco, 2003, p. 46), ovvero i soggetti che subiscono direttamente l'evento, i parenti e i familiari, i soccorritori professionisti o volontari. Si tratta di un'attenzione a tutto tondo che risponde a una logica sistemica più che cumulativa. Ciò significa che il focus dell'intervento non è tanto un grappolo di persone più o meno numeroso, in relazione alle risorse disponibili, quanto piuttosto l'insieme strutturato delle relazioni che viene perturbato dall'evento allontanamento. Intendiamo dunque per sistema l'insieme delle persone e delle loro relazioni reciproche, che gravita attorno al problema. Per questo motivo il modello di intervento pone al centro la famiglia con i suoi bisogni di informazione, rassicurazione, sostegno. Nel caso di una persona dispersa, possiamo dire, infatti, che "la famiglia si disperde con l'assente". Dal punto di vista generale, appare evidente dalle indicazioni presentate che, in ogni emergenza, porre

attenzione alle dimensioni psicologiche significa curare i processi comunicativi, il coordinamento tra le risorse, le dinamiche emotive e i processi decisionali condivisi. L'attesa incerta rappresenta la dimensione principale di questo contesto ed è vissuta da tutto il sistema, composto dalla famiglia, dalle squadre di soccorritori e dalla comunità locale. In esso, il tempo pare perdere di significato e sembra doversi fermare fino a quando non sarà ritrovato lo scomparso. Per questo motivo, la proposta alla famiglia di appuntamenti cadenzati, unitamente alla difesa dei i ritmi di vita (per esempio, proponendo il rispetto degli orari dei pasti o del ciclo sonno veglia), può servie ad arginare la percezione che lo scorrere del tempo sia scandito dal nulla. Il bisogno della famiglia di ricevere informazioni è cruciale in ogni tipo di emergenza. È possibile rispondere a questa necessità dando un punto di riferimento unico e ufficiale, una persona da trattare come fonte delle informazioni accreditate. L'altra dimensione preponderante è quella del silenzio. Il disperso non parla, non c'è non si sente, è costantemente interrogato, ma non dà segni di sé. Questo silenzio diviene uno spazio proiettivo in cui emergono immaginari, esperienze, timori che si trasformano a loro volta in fantasmi e ruminazioni. Lo psicologo sta accanto ai parenti per sostenerli mentre cercano di colmare questa assenza silente con l'immaginario.

Desideriamo ora motivare più precisamente le sequenze di azioni che abbiamo proposto. Va innanzitutto evidenziato come alcune azioni derivino dalla peculiarità del lavoro psicologico, mentre altre derivano dalla necessità di mantenere un forte coordinamento e una perfetta integrazione con il sistema più generale dei soccorsi in campo.

Costituzione della/e squadra/e

La squadra deve essere composta da uno psicologo senior con la funzione di caposquadra, una persona che abbia una certa esperienza tecnica e relazionale e che coordini il qui e ora dell'intervento. La presenza di uno psicologo junior (ovvero uno psicologo abilitato alla professione e con la formazione di base nella psicologia dell'emergenza ma con minore esperienza sul campo e spesso un'età inferiore) è importante poiché abbiamo riscontrato che in famiglia sono presenti soggetti che si relazionano con più facilità con professionisti più giovani (per esempio, adolescenti o giovani adulti). Il coordinatore esterno è una figura chiave poiché svolge la funzione di supervisore delle operazioni di sostegno in modo molto più razionale, dal momento che è fuori dal circolo delle emozioni. È un fondamentale punto di riferimento per le scelte da effettuare e funge da terzo nelle fasi decisionali. Per svolgere questo ruolo bisogna individuare uno psicologo d'esperienza e reperibile costantemente, per tutta la durata dell'intervento. L'ottimale è che possa rimanere sempre lo stesso anche al cambio degli psicologi impegnati sul campo.

Arrivo sul luogo

Le prime azioni di coordinamento sono imprescindibili nell'intervento che, per avere validità deve essere accolto, inserito nel sistema complessivo dei soccorsi e progettato insieme ad esso. Per questo è necessario registrarsi, appena giunti sul luogo, presso il punto di coordinamento, che in alcune zone della Lombardia è chiamato, in Protezione Civile, Punto di Coordinamento Avanzato.

Per essere accreditati all'intervento dalle autorità competenti è indispensabile presentarsi al Responsabile Operativo Soccorsi e al Coordinatore delle operazioni di ricerca. L'analisi della domanda e dei bisogni inespressi è tipicamente la prima fase di lavoro di ogni intervento psicologico. Per questo vengono cercate e acquisite tutte le informazioni possibili in relazione al contesto (fatti e circostanze della scomparsa, da chi è composta la famiglia, quali operazioni di ricerca si stanno organizzando, ecc.). In modo diretto e indiretto è necessario capire velocemente e molto bene quali sono le richieste che la famiglia (o una sua parte) e il sistema dei soccorsi (o una sua parte) rivolge al team. È necessario anche comprendere quale sia il motivo esatto della chiamata e a quali bisogni si pensa che l'intervento psicologico possa rispondere. Un'iniziale chiarificazione degli obiettivi può facilitare la comprensione reciproca durante le azioni e favorire la ristrutturazione di eventuali aspettative irrealistiche. La raccolta di informazioni sulle ipotesi che guidano le ricerche e sulle tecniche utilizzate è fondamentale perchè la famiglia ha un forte bisogno di informazioni. Agli psicologi può essere chiesto di mediare a volte tra squadre tecniche di ricerca e famiglia, svolgendo il ruolo di traduttore dei linguaggi molti tecnici o emotivamente critici. In alcuni momenti, gli psicologi potrebbero anche essere chiamati a reiterare le informazioni che i familiari sotto stress non riescono a tenere a mente. È inoltre necessario concordare alcuni appuntamenti durante la giornata con i responsabili del PCA, per poter garantire un coordinamento continuo e aggiornato. In tali occasioni, è d'obbligo riferire al coordinatore dei soccorsi le informazioni raccolte dalla famiglia (in accordo con essa), che si ritiene potrebbero essere indizi utili per lo sviluppo delle ricerche.

Visite domiciliari

Abbiamo sperimentato che compiere una serie di brevi visite domiciliari è la soluzione più adeguata per fornire un sostegno efficace, senza ledere l'intimità della famiglia. Queste consentono al sistema di avere relazioni più intime e alla rete informale di fornire il naturale supporto sociale e di sviluppare legami senza che il professionista interferisca negli equilibri che da subito sono in via di ridefinizione nella nuova situazione. Inoltre, le visite regolari, o almeno concordate, scandiscono il tempo - dimensione che si perde nell'attesa indefinita. La presentazione della squadra di psicologi alla famiglia deve, a nostro avviso, essere svolta dal coordinatore dei soccorsi, persona responsabile e di fiducia. Ciò ufficializza e legittima l'intervento e lo valorizza agli occhi delle

persone maggiormente coinvolte, proprio perchè offerto da una persona investita di autorità. Inoltre, il sostegno psicologico deve essere proposto in modo che possa essere scelto o rifiutato liberamente (e che dunque non sia vissuto come intrusivo, ma accolto come un servizio opzionale).

Sono opportune alcune attenzioni nell'accostare la famiglia. È necessario sostenere i suoi componenti nel loro ruolo (di accudimento, sostegno, ricerca, tutela, conforto, guida, ecc.) e aiutarli affinché non rivestano la loro funzione in modo rigido, e si riconosca a tutti il diritto di esprimere il proprio dolore. È importante avere un occhio di riguardo per le fasce deboli e a rischio; per esempio, bambini, adolescenti, anziani, disabili mentali o persone particolarmente fragili. È centrale la tutela dell'intimità della famiglia, che nel giro di poco tempo viene lesa dalla curiosità dei vicini e dalla ricerca di notizie da parte dei mass media. Questi ultimi, in particolare, sono da considerare con attenzione per il loro duplice risvolto: se da un lato, infatti, posso essere un utile strumento per le ricerche, poiché diffondendo la notizia rendono più probabile la segnalazione di un avvistamento, dall'altro rischiano di esporre i membri della famiglia, senza difese, al giudizio dell'esterno e alla violazione dell'intimità. A volte, inoltre, contribuiscono a diffondere false informazioni. Va anche tenuto presente quanto può essere drammatico venire a conoscenza della notizia della scomparsa di un amico o di un parente attraverso i mass media. Vale la pena pertanto suggerire alla famiglia di avvisare amici e parenti dell'accaduto anche delegando terzi, ma per viva voce, in modo tale che non vengano a conoscenza del drammatico accadimento tramite i giornali o la televisione.

Reperibilità

La squadra di psicologi, anche quando non sta effettuando visite domiciliari, deve essere reperibile. A tale scopo viene consegnato alla famiglia un recapito telefonico per qualunque esigenza (una ulteriore emergenza, reazioni che paiono troppo intense, bisogno di sostegno, eccessi d'ansia, bisogno di contenimento). La strategia migliore è quella di individuare tra i familiari la persona in grado di valutare la necessità dell'intervento psicologico e di esprimere la domanda d'aiuto. La reperibilità ventiquattro ore su ventiquattro viene offerta anche ai responsabili del sistema di ricerca e soccorso attivato. Anche loro, infatti, possono decidere di usufruire del servizio psicologico per la comunicazione di "bad news". Si garantisce l'alternanza di squadre di professionisti che turnino sulla base della valutazione delle esigenze. È importante che il passaggio di consegne tra le squadre sia accurato e possibilmente scritto secondo un protocollo concordato che evidenzia tutti gli elementi finora descritti. In questo modo tutte le informazioni possono essere condivise tra gli operatori e non è necessario che la famiglia ripeta e riviva gli eventi per metterne a conoscenza i colleghi. Le rotazioni andranno quindi pianificate tenendo conto dei tempi di sovrapposizione necessari ai passaggi di consegne. Presentarsi congiuntamente alla famiglia durante il passaggio di consegne consente anche alla famiglia di percepire la continuità nell'intervento.

Comunicazioni

In base all'esperienza maturata, è bene suggerire al Coordinatore delle operazioni di ricerca che le comunicazioni ufficiali (ritrovamento del congiunto disperso, individuazione di nuove tracce, termine delle ricerche, ecc.) siano svolte in modo ufficiale da lui o dalle autorità competenti (forze dell'ordine, medico legale, ecc.) e di persona, poiché la mole di informazioni fasulle che circolano e la trasformazione di ipotesi in dati rendono la famiglia incredula e soprattutto dispersa tra il desiderio di dare fede alle notizie positive e non arrendersi dinnanzi a quelle negative. Per la comunicazione di "bad news" è possibile che si appoggino agli psicologi, ma è importante che questi ultimi non si sostituiscano a chi di competenza. I diversi componenti della famiglia potrebbero avere reazioni molto varie alle diverse tipologie di notizie: incredulità disperazione, paralisi. Lo psicologo deve rimanere in disparte osservando, ascoltando e cogliendo le emozioni che circolano, e lasciare che sia la rete informale a prendersi cura, quando possibile, di esse. Il suo intervento deve essere focalizzato sulle situazioni più critiche e realizzato, se possibile aiutando i membri stessi del sistema a prendersi cura reciprocamente del dolore condiviso.

Conclusione dell'intervento

Come spiegato in un recente articolo (Sbattella, 2011), l'intervento si può concludere con tre diversi scenari: "da disperso a ritrovato", "da disperso a perso per sempre" e "da disperso a scomparso". L'intervento dello psicologo deve articolarsi in modo differente a seconda della conclusione che si profila e delle conseguenze a cui questa porta. Nel primo caso, si possono fornire indicazioni su come accogliere la persona ritrovata, sui tempi necessari per capire le motivazioni dell'atto compiuto o le cause degli eventi subiti, su come ricostruire le relazioni e condividere le emozioni intense. Nella seconda circostanza, è possibile offrire l'accompagnamento al riconoscimento della salma, e alle primissime fasi di elaborazione del lutto. Nel terzo scenario, infine, può essere necessario aiutare a comprendere la scelta dei tecnici di abbandonare le ricerche e quindi indirizzare la famiglia verso reti relazionali e servizi esperti nella gestione delle dinamiche logoranti proprie dell'incertezza cronica.

Passaggio di consegne al servizio territoriale

In ogni caso, al termine dell'intervento deve essere compiuto un accurato passaggio di consegne al servizio territoriale più idoneo alla situazione della famiglia (servizio psicologico Asl, servizio sociale locale, neuropsichiatria infantile, ecc.). Questo al fine di ottenere una continuità di intervento e nello stesso tempo valorizzare la specificità dei diversi professionisti. Gli psicologi dell'emergenza, infatti, intervengono per statuto nelle fasi acute delle crisi,

mentre i colleghi radicati nel territorio sono nelle condizioni di affrontare le ripercussioni critiche, anche a lungo termine, sugli aspetti della vita ordinaria. Il passaggio di consegne può avvenire secondo due modalità. Innanzitutto individuando nella rete familiare una figura dotata di particolari risorse alla quale lasciare gli indirizzi, i nominativi e i numeri di telefono dei servizi e specificando in quale caso contattarli. A tale scopo è bene che la squadra di psicologi dell'emergenza disponga di una mappatura dei servizi delle zone in cui opera e abbia tutti i recapiti nel proprio kit di lavoro. Il secondo modo per garantire continuità è il contatto diretto con i servizi, per una segnalazione della situazione di fragilità. Questo può avvenire solo con il consenso degli interessati e sulla base di precedenti protocolli di intesa con i servizi territoriali. Essi dovranno comunque attendere che sia la famiglia a presentarsi, ma potranno anche, con trasparenza, utilizzare la disponibilità del team intervenuto per un incontro durante il quale condividere eventi, osservazioni fatte e informazioni sul tipo di supporto fornito.

Follow-up

Durante l'ultimo incontro con la famiglia si deve annunciare che la modalità di lavoro propria di ogni gruppo che interviene nei momenti critici prevede una fase di follow-up, che si realizza attraverso un contatto telefonico (o meglio una visita domiciliare) dopo 3-6 mesi dall'accaduto. È chiaro che essa deve essere accettata dalla famiglia, alla quale va spiegata nel dettaglio la motivazione per la quale si intende ricontattarli. A tale scopo deve essere chiesto un recapito. Questo incontro di follow-up finalizzato a un miglioramento degli interventi futuri, ma anche a una nuova valutazione del bisogno dei diversi familiari di accedere al sostegno dei servizi territoriali. Alcune brevi domande potranno così sondare l'andamento dell'eventuale processo di elaborazione del lutto, del percorso di ricostruzione delle relazioni familiari, del processo di integrazione delle motivazioni dell'atto compiuto o delle conseguenze di un atto subito.

Conclusioni

Come si è già avuto modo di spiegare, le linee guida riportate sono il frutto di una riflessione elaborata da alcuni professionisti psicologi e psicoterapeuti appartenenti all'associazione di volontariato Psicologi per i Popoli - Milano. Esse sono state testate nel corso di alcuni interventi attuati in Lombardia e dunque all'interno di un preciso contesto sociale, geografico e organizzativo. Fanno riferimento a una posizione teorico-metodologica che valorizza molto le ripercussioni psichiche delle interazioni sociali e dunque delle comunicazioni e azioni co-costruite. Sono dunque motivate da una esperienza storica circoscritta e dal quadro di riferimento concettuale sistemico-relazionale. Quest'ultimo propone di dare priorità alle relazioni familiari e alla normalizzazione delle reazioni, in relazione ai contesti e alla focalizzazione

sulle dinamiche emotive. Queste linee giuda potranno dunque essere riviste, migliorate, verificate e riadattate in diverse contesti. Soprattutto, esse possono essere ampliate con indicazioni relative a diversi scenari e alle varie fasi di lavoro, in particolare relativamente al tema del sostegno dei familiari delle persone dichiarate disperse. Inoltre, le linee guida operative fin qui presentate possono e devono essere integrate con le riflessioni relative ai processi psichici che guidano il comportamento e gli spostamenti della persona smarrita/bloccata e con le metodologie utili per interrogare/intervistare i conoscenti al fine di indirizzare le ricerche (Bell, 2005; Cooper, 2005).

Rina Maria Galeaz, Lorenza Rossi e Fabio Sbattella Psicologi per i Popoli – Milano

Bibliografia

Bell P.A., Thomas C., Greene T.C., Fisher J. e Baum A. (2005), *Environmental Psychology,* Routledge, Londra.

Bettelheim B. (1975), *Il mondo incantato,* Feltrinelli, Milano.

Commissario straordinario del governo per le persone scomparse (2009), *Linee guida per favorire la ricerca di persone scomparse,* Ministero degli Interni, Roma.

Cooper D.C. (2005), *Fundamentals of search and rescue,* Jones & Bartlett Learning Sudbury, Massachusetts.

De Soir E. e Vermeiren E. (a cura di) (2002), *Les debriefings psychologiques en question,* Garant, Apeldorn.

Fenoglio M.T. (2010), *Le emozioni dei soccorritori,* "Psicologia dell'emergenza e dell'assistenza umanitaria", 4, 46-81

Jung C.G. (1981-2007), *Il problema dell'Ombra.* In Jung C.G., *Opere,* Bollati Boringhieri, Torino.

Lavanco G. (2003), *Psicologia dei disastri. Comunità e globalizzazione della paura*, Franco Angeli, Milano.

MacInnes H. (2005), *International mountain rescue handbook,* Frances Lincoln, Londra.

Mazzavillani M. (2011), *La foresta nei sogni*, http://guide.supereva.it/sogni/interventi/2006/03/248036.shtml

Pezzullo L. (2009), *Il ruolo della psicologia in relazione al tema delle "persone scomparse"*, Relazione al convegno "La città scomparsa", Belluno, 10 ottobre 2009.

Ranzato L. (2010), *Il volontariato degli psicologi della Protezione Civile,* "Psicologia dell'emergenza e dell'assistenza umanitaria", 4, 6-15.

Rossi L. (2010), *Core identity e core competence dello psicologo nella cooperazione allo sviluppo e nell'assistenza umanitaria,* "Psicologia dell'emergenza e dell'assistenza umanitaria", 4, 16-45.

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

Sbattella F. (2011), *Persone disperse: aspetti psicologici della ricerca,* "Psicologia dell'emergenza e dell'assistenza umanitaria", 5.

Tettamanzi M. e Sbattella F. (2007), *La gestione della morte improvvisa e del lutto: comunicazione e supporto.* In Trabucco e Buonocore (a cura di) "*Pronto Soccorso Triage. Accoglienza, rassicurazione, cura, aspettative, vissuti psicologici, bisogni*", Edizioni Libreria Cortina, Verona.