



Rivista di

Psicologia dell'Emergenza e dell'Assistenza Umanitaria

QUADRIMESTRALE DELLA FEDERAZIONE PSICOLOGI PER I POPOLI

Anno 1, Numero 0, Giugno 2006



Direttore responsabile
Giuseppe Maiolo

Direttore
Luigi Ranzato

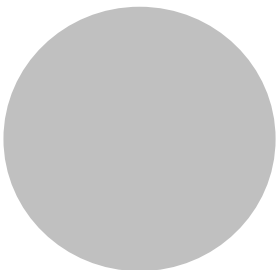
Direzione scientifica
Paolo Castelletti
Mariateresa Fenoglio
Alfredo Mela

Comitato professionale
Delfo Bonenti
Serena Cugini
Isabella De Giorgi
Giuliana Franchini
Rolando Incontrera
Raffaella Paladini
Marina Pampagnin
Luca Pezzullo
Elvira Venturella

Redazione, grafica e impaginazione
Gabriele Lo Iacono
Via Vittorio Veneto, 146
38100 Trento
E-mail: gabloia@tin.it

La rivista è edita da
Psicologi per i Popoli – Federazione
via dei Monti 36
38079 Tione di Trento (TN)
E-mail: psicologixpopoli@alice.it

La rivista è in attesa di registrazione



**Psicologia dell'Emergenza e
dell'Assistenza Umanitaria**

Anno 1, Numero 0, Giugno 2006

Indice

Luigi Ranzato
Presentazione

Maria Teresa Fenoglio P. 6
*La comunità nei disastri:
una prospettiva psicosociale*

Paolo Castelletti P. 24
La psicologia dell'assistenza umanitaria

Dipartimento della Protezione Civile P. 38
Italiana
*Criteri di massima per gli interventi
psicosociali da attuare nelle catastrofi*

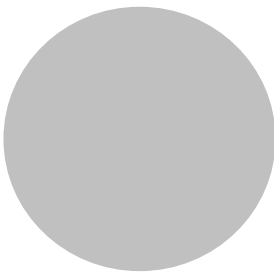
Presentazione

Il numero 0 della rivista online “Psicologia dell'emergenza e dell'assistenza umanitaria” rappresenta una prova, una proposta ed una scommessa.

Una prova innanzitutto tecnica, naturalmente, che il collega dott. Gabriele Lo Iacono, responsabile redazionale, sta brillantemente superando parallelamente alla costruzione di un nuovo sito per la Federazione delle Associazioni Territoriali di Psicologi per i Popoli.

In verità questa è soprattutto una prova di maturità per i nostri psicologi dell'emergenza. Dopo la formazione e le buone esperienze di questi anni, la rivista “Psicologia dell'emergenza e dell'assistenza umanitaria” può diventare un'occasione per legittimare questa nuova professionalità. Essa è tuttavia anche una prova iniziatica per le nostre associazioni, chiamate a confrontarsi e integrarsi con altre realtà associative, nazionali e internazionali, non solo nei cantieri dell'intervento, ma anche nel laboratorio delle idee, delle teorie e dei modelli applicativi.

La Rivista nel suo numero 0 rappresenta una proposta di collaborazione rivolta a tutti i cultori della materia, interni ed esterni alle nostre associazioni. Le sezioni sono le stesse in cui si strutturano le aree associative: emergenze nazionali e internazionali, assistenza umanitaria e cooperazione, diritti umani. Proponiamo perciò ai colleghi di sperimentarsi con fiducia nella costruzione di lavori che rappresentino analisi, sintesi,



commenti, ricerche, bibliografie, testimonianze che li hanno colpiti e interessati in questi anni. Lo sforzo di sottoporsi alla disciplina dello scrivere articoli brevi, logici, documentati, comprensibili ai lettori e coerenti con le norme editoriali della rivista non può che tradursi in una nuova occasione per apprezzare l'identità dello psicologo dell'emergenza e la sua rilevante funzione sociale.

La scommessa di questa nuova rivista si iscrive in quella più ampia da cui è originata l'idea di un volontariato professionale degli psicologi. Un segno di contraddizione nella nostra categoria ancora autocentrata nella difesa esclusiva del proprio territorio. Noi oggi sappiamo che la presenza degli psicologi in contesti di emergenza, talora così lontani non solo dalla quotidianità della vita, ma anche dai contesti del lavoro professionale, si può trasformare anche in un ritorno di creatività per la psicologia e in una occasione di importante riconoscimento sociale per la professione.

Mi auguro che "Psicologia dell'emergenza e dell'assistenza umanitaria" superi questa prova del numero 0, dia voce suadente alla proposta di collaborazione che lancia agli psicologi dell'emergenza e non tradisca questa sfida appassionante.

Luigi Ranzato

Presidente nazionale di Psicologi per i Popoli - Federazione

Maria Teresa Fenoglio (*Psicologi per i Popoli, Torino*)

La comunità nei disastri: una prospettiva psicosociale

Riassunto

L'autrice esemplifica l'uso di alcuni concetti utili a comprendere le vicende delle comunità colpite dai disastri nel loro complesso e lungo un arco temporale esteso, sia dal punto di vista delle dinamiche sociali che da quello delle componenti psicologiche coinvolte. Viene proposta un'analisi delle modificazioni dei gruppi e delle relazioni sociali, che si articola nelle fasi del pre-impatto, dell'impatto, del post-impatto e della ricostruzione. Questa suddivisione in fasi viene messa in relazione ai fenomeni psicosociali descritti da R. Gordon in un importante contributo teorico. Dal lavoro dell'autore viene ripresa ed elaborata anche una griglia di analisi delle comunità colpite da disastri utile per identificare gli interventi psicosociali prioritari.

Abstract

The author exemplifies the use of some ideas which help to understand globally and in the long run the social and psychological dynamics of communities struck by disasters. She provides an analysis of changes in groups and social relationships which is set out in the following stages: pre-impact, impact, post-impact, reconstruction. This stage subdivision is related to the psychosocial phenomena delineated by R. Gordon in his seminal papers. From Gordon's work is derived also a framework for the analysis of communities struck by disasters, which is useful for the identification of priority psychosocial interventions, and the author of this article expands on it.

La psicologia dell'emergenza (meglio definita nell'espressione psicologia "in situazioni" di emergenza¹) fa riferimento a quell'ambito di intervento professionale, così come di ricerca, inerente alle conseguenze, sul piano psicologico, di eventi disastrosi della più varia natura che possono colpire singoli individui, gruppi particolari, o le comunità umane nel loro complesso.

Questa prospettiva disciplinare, con non più di venti anni di vita, risponde alla sempre più sentita necessità da parte delle autorità e dei decisori locali di fornire risposte competenti alle necessità che i soggetti sviluppano in caso di eventi tragici di portata collettiva².

¹Questa seconda definizione sembra consentire un migliore distanziamento da quelle impostazioni tese a individuare nella "psicologia dell'emergenza" una nuova disciplina. Il termine "in situazioni di emergenza", invece, individua l'appartenenza della emergenza all'area della psicologia sociale applicata e della psicosociologia. Questo a garanzia del fatto che l'ambito delle emergenze, più che richiedere una circoscritta specializzazione, investe competenze psicologiche già maturate e salde, in grado di reinterrogarsi in scenari inusuali.

²Tra questi si annoverano: disastri naturali (terremoti, alluvioni, ecc) o prodotti dall'uomo (disastri tecnologici/ecologici); guerre e conflitti (migrazioni forzate, persecuzioni etniche, torture, ecc.); emergenze quotidiane (incidenti stradali e sul lavoro, atti delinquenziali, emergenza ospedaliera e del 118); disastri misti (determinati da una serie di concause).

Se fino a tutti gli anni Ottanta, come testimonia Agostino Miozzo (2002), esse erano identificate esclusivamente con i bisogni sanitari, di nutrimento e ricovero, gradatamente il sistema dei soccorsi acquisisce l'obiettivo del "completo benessere psico-fisico dell'individuo", e quindi anche quello del conseguimento del benessere psicologico.

La letteratura in merito rispecchia la piena "globalizzazione" di questo ambito: se diverso può essere infatti l'impianto organizzativo in caso di emergenze, esiste ormai a livello mondiale (in prevalenza occidentale, ma non solo) un linguaggio condiviso, anche se variamente articolato, che riguarda la meccanica dei disastri, l'organizzazione degli aiuti, le competenze professionali in campo, le reazioni emotive delle vittime.

È su queste ultime che la letteratura psicologica ha concentrato prevalentemente la sua attenzione, determinando la classica distinzione tra:

- vittime "primarie" (quelle colpite direttamente dal dramma);
- vittime "secondarie" (i soggetti con stretti legami con le vittime primarie);
- vittime "terziarie" o "vicarie" (i soccorritori e quanti si occupano delle vittime primarie per qualche motivo professionale);
- vittime di "quarto livello" (soggetti di aree limitrofe, o di categorie affini alle vittime, potenzialmente identificate con esse).

Come si vede, l'inclusione nel ruolo di vittime di soggetti apparentemente non coinvolti nella emergenza e nelle sue conseguenze, in particolare gli stessi soccorritori, ha ampliato notevolmente lo scenario di riferimento, identificandolo come un fitto intreccio di elementi strutturali ed emotivi, di reazioni "a macchia d'olio", di reciproci influenzamenti: anche quando si ponga lo sguardo sulle reazioni della singola vittima, sono sempre il campo complesso e i contesti sociali e relazionali ad assumere rilevanza centrale.

Tale visione, che ponendo al centro il contesto dà rilievo alla comunità sociale in cui l'individuo è inserito, ha una storia assai recente, in particolare nel nostro paese. Nonostante fin dai tempi delle alluvioni del Polesine, del terremoto del Belice e dei disastri successivi (basti pensare alla alluvione di Firenze, all'Irpinia, al Vajont, al Friuli, e al più recente Molise) fosse diffusa la percezione che la calamità avesse determinato non solo lutti individuali ma anche la trasformazione "epocale" di intere comunità, tale constatazione non veniva (e non viene a tutt'oggi) pienamente assunta da una visione degli aiuti che assuma le vicende della comunità nel suo complesso e in un lungo lasso temporale, sia da un punto di vista delle dinamiche sociali che da quello delle componenti psicologiche coinvolte.

Se si ascoltano i protagonisti di quegli eventi a distanza di tempo, ci si accorge tuttavia che le loro narrazioni parlano non solo di dolori individuali, ma di un mondo interamente mutato; di un tempo che viene scandito in un "prima" e in un "dopo" il disastro; di presenze, reali e/o interiorizzate, che continuano a muoversi entro uno scenario collettivo (vedi per es., Corona, 1997).

Questi testimoni raccontano una comunità che, anche quando sia stata restituita agli abitanti nelle sue caratteristiche architettoniche (si veda ad esempio il Friuli), è mutata per sempre (Cancian, 2001).

Le comunità, come le persone, non ritornano mai “come prima” dopo eventi del genere. “Ciò che è accaduto resta incorporato nella vita della comunità e prende vita una nuova realtà” (Van de Eynde e Venio, 1999). A questo proposito si parla oggi di un “lutto culturale” (Beneduce, 2002) vale a dire di una forma di perdita che comprende il mondo sociale che si era conosciuto, gli edifici e gli spazi significativi (la chiesa, la piazza) che costituivano la propria consueta geografia, le consuetudini, le ritualità, il linguaggio noti (Kaniasty e Norris, 1999).

Sono pochissimi gli studi italiani che trattano di questo argomento, nessuno dei quali è di taglio psicologico³. Se pure alcuni di questi forniscono categorie analitiche di grande interesse (in particolare gli studi di Gian Francesco Lanzara e di Alessandro Cavalli), mancano studi psicosociali italiani sulla comunità nel disastro che possano contribuire alla individuazione di linee guida psicologiche per la ricostruzione.

Le osservazioni che seguono sono perciò il frutto di una “contaminazione” (si spera utile) tra materiale anglosassone, in particolare americano, canadese e australiano (vedi i materiali prodotti dall’Emergency Management Australia e dalla National Organisation for Victim Assistance, Department of Justice, USA) e gli studi dell’autrice (Fenoglio, 2001b; 2001c) in tema di psicologia di comunità, e su contesti nostrani coinvolti in trasformazioni rilevanti (ad esempio l’immigrazione), ma non in “disastri” propriamente intesi.

Le mie osservazioni seguiranno quindi un doppio tracciato. Il primo, descrittivo, illustrerà le diverse fasi attraversate dalla comunità in situazioni di crisi, mettendo in rilievo gli elementi che non dovrebbero passare inosservati tanto allo psicologo quanto ai responsabili della gestione dell’emergenza. Il secondo, teorico-metodologico, si focalizzerà sui modelli psicologici, psicosociali o “ibridi” a cui può ispirarsi il lavoro con la comunità.

Quali sono le “comunità” che si incontrano nelle emergenze? Prima di tutto si annoverano le comunità (centri, villaggi, città, regioni) coinvolte in disastri, siano essi naturali o prodotti dall’uomo. Tra queste vi sono località divenute celebri perché coinvolte in catastrofi naturali - Gemona del Friuli; S. Giuliano di Puglia; Colfiorito, Longarone e via dicendo - o prodotte dall’uomo - il Vajont, Seveso, Porto Marghera e, all’estero, Chernobyl, Bhopal, le Twin Towers, ecc.

Quindi vengono le comunità coinvolte in conflitti bellici, alcune delle quali emblematiche per lo stravolgimento traumatico delle loro antiche identità: Sarajevo, Kabul, Baghdad, ecc. Accanto a questi nomi più noti, intere regioni nel mondo trascinate in catastrofi che sembrano andare al di là della umana

³ Si veda lo studio del sociologo italoamericano Ino Rossi sulla ricostruzione dell’Irpinia (Rossi I., *Community Reconstruction after an Earthquake*, *Dialectical Sociology in Action*, Praeger Publishers, 1993); lo studio della organizzazione spontanea degli aiuti, sempre in Irpinia, nel volume di Gian Francesco Lanzara, *Capacità negativa*, Il Mulino, Bologna, 1993); il bel saggio di Alessandro Cavalli, *Patterns of Collective Memory*, Budapest, 1995.

comprensione - come la Bosnia e il Randa - comunità nelle quali faticosamente si tenta di ristabilire una qualche normalizzazione.

Accanto a queste si annoverano le comunità compromesse con sistemi dittatoriali, che ricorrono alla tortura, il terrore, la delazione: l'Argentina, il Cile, il Salvador, il Guatemala, per citarne solo alcune. Ci sono studi sulle conseguenze psicologiche di questi sistemi, ed anche sugli effetti della impunità di cui godono gli aguzzini, una volta ristabilito un sistema democratico (si vedano in particolare gli studi sul Salvador del religioso gesuita Martín Baro e le analisi svolte dall'Equipo Argentino de Trabajo e Investigación).

Ma le emergenze hanno colpito anche intere nazioni, scomparse nel giro di pochi anni; di esse si parla come di "ex...": l'Unione Sovietica, la Jugoslavia e via dicendo, luoghi in cui si sperimenta un completo ribaltamento di un sistema di vita, produttivo, assistenziale/sanitario, lavorativo, valoriale.

Infine le emergenze determinano il sorgere di nuovi agglomerati, che si pongono come inediti sistemi comunitari: i campi profughi, i centri di raccolta, gli orfanotrofi e così via.

La prospettiva psicosociale sulla comunità

La letteratura che fa riferimento alla assistenza psicosociale alle comunità nelle situazioni di emergenza ha sviluppato nel tempo una sorta di linguaggio condiviso. Dell'argomento parlano ormai estesamente i numerosi manuali delle diverse organizzazioni governative di soccorso ma anche pubblicazioni più specialistiche, in particolare quelle che affrontano il problema della dislocazione/ri-locazione delle popolazioni coinvolte nei conflitti bellici e dei programmi di riabilitazione a livello comunitario. Tali pubblicazioni contengono sistematizzazioni interessanti di "ciò che avviene" alle comunità coinvolte nei disastri; delle problematiche delle popolazioni coinvolte in cambiamenti epocali; degli approcci di soccorso e cura adottati, questi ultimi spesso oggetto di sperimentazioni, valutazioni e analisi critiche.

I modelli di analisi più interessanti provengono da fonti che, sviluppatasi in ambito di protezione civile in nazioni particolarmente sensibili a questi aspetti, anche perché la vastità del territorio impone la capacità della comunità di utilizzare a fondo e immediatamente le proprie risorse interne (e quindi Canada e Australia), hanno prodotto modelli eventualmente trasferibili anche a "comunità" non strettamente territoriali (ad esempio organizzazioni).

Tra i contributi più interessanti di tipo descrittivo e normativo si colloca quello dell'australiano R. Gordon (1991), che ha per oggetto l'intervento nelle comunità colpite da catastrofi ma che presenta un carattere di trasferibilità.

Gordon descrive, mettendolo a fuoco, ciò che avviene nel momento in cui l'evento colpisce la comunità nel tessuto sociale.

Secondo l'autore è utile - e del resto ormai è una prassi comune -, dividere l'evento nelle fasi seguenti:

- fase del pre-impatto
- fase dell'impatto
- fase della ricostruzione
- ripercussioni multiple.

Fase del pre-impatto

Per sviluppare un efficiente sistema di prevenzione, è raccomandabile che le mappe di rischio predisposte dagli organismi competenti (in Italia, la Protezione Civile), oltre a comprendere come è consuetudine l'insieme dei rischi ambientali, fornisca ai soccorritori un quadro di riferimento (una mappa specifica) delle comunità interessate. Questo allo scopo di fondare l'opera di soccorso su una conoscenza puntuale della struttura sociale, così come dei nodi critici e delle opportunità in termini di risorsa umana reperibili in loco. È utile quindi conoscere che cosa si intenda con il termine "comunità":

Per "comunità" si intende:

- la comunità nel suo complesso
- i gruppi di cui è composta
- le reti sociali
- le leadership
- i sistemi gerarchici
- il sistema di comunicazione
- il governo locale
- la rete dei servizi sociali e sanitari

Occorre tuttavia porre una particolare attenzione, se l'obiettivo è quello della prevenzione, a particolari "comunità nella comunità":


- gli ospedali
- le case di riposo
- i gruppi più isolati, per ragioni sociali, economiche od etniche.

Un sguardo più ravvicinato meritano in ogni caso i gruppi: la comunità è infatti suddivisa in sottogruppi, significativi per determinarne le dinamiche, la coesione o i livelli di conflittualità aperti o latenti.

Alcuni di questi sono identificabili per:

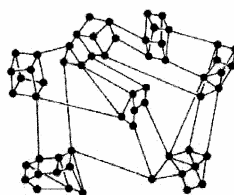
- appartenenza geografica
- condivisione culturale
- condivisione etnica
- appartenenza istituzionale (alcuni decisivi nel contesto del soccorso, come per esempio le forze dell'ordine e l'organizzazioni del soccorso).

La comunità prima del disastro



Prima del disastro la comunità è costituita da una struttura di elementi connessi da "nodi" (legami), che determinano la comunicazione, la reciproca influenza, la storia delle comunità e le tradizioni condivise. Essi sono la base della rete di supporto comunitario e della identità dei soggetti.

Figura 1. I legami di comunità in una struttura di sottosistemi (da Gordon, in EMA)



Ogni comunità possiede una sua propria mappa (vedi figura 1). In questa fase, di particolare ricchezza per sociologi e psicologi professionalmente coinvolti nella prevenzione dei disastri, risulta cruciale una conoscenza “prossima” della comunità, da sviluppare attraverso l'utilizzo di mappe territoriali che vadano al di là della individuazioni di rischi ambientali idrogeologici, sismici, ecc.

La fase del pre-impatto induce a utilizzare strumenti di analisi sociologici, psicosociali e antropologici. Il modello di Gordon invita a valutare le seguenti componenti:

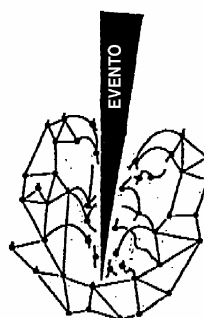
- la cultura locale
- i gruppi esistenti
- la rete informativa
- l'affidabilità e la preparazione di enti, istituzioni e leader locali.

È necessario assicurarsi che l'informazione sui rischi abbia avuto una adeguata diffusione e sia stata correttamente compresa. L'opera di informazione è stata efficace quando si osserva che la preparazione della popolazione è adeguata ai rischi effettivi e non influenzata dalla negazione, dalle dicerie e dai miti (fenomeno della sottocultura del disastro). Occorre inoltre valutare l'efficienza e la vulnerabilità di istituzioni particolari, quali le scuole, le case di riposo, gli ospedali; e di gruppi a rischio, quali i malati, gli anziani, i marginali.

Fase dell'impatto

I disastri che colpiscono la comunità minacciano seriamente la struttura e il collante della comunità. La figura 2 illustra efficacemente la rottura traumatica della struttura sociale nel momento dell'impatto.

Figura 2. L'effetto devastante dell'evento calamitoso (da Gordon, in EMA)



Come si vede, l'impatto determina la lacerazione improvvisa della struttura e dei legami preesistenti nella "zona" immediatamente interessata, con un effetto di perturbazione su quelle circostanti.

Alcuni studi psicosociali centrati in particolare sulle comunità postbelligerhe analizzano le categorie concettuali con cui si guarda a questi avvenimenti.

L'idea di disastro e quello di cambiamento

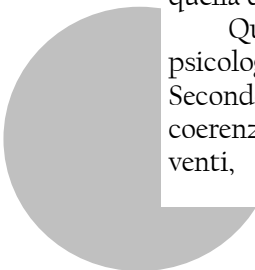
Come si vede anche dalla figura 2, un evento catastrofico, di qualsiasi natura esso sia, esercita un impatto non soltanto sui diretti interessati ma su tutti gli spettatori più o meno virtuali che si assiepano attorno ad esso (si pensi al ruolo dei media). Essi sembrano condividere alcuni preconcetti, o "miti" rispetto a questo tipo di eventi, i quali discendono da "cluster" più generali. Tra questi vanno considerati sia l'idea di "disastro", sia quella di "cambiamento": esse infatti sembra avere un'influenza importante sul modo di considerare il disastro e il ruolo della comunità.

Le etimologie possono come di consueto dire molto a questo riguardo:

- emergenza (*ex mergere* = uscire dall'acqua): ciò che viene a galla, ciò che nasce e cresce. Momento critico che richiede un intervento immediato;
- disastro (*dis aster* = cattiva stella): grave sciagura che provoca danni di vaste proporzioni con morte di persone, soprattutto con riferimento a scontri ferroviari, collisioni aeree, navali;
- catastrofe: (capovolgimento nella strofe finale nelle tragedie greche) esito imprevisto e luttuoso di un'impresa;
- cataclisma (dal greco, inondazione): sconvolgimento come da terremoti, diluvi;
- calamità (incerta derivazione): evento che colpisce molte persone, come una epidemia;
- disgrazia (*dis gratia*): inversione della fortuna;
- sciagura (*ex augurare* = maledizione)
- incidente (*in-cadere*): avvenimento inatteso (Ranzato, 2002).

Come si vede, spesso gli eventi critici vengono ricollegati alla "cattiva stella" (disastro), alla caduta della fortuna (disgrazia), alla maledizione degli dei (sciagura). In qualche modo il concetto viene ricondotto a una caduta dalla grazia divina, e quindi a una qualche colpa originaria. L'assunto della colpa implicito nella etimologia si rivela in realtà un costrutto molto tenace, che coinvolge la sfera inconscia dei vissuti, tanto di quella delle vittime come di quella dei soccorritori e dei semplici spettatori.

Questa costruzione di ordine culturale sembra rispondere a quella che la psicologia sociale chiama "teoria della dissonanza cognitiva" (Festinger, 1973). Secondo questo costrutto, che si riferisce alla spinta personale a mantenere la coerenza del proprio sistema di credenze a fronte della mutevolezza degli eventi, accogliere l'idea che quanto è avvenuto possa essere dovuto



“banalmente” alla fatalità risulta particolarmente difficile: meglio allora affidarsi all’idea che la vittima si è in qualche modo “meritato” quanto è accaduto (per una trattazione esauriente dell’argomento vedi Zamperini, 2001).

Il secondo costrutto a carattere “tenace” è quello del cambiamento. Il cambiamento è generalmente considerato come un fenomeno atipico e deviante, necessariamente traumatico e stressante. Eppure il cambiamento, anche quello considerato “epocale”, non è né inusuale né raro. Sembra invece che l’idea di normalità sia saldamente ancorata a quella di continuità e persistenza (Lauer, 1982).

Il cambiamento viene inoltre considerato necessariamente traumatico, come fonte di stress. Nonostante vi siano studi a sostegno dell’impatto stressante di eventi del ciclo di vita, quali il matrimonio o il pensionamento, ciononostante è noto come nel momento dell’emergenza il tasso di suicidi o quello degli eventi psicotici negli individui diminuisca sensibilmente (Bravo et al., 1992). Gli studi fino a oggi condotti rivelano che il cambiamento non necessariamente conduce a un trauma, a meno che i soggetti abbiano scarse risorse economiche, nessun potere di controllo sulla propria vita e nessun sostegno sociale (per una rassegna bibliografica di questi studi si veda Gist e Lubin, 1999). Ciò che risulta stressante, quindi, non è tanto il cambiamento in sé, ma la posizione dalla quale lo si subisce, e la percezione che se ne ricava.

È evidente, quindi, che la posizione dalla quale “guardare” l’organizzazione degli aiuti non possa essere solo quella del “portare aiuto”, bensì quella del rafforzamento del sostegno sociale, cioè del ruolo dei soggetti, del loro potere decisionale, della coesione della comunità.

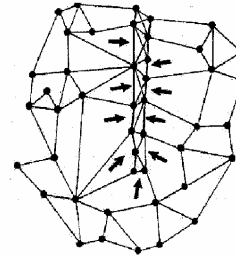
Grande importanza rivestono perciò quegli studi tesi a segnalare le dinamiche interne delle comunità colpite da disastri. Essi infatti segnalano elementi di rottura ed elementi di continuità, punti di crisi e risorse, disegnando uno scenario di mobilitazione massiccia di energie volte al ristabilimento della continuità e dei significati, sia nella sfera individuale che in quella collettiva.

Questo apparente “disordine” diventa lo scenario di azione di gruppi emergenti e spontanei, che si mobilitano prima dell’intervento delle autorità e dimostrano una plasticità notevole nel fronteggiare con efficacia la prima emergenza.⁴

Riprendendo la geografia di Gordon, nella fase immediatamente successiva a quella dell’impatto, la comunità si ristrutturata in quello che quest’autore chiama “rebonding”(vedi figura 3).

⁴Nello studio condotto da Gianfrancesco Lanzara sull’Irpinia, le forze spontanee adottano una strategia di autonomia. Esse vogliono essere proprietarie della loro organizzazione, mantenere rapporti faccia a faccia, e costruiscono la propria organizzazione in fieri, nel corso del processo di aiuto. Si tratta di una forma di “anarchia organizzata”; tuttavia - osserva Zanzara - “le cose vengono fatte: la grande intensità dell’impegno e la profonda dedizione compensano le inevitabili insufficienze” (Lanzara G., *Capacità negativa*, Il Mulino, Bologna, 1993, p. 161).

Figura 3. *Rebonding. Impatto e stato di fusione* (Gordon, in EMA)



Come si vede nella figura 3, lo stato di fusione e la creazione di legami lungo la linea dell'impatto creano una netta differenziazione con l'area circostante. Ciò determina la creazione di tensioni e deformazioni notevoli nella struttura sociale preesistente. Lungo l'area dell'impatto prendono vita forme nuove e spesso intense di legame, mentre altri rapporti, più periferici, vengono allentati o abbandonati. Nell'area di "fusione" vengono elaborate narrazioni, simboli e memorie comuni. Si sviluppa spesso unanimità e altruismo. Le persone appaiono determinate e si assiste non di rado ad atti di altruismo.

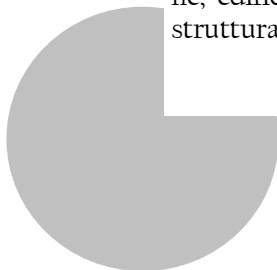
Questa fase corrisponde a quella che in letteratura viene chiamata "luna di miele": tutti sembrano volersi bene e si vive un senso di esaltazione e speranza. Il processo del lutto non è ancora iniziato, e tutte le energie sono rivolte alla vita e al recupero.

Uno psicologo da me intervistato (Tito Cancian, in Fenoglio, 2001a) riferisce l'osservazione di un cittadino di Gemona al tempo del terremoto: il senso della perdita di un familiare, secondo questo testimone, interviene quando la famiglia può finalmente riunirsi a tavola così come faceva prima; solo in quel momento l'assenza del familiare viene effettivamente colta in tutta la sua realtà.

Lo stato di fusione è di fatto una "comunità nella comunità", la quale può favorire così come ostacolare il processo di reintegro. Può diventare una esperienza fondante di una comunità rinnovata o creare la fissazione delle persone coinvolte su posizioni di marginalità depressa o astiosa.

Rebonding: che cosa valutare

Questa fase, chiamata anche "fase dell'inventario", richiede che venga attuato rapidamente un inventario non solo delle perdite "materiali" (vite umane, edifici, infrastrutture, servizi, ecc.) ma anche di quelle che investono la struttura della comunità, in particolare quelle a livello di:



- gruppi
- leader
- gerarchie
- reti sociali
- istituzioni
- comunicazioni.

Le domande da porsi in questa fase sono dunque:

- Esiste una efficace rete comunicativa da e verso la comunità?
- I servizi di emergenza in loco sono efficienti?
- Si sono formate nuove organizzazioni e nuovi leader, e quanto sono efficaci?
- I gruppi vulnerabili sono stati raggiunti e adeguatamente assistiti?
- Il soccorso spontaneo proveniente da fuori è appropriato, efficace, o vi sono fenomeni di disturbo, quali l'affollamento?
- In che modo la comunità sta reagendo, e di quanto aiuto professionale ha bisogno?

Come si vede dall'elenco, il modello proposto da Gordon non demonizza l'aiuto spontaneo, ma segnala l'importanza di un monitoraggio; sottolinea la necessità di mantenere una visione prospettica e globale sul modo di reagire della comunità nel suo complesso, ipotizzando un sostegno là dove risulti necessario, al di là dei criteri standardizzati; sollecita l'attenzione su quei settori che tendono a essere "dimenticati" (gruppi marginali, non sotto i riflettori⁵); segnala con il necessario vigore il pericolo del voyeurismo e dello sfruttamento mediatico, che priva la comunità della necessaria privacy e tutela emotiva; evidenzia implicitamente la necessità di mantenere e sviluppare la rete comunicativa in entrata e uscita dalla comunità, per evitare chiusure difensive, impoverimento di risorse, blocco della elaborazione; infine il modello sottolinea l'importanza dei servizi in loco, spesso emarginati dalla loro stessa comunità a motivo della massiccia immissione di aiuti esterni⁶.

⁵Numerosi studi supportano l'osservazione che l'aiuto è "selettivo". Vale a dire che sullo scenario del disastro alcuni gruppi vengono aiutati più di altri, i quali vengono più o meno consapevolmente emarginati. A questo proposito è stato coniato il termine "pattern of neglect", vale a dire criteri ricorrenti di non-aiuto: le fasce di popolazione più soggette a essere dimenticate sono precisamente identificabili in termini di genere, condizione sociale, età. Vedi Smith O., *Anthropological research on hazards and disasters*, "Annual Review of Anthropology", 25, 1996, pp.306-328 e Ursano J. et al (1994), *The structure of human chaos*, in Ursano J. et al, *Trauma and Disaster*, Cambridge University Press.

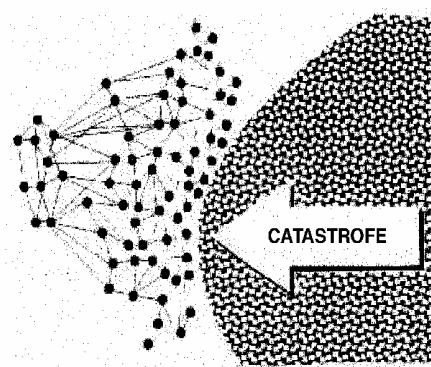
⁶Vedi a questo proposito la relazione tenuta a Campobasso, in occasione dell'anniversario del terremoto, dalla Presidente e dalla vice Presidente dell'Ordine del Molise, La Porta e Mustillo. Convegno internazionale "Psicologia delle Emergenze", Campobasso 8/9 novembre 2003.

Fase del post-impatto

Con la creazione dello “stato di fusione” in prossimità del punto di impatto si stabilizza, nell’area segnata dall’esperienza, una rete di legami a carattere molto esclusivo. Questo nuovo raggruppamento, che fa seguito a quello della “fusione”, tende a rescindere i legami con il resto della comunità, o con il contesto sociale più allargato, e ad allacciarne di nuovi, coinvolgendo gli stessi soccorritori: si forma una “struttura sociale fondata sull’aiuto”

A questa fase è stato dato da Gordon il nome di “debonding”, ovvero di rottura del legame (vedi figura 4).

Figura 4. Debonding: rottura dei legami (Gordon, in EMA).



Come si può notare nella figura 4, nell’area segnata dalla catastrofe i legami si infittiscono, mentre si diradano man mano che ci si allontana dalla zona interessata. Infatti:

- le persone si relazionano esclusivamente con chi è più vicino, sia per dare che per ricevere aiuto;
- le normali relazioni preesistenti vengono temporaneamente sospese a favore di relazioni di aiuto da persona a persona;
- la struttura sociale precedente è vista come inconsistente;
- si forma una nuova struttura sociale fondata sull’aiuto.

Lo scenario che si stabilizza nel tempo (si vedano ad esempio le comunità postbelliche in territori ancora occupati da forze internazionali) vede la comunità come qualche cosa di assai diverso dalla realtà precedente. L’emergenza ha prodotto molti allontanamenti, vere e proprie emigrazioni verso luoghi diversi e molte immissioni. Vengono creati nuovi legami, che vedono coinvolti autoctoni e personale delle ONG: legami affettivi, economici, sociali. Spesso l’economia degli aiuti crea un sistema parallelo di sussistenza, con effetti collaterali sull’andamento dei prezzi, il costo degli affitti e dei servizi.

Le situazioni individuali di crisi trovano rafforzamento all’interno della comunità. Estraniamento, isolamento e rabbia possono creare spaccature irre-

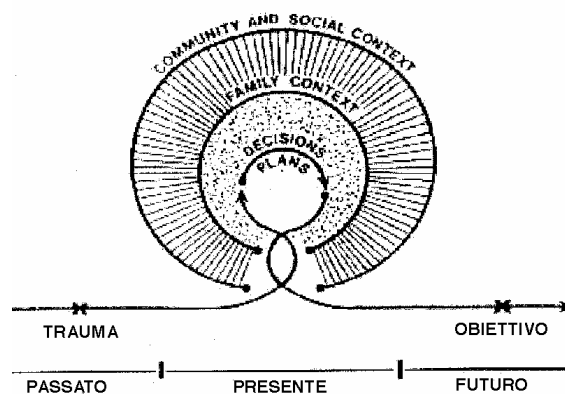
parabili nei sistemi di supporto reciproco. Il disastro rimodella le storie, i valori e il modo di interpretare il presente e il passato.

In questa fase risulta evidente come gli eventi traumatici, quando rimangono indicibili e quando i lutti stentano a venir elaborati e si esprimono nel silenzio e nell'isolamento, determinino nei singoli e nella comunità un vissuto da "eterno presente". Il trauma infatti ha spezzato il nesso tra passato, presente e futuro: mentre il passato viene "rimuginato" con modalità spesso ossessive, il futuro scompare dalla prospettiva.

Gli individui si sentono incapaci di pensare al futuro o di lasciarsi il passato alle spalle manifestando difficoltà a focalizzarsi sul presente. Le linee del futuro ripiegano su se stesse: si ha ansia per gli obiettivi a breve termine e senso di disperazione per ciò che concerne il passato. Anche le linee del passato ripiegano su se stesse: si verificano forme di fissazione e immobilismo.

In situazioni ottimali, invece, la possibilità del ristabilirsi del fluire normale tra le diverse dimensioni temporali è assicurata dal ruolo esercitato dalla famiglia e dal contesto sociale (vedi figura 5).

Figura 5. Funzione del contesto sociale e comunitario.



Tali contesti fungono da contenitori per la perdita e il dolore, di cui consentono una elaborazione non estraniante. Il disastro determina spesso una profonda revisione della stratificazione gruppale. Esso può dare vita a "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".

Come è noto, tali gruppi condividono reti sociali, gerarchie, codici non scritti, canali di comunicazione.

È evidente come il lavoro dei decisori locali, dei soccorritori, delle autorità “moralì” ha a che fare con tale complessa geografia, spesso imprevedibile e mutevole, che tende a ostacolare o favorire le misure intraprese nel post-disastro.

Lo studio delle dinamiche gruppalì, e della dimensione emotiva che le attraversa evidenzia la necessità di un monitoraggio a livello anche “macro” delle violente emozioni che attraversano i gruppi, in base alle quali essi spesso si costituiscono. 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 e vis dicendo), diversissimi tra loro, caratterizzati, se si ipotizza un continuum, da una estrema chiusura “rivendicativa” a una grande apertura al sociale.

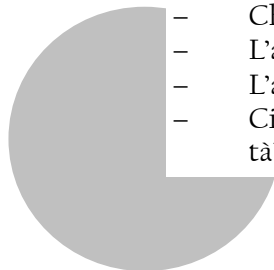
La comunità inizia a elaborare una storia propria e quell’insieme di miti e narrazioni che determina l’inizio di una realtà culturale inedita. Nella comunità ogni individuo porta la sua singola storia di trauma, intrecciata alle storie traumatiche vissute in epoche e comunità precedenti. La comunità “mescola” le storie degli individui e il nesso tra passato, presente e futuro si ripropone in maniera nuova. Non è raro che ne possa scaturire una efficace strategia di fronteggiamento e di cambiamento.

Alcune osservazioni provenienti da studi sulla ex Jugoslavia (Losi, 2001) hanno evidenziato la costruzione da parte della comunità di schemi narrativi condivisi da settori significativi della popolazione; gli individui diventano co-narratori e co-produttori di narrazioni. Tali narrazioni sono un tentativo di dare un significato agli eventi e guadagnare controllo sul caos; esse possono avere una funzione creativa ma anche bloccare e ridurre la capacità interpretativa degli individui. Anche la comunità dei soccorritori elabora narrazioni.

Fase del post-impatto: che cosa valutare

In questa fase va proseguita la valutazione della fase precedente. Una particolare attenzione deve ricevere proprio il processo di elaborazione delle perdite e il passaggio dalla “luna di miele” alla routine quotidiana: questa può infatti portare con sé disillusioni, e la percezione di un lungo cammino davanti a sé, senza una meta percepibile. Le domande da porsi sono:

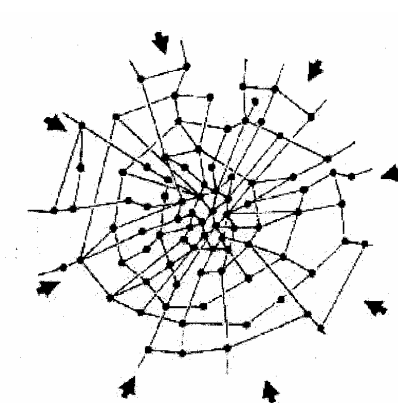
- La fase della reciproca generosità ha assunto aspetti costruttivi e adattivi?
- La fase della disillusione è comparsa abbastanza per tempo, assumendo quindi un rilievo modesto?
- In che modo la comunità sta affrontando i nuovi problemi?
- Che tipo di rapporto la comunità stabilisce con la burocrazia degli aiuti?
- L’accesso agli aiuti è facilitato?
- L’aiuto è respinto?
- Ci sono aiuti (tipo vestiti usati) che deprimono il morale della comunità?



- Ci sono problemi sulla loro distribuzione?
- La distribuzione degli aiuti è connotata dall'esercizio del potere?
- La comunità ha voce in capitolo nella distribuzione?

La “nuova” comunità si ricostituisce includendo gradatamente il nucleo di “fusione” e allacciando con esso una rete di relazioni, per quanto in forma più diradata rispetto al nucleo centrale. Siamo nella fase del *rebonding* (ricostituzione di legami - vedi figura 6).

Figura 6. *Rebonding*
(ricostituzione dei legami).



La fase del rebonding può essere anche molto lunga. I soggetti stringono legami intensi, collegati alla condivisione dell'esperienza vissuta.

In questa fase possono verificarsi rotture, divisioni importanti all'interno della comunità. Esse possono verificarsi tra:

- le vecchie e le nuove gerarchie;
- i gruppi “vecchi” e quelli di nuova costituzione;
- la comunità locale e gli aiuti esterni; oppure
- nelle regole del vivere civile; infatti, possono verificarsi episodi di violenza, voyeurismo, sciacallaggio, sfruttamento, opportunismo.

Tali forme di rottura nel tessuto della comunità, per prevenire o lenire le quali sarebbe importante adottare misure specifiche, sono facilmente collegabili ai seguenti eventi scatenanti:

- la perdita, oltre che di familiari e di amici, di figure chiave della comunità (depositari);
- aiuti intermittenti e incoerenti;
- pregiudizi culturali da parte dei soccorritori e dei decisori.

Le indicazioni di Gordon non contengono tuttavia alcune dimensioni che altri autori ritengono importanti e che l'esperienza diretta di chi scrive ha potuto valutare. Mi riferisco per esempio a:

- il mancato conseguimento di obiettivi di equità e giustizia, compresi l'individuazione e la condanna dei colpevoli e dei responsabili;
- una distribuzione clientelare degli aiuti (Rossi, 1993);
- la delegittimazione delle autorità locali e del sistema di aiuti spontaneo;
- una cultura locale orientata al fatalismo e al familismo (ibidem);
- mancanza di una tradizione cooperativa e associativa;
- scarsa coscienza dei propri diritti e delle modalità per farli valere (ibidem);
- stigmatizzazioni e diffusione di false notizie da parte dei media;
- scarsa o inesistente informazione scientifica.

Riprendendo Gordon, gli indicatori emozionali per la individuazione di una condizione di rottura possono invece essere:

- la riduzione della partecipazione della comunità alla partecipazione agli eventi sociali e religiosi;
- la delegittimazione del sistema degli aiuti;
- la distruzione dei simboli e dei rituali;
- l'esistenza di una cultura che respinge e isola quei sopravvissuti che manifestano apertamente segni di malessere;
- la formazione di gruppi "contro";
- la diffusione di "leggende metropolitane" vistose e controproducenti;
- la formazione di capri espiatori;
- scarsa capacità di contenimento, o di momenti stabili di contenimento, delle emozioni da parte della popolazione;
- l'assenza di una domanda di aiuto;
- perduranti stigmatizzazioni o aggressioni verso i soccorritori.

Chiedere aiuto: un problema

L'assenza o la natura ambivalente della disposizione da parte dei soggetti a chiedere aiuto, fenomeno controintuitivo ma molto ricorrente, è stato oggetto di numerosi studi (Yates et al., 1999). Questi mettono in evidenza lo stretto collegamento tra capacità di coping (capacità di far fronte all'evento), aspettative di ruolo e aspettative sulle reazioni emotive "corrette". Diventa quindi cruciale per il sistema dei soccorsi accostarsi con competenza e sensibilità alle culture locali, per evitare di delegittimare chi riveste in essa un ruolo di responsabilità e si aspetta di poterlo esprimere: per "alleggerire" il carico di responsabilità di chi non è legittimato a prendersi cura di sé (ad esempio le madri di famiglia); per evitare l'insediarsi di un sistema di guadagni secondari



derivati dal ruolo di vittime; per favorire lo stabilirsi nella popolazione del senso di controllo. Solo chi mantiene una sufficiente stima di sé è in grado, infatti, di chiedere aiuto in maniera proficua.

Fase della ricostruzione

La ricostruzione, che si avvia dopo un lasso di tempo abbastanza lungo da non cadere più sotto i riflettori dei media, risulta la fase più complessa, e spesso irrisolta, del disastro. La ricostruzione fisica della comunità o il trasferimento in altre località si svolgono contestualmente alla “ricostruzione” delle identità personali e gruppalì e alla transizione dei soggetti dal ruolo di vittime a quello di sopravvissuti. La comunità, così come i singoli, intraprendono il lungo cammino verso la riassunzione di una responsabilità personale e la presa in carico della propria “storia del disastro”. Sentimenti, cognizioni, significati legati a questa esperienza vengono rielaborati individualmente e attraverso le generazioni, commutandosi in storia, valori e saggezza condivisi. Tutto ciò che è rimasto irrisolto, i lutti non elaborati, le difese individuali e gruppalì, possono dar vita a sintomatologie e disagio diffuso. Effetti disadattivi possono comparire anche in contesti che inizialmente si erano contraddistinti per una buona capacità di reazione.

Fase della ricostruzione: che cosa valutare

Secondo Gordon occorre rispondere alle seguenti domande:

- In che misura la comunità sta progredendo e si sta impegnando nella ricostruzione dell'ambiente, dei gruppi e delle reti?
- La comunità è ben informata e ha un facile accesso agli aiuti?
- Le coperture assicurative e i sussidi sono distribuiti equamente e rapidamente?
- Esiste un adeguato sostegno legale?
- In che misura la comunità sta assumendo responsabilità in proprio e in che misura continua a dipendere dagli altri?
- Esiste una situazione di sfruttamento economico?
- Il morale è abbastanza alto o prevalgono recriminazioni e il senso di aver subito dei torti? Se è così, da che cosa dipende?
- Sono state raccolte opportune documentazioni e memorie degli eventi? Le cause del disastro sono state accertate? È stata fatta giustizia?
- È stato dato riconoscimento alle figure eroiche, ai soccorritori, ai sopravvissuti?
- Gli antichi valori della comunità e il senso di identità personale hanno ritrovato vigore in seguito agli eventi, oppure prevalgono la disillusione, lo scontento, la recriminazione e l'abbandono della comunità?

- I gruppi identificati come più vulnerabili stanno reagendo bene o stanno presentando nuovi problemi e sintomi?
- La popolazione manifesta reazioni differite di tipo somatico e psicologico, e se sì, i servizi se ne stanno facendo carico?
- I contatti con i servizi rimangono costanti?
- Le comunità, le scuole, i servizi, sono avvisati della opportunità di stare in allerta circa le conseguenze che si possono manifestare anche a distanza di anni?

La comunità è soggetta a ripercussioni a catena lungo un ampio arco di tempo. Periodicamente il trauma si ripropone e, qualora sia stato particolarmente drammatico e profondo, non sempre i soggetti sanno mettere in atto contromisure efficaci a convogliare il dolore e i fantasmi accumulatisi nel tempo e mai smaltiti. Divisioni in sottogruppi competitivi, fenomeni di sfruttamento mediatico, politico ed economico, una cattiva - o distratta - amministrazione della giustizia possono "incancrenire" difese comunitarie che diventano stabili.

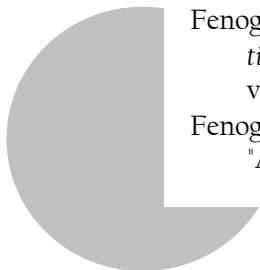
Vi sono tuttavia episodi specifici che possono fungere da detonatori dell'antica sofferenza, in modo tale da produrre reazioni a catena: si tratta di "ripercussioni multiple", le quali costituiscono parte integrante del disastro e vanno perciò previste e prevenute.

Tra questi Gordon nomina:

- eventi climatici aggravanti la situazione;
- decisioni politiche (ad esempio il non riconoscimento dello stato di calamità);
- la sopravvenuta morte di un abitante (in particolare di un bambino);
- la sopravvenuta disoccupazione;
- l'improduttività del terreno.

Bibliografia

- Beneduce R. (2002), *Seminari Torinesi di Psicologi per i Popoli*, inediti.
- Bravo M. et al (1990), *The Psychological sequelae of disaster stress prospectively and retrospectively evaluated*, in "American Journal of Community Psychology", 18, pp.661-680.
- Corona M. (1997), *Il volo della martora*, Vivalda Editori, Torino.
- EMA, Emergency Management Australia, <http://www.ema.gov.au/>
- Fenoglio M.T. (2001a), *Intervista allo psicologo Tito Cancian*, Gemona del Friuli, inedita.
- Fenoglio M.T. (2001b), *Stranieri a casa propria, un intervento psicosociale nel quartiere di Porta Palazzo*, intervento al convegno "Community in crisis", Cavtat, Croazia.
- Fenoglio M.T. (2001c), *Identità nelle periferie, un contributo psicologico*, in "Appunti di politica territoriale", Torino.



- Festinger L. (1973), *Teoria della dissonanza cognitiva*, Angeli, Milano.
- Gist R. e Lubin B. (1999), *Response to Disaster*, Bruner/Mazel, Ann Arbor, MI.
- Gordon R. (1991), *Engineering Aspects of Disaster recovery. Local Governement Guide to Disaster Management*, State Governement Printing Office, Melbourne, Australia.
- Kaniasty K. e Norris F. (1999), *Sharing Trauma*. In Gist R. e Lubin B., *Response to Disaster*, Bruner/Mazel, Ann Arbor, MI.
- Lauer R.H. (1982), *Perspective on Social Change*, Allen&Bacon, Boston.
- Losi N. (2001), *Beyond the Archives of memory*. In *Psychosocial Notebook, Vol. 2*, pubblicazione a cura della International Organisation of Immigration, Ginevra.
- Miozzo A. (2002), *Introduzione*. In Young H. et al., *L'assistenza psicologica nelle emergenze*, Erickson, Trento.
- Ranzato L. (2002), *Lezione al Corso di perfezionamento in Psicologia dell'Emergenza*, Università di Padova, inedito.
- Rossi I. (1993), *Community Reconstruction After an Earthquake*, Praeger, Westport, CT.
- Van de Eynde J. e Venio A. (1999), *Coping with Disastrous Events: An Empowering Model of Community Healing*. In Gist R. e Lubin B., *Response to Disaster*, Bruner/Mazel, Ann Arbor, MI.
- Yates S. et al. (1999), *The help seeking process for distress after disaster*. In Gist R. e Lubin B., *Response to Disaster*, Bruner/Mazel, Ann Arbor, MI.
- Zamperini A. (2001), *Psicologia dell'inerzia e della solidarietà*, Einaudi, Torino.

Paolo Castelletti

La psicologia dell'assistenza umanitaria

Riassunto

L'autore analizza il ruolo della psicologia nell'ambito dell'assistenza umanitaria, i motivi alla base del disconoscimento della psicologia in quest'ambito e gli sviluppi più recenti e promettenti del contributo psicologico agli interventi umanitari. Successivamente fa il punto sull'identità di questa nuova figura professionale. A questo scopo confronta la psicologia dell'assistenza umanitaria con la psicologia dell'emergenza; indica una proposta di quadro concettuale da cui far derivare il senso, le strategie, gli obiettivi e le metodologie degli interventi sul campo; analizza i dati di fatto sulla presenza degli psicologi negli interventi di assistenza umanitaria e di cooperazione allo sviluppo per enuclearne le caratteristiche salienti.

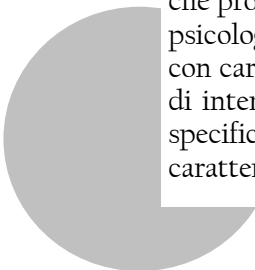
Abstract

The author discusses the role of psychology within humanitarian interventions, the reasons why psychology's role has not been recognized in this realm, and the latest promising developments in psychology's contribution to humanitarian interventions. Secondly, he clarifies the identity of this new professional. In so doing, he contrasts humanitarian assistance psychology with emergency psychology; points to a tentative conceptual framework for the purpose, the strategies, the goals and the methods of field interventions; examines the facts about psychologists' involvement in humanitarian assistance and development cooperation interventions to highlight its main features.

Il periodo tra la fine degli anni Ottanta e l'inizio degli anni Novanta ha rappresentato una fase topica nel percorso di integrazione della psicologia nel mondo dell'assistenza umanitaria. È con le guerre jugoslave infatti, quella bosniaca prima, quella kossovara poi, che i progetti di assistenza psicologica alle vittime dei conflitti armati si sono affiancati in modo massiccio ai tradizionali interventi di tipo sanitario, nutrizionale, abitativo e socioassistenziale caratteristici degli interventi nelle emergenze complesse.

Prima di allora la psicologia era stata sostanzialmente avulsa da tale contesto, così come da quello della cooperazione allo sviluppo, se si eccettuano alcune sporadiche esperienze nell'ambito della salute mentale, sia per i pregiudizi che circondavano il suo ruolo e la sua efficacia nelle situazioni di emergenza, soprattutto nei contesti extraoccidentali, sia per un disinteresse della psicologia stessa verso la tematica dell'emergenza.

Il panorama oggi è radicalmente diverso, è un panorama in movimento che proprio in questi anni sta disegnando i contorni di un nuovo ambito della psicologia applicata, innestato nel tronco della psicologia dell'emergenza, ma con caratteristiche sue proprie che ne fanno sempre più un campo di studio e di intervento autonomo, un ambito per muoversi nel quale è necessario uno specifico repertorio di conoscenze e di competenze. Le emergenze complesse, caratterizzate dai fattori della multiproblematicità e della transculturalità,



richiedono infatti l'elaborazione di approcci specifici configurando una sfida che mai la psicologia si era trovata ad affrontare, consistente nel rimettere in discussione i suoi modelli e confrontarsi con diversi paradigmi culturali. Ciò ha richiesto un crescente coinvolgimento dell'analisi psicologica sui piani della concettualizzazione teorica, della pratica clinica, dell'elaborazione di modelli operativi e di definizione di programmi formativi

Sul piano operativo, i pregiudizi si sono via via stemperati, anche se non sono del tutto scomparsi, ed è sempre più automatico ricomprendere il supporto psicologico negli interventi a favore delle popolazioni colpite da catastrofi. Le agenzie committenti richiedono la predisposizione di progetti psicosociali all'interno degli interventi di emergenza e le organizzazioni incaricate di realizzarli tendono a elaborare modelli di intervento mirati e a ricorrere a operatori con formazione psicologica.

In questa complessa situazione, proprio in funzione dell'alta specializzazione richiesta, si è verificato un felice matrimonio fra le sedi del sapere psicologico, le Università, e le organizzazioni titolari dell'operare psicologico nelle emergenze complesse, che hanno attivato un circolo virtuoso tra teorizzazione, ricerca, formazione e interventi sul campo.

Il ruolo della psicologia nell'assistenza umanitaria

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

È proprio a partire da questa constatazione che si è sentita la necessità, verso la fine degli anni Novanta, in tempi quindi recentissimi, di operare una riflessione sulle esperienze compiute e iniziare un percorso di definizione di un quadro concettuale specifico per questo tipo di interventi.

L'espressione che si sta imponendo a livello internazionale è "psicologia dell'assistenza umanitaria", utilizzata da un numero sempre maggiore di istituti di studio e di ricerca e di agenzie formative e operative.

L'analisi di Ager e Loughry

La prima formulazione esplicita della possibilità di fondare una psicologia dell'assistenza umanitaria come disciplina autonoma è contenuta in un articolo di Alastair Ager e Maryanne Loughry dal titolo *Psychology and humanitarian assistance* pubblicato nel 2004 sulla rivista "The Journal of Humanitarian Assistance". Gli autori partono dalla considerazione che, in uno scenario nel quale il mondo dell'assistenza umanitaria è cresciuto in modo significativo negli ultimi quindici anni per quantità e qualità degli interventi, la psicologia,

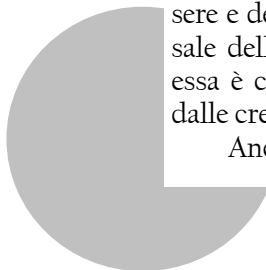
al contrario di altre discipline, ha avuto a lungo un impatto limitato in questo ambito di attività e identificano tre fattori alla base di tale disconoscimento.

1. La psicologia è percepita come scarsamente rilevante ai fini dello sviluppo. Parallelamente alla crescita quantitativa dell'intervento umanitario, l'analisi concettuale su cui esso si basa è andata evolvendosi verso un approccio multidisciplinare in grado di affrontare le complesse interazioni tra esigenze ambientali, sanitarie, economiche, sociali e culturali che caratterizzano i contesti di intervento. All'interno del sistema dell'aiuto umanitario, i disastri e le emergenze complesse che si presentano in numero crescente nel mondo non sono considerati come eventi critici contingenti e circoscritti, ma come sintomi di più ampie problematiche che richiedono di essere analizzate ed affrontate in una prospettiva evolutiva.

I parametri adottati per compiere tali analisi sono stati tuttavia in gran parte ricavati da discipline quali l'economia, la sociologia, l'antropologia sociale, le scienze politiche, con una scarsa considerazione per le formulazioni psicologiche. Ciò in quanto gli operatori umanitari e i teorici dello sviluppo trovano difficile integrare la psicologia nel quadro dei riferimenti concettuali a cui fare riferimento, in ragione di pregiudizi consolidati e difficili da estirpare. La psicologia è percepita fundamentalmente come una disciplina centrata sul comportamento individuale, che ne colloca le motivazioni in processi psichici individuali, mentre le agenzie umanitarie lavorano normalmente su grandi numeri e su target comunitari, cercando di identificare i fattori ambientali suscettibili di essere influenzati per l'attivazione di cambiamenti strutturali. Se tali pregiudizi possono apparire caricaturali, in quanto sappiamo come le articolazioni concettuali e i campi di applicazione della psicologia contemporanea siano ampi e diversificati, soprattutto in direzione degli ambiti relazionale e comunitario, nondimeno hanno avuto una notevole influenza sul disconoscimento della funzione psicologica nell'emergenza.

2. La psicologia è percepita come disciplina connotata culturalmente. Autori come Owusu, Bempah e Howitt sostengono, assumendo una posizione volutamente provocatoria, che la psicologia è una disciplina fortemente connotata culturalmente, cioè che si fonda su costrutti e paradigmi europei e nordamericani al punto da imporre una sorta di imperialismo culturale. Tale critica, che nega alla psicologia la possibilità di essere esportata in altri contesti, rappresenta una sfida alla validità e fruibilità dell'analisi psicologica e delle sue applicazioni non solo nelle culture dei Paesi in via di sviluppo, ma anche nella dimensione multiculturale che sta sempre più caratterizzando le stesse società occidentali. In effetti, prendendo in considerazione la relatività culturale di costrutti psicologici fondamentali come quelli del Sé, dei concetti di normalità e di benessere e degli strumenti diagnostici, non è possibile sostenere la validità universale della psicologia così come noi la concepiamo, in quanto è evidente che essa è condizionata dalla cultura e influenzata dai costumi, dai significati e dalle credenze locali.

Anche in questo caso, tuttavia, ci troviamo di fronte a una visione ridu-



zionistica della psicologia occidentale che, in oltre un secolo di ricerche e teorizzazioni, ha prodotto una tale molteplicità di paradigmi da non poter essere ricondotta a semplicistici stereotipi. Numerose ricerche, infatti, e diversi programmi di intervento psicosociale realizzati nei Paesi in via di sviluppo hanno recentemente dimostrato come costrutti psicologici originariamente concepiti nei contesti occidentali possano risultare notevolmente coerenti con i costrutti locali, così come in altri casi sono rispetto ad essi palesemente discrepanti.

3. *La psicologia è percepita come disciplina chiusa a contributi provenienti dai Paesi in via di sviluppo.* Un terzo limite imputato alla psicologia consiste nella mancanza di una sua apertura universale, nella chiusura cioè rispetto al contributo teorico di studiosi provenienti dai Paesi in via di sviluppo. Il problema consiste da una parte nel limitato numero di psicologi esistenti in molti di tali Paesi, dall'altra nelle scarse possibilità loro offerte di partecipare a simposi e convegni internazionali, azzerando le occasioni di dialogo e di scambio. In realtà, fattori più complessi che non la semplice disponibilità di risorse hanno limitato l'influenza degli psicologi dei Paesi in via di sviluppo sulla disciplina psicologica. Il limitato investimento nell'insegnamento della psicologia in tali Paesi, collegato in parte alla percezione della sua limitata rilevanza ai fini dello sviluppo, ha infatti significato la necessità per i pochi studenti interessati alla psicologia di trasferirsi nei Paesi occidentali assorbendone le connotazioni culturali.

Il problema peraltro non tocca contesti come quello latinoamericano, ove la psicologia ha assunto da tempo un ruolo significativo influenzando non poco lo sviluppo globale della disciplina, mentre in Paesi asiatici come l'India, che ha di gran lunga il maggior numero di psicologi tra i Paesi in via di sviluppo, si sta assistendo a un fenomeno di grande interesse: all'aumento progressivo del numero di laureati in psicologia è infatti corrisposto il passaggio da una prima fase caratterizzata dalla importazione di modelli e teorie occidentali, a una seconda contrassegnata dalla indigenizzazione della teorizzazione e delle metodologie psicologiche, per giungere oggi a una situazione in cui la psicologia indiana ha raggiunto la consapevolezza della propria capacità critica nel valutare la rilevanza culturale dei costrutti psicologici rispetto al contesto locale e agli obiettivi dello sviluppo nazionale.

Il problema dunque riguarda principalmente i contesti africani, dove tra l'altro si concentrano maggiormente i bisogni di assistenza e conseguentemente i programmi di aiuto e dove più marcati appaiono i limiti sopra descritti. Negli ultimi anni tuttavia, in occasione di eventi traumatici come il genocidio in Rwanda o la guerra nel Congo e di situazioni estreme come il dilagare dei fenomeni dei bambini-soldato, delle violenze sessuali nei confronti delle donne e della migrazione forzata di intere popolazioni, si è assistito al moltiplicarsi di programmi psicosociali attraverso i quali è possibile definire nuovi e stimolanti modelli di intervento attraverso il coinvolgimento delle risorse locali.

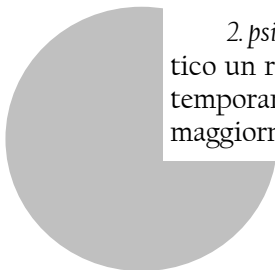
In conclusione, gli autori rilevano come i limiti sopra descritti non rappresentino barriere insormontabili e come negli ultimi anni si sia assistito a significativi e promettenti sviluppi nel contributo della psicologia all'assistenza umanitaria, particolarmente in tre ambiti:

1. Salute mentale nei bambini esposti a contesti di guerra e di conflitti. La sofferenza dei bambini esposti a contesti di guerra rappresenta una tematica di primaria importanza per le agenzie umanitarie da oltre cinquant'anni, ma è stato solo nell'ultimo decennio che la consapevolezza del danno evolutivo provocato da tali esperienze traumatiche ha influenzato in modo significativo l'azione umanitaria. È stato fortemente sottolineato il passaggio dal focus sulla mera sopravvivenza dei bambini a quello sulla loro sopravvivenza connessa allo sviluppo, e la psicologia ha svolto un ruolo decisivo nel determinare tale cambiamento. In questo ultimo periodo ha assunto una significativa importanza la nozione di trauma, benché il problema della specificità culturale di tale costrutto sia stato al centro di molti dibattiti. Nel 1987 infatti, col DSM-III, è stato fatto un primo riferimento al Disturbo post-traumatico di stress/DPTS in età evolutiva, visto come un nuovo strumento attraverso cui considerare il comportamento dei bambini coinvolti nelle guerre e nelle migrazioni forzate, esposti quindi a eventi gravemente stressanti. Strumenti come il test CBI favoriscono processi di valutazione di problemi comportamentali rilevati in setting culturalmente diversi. Questi dati sono stati usati per informare le opinioni pubbliche sui danni dei conflitti bellici, i donors circa la necessità di assistere le vittime e le agenzie umanitarie sulla necessità di interventi clinici.

Joop De Jong, riassumendo il lavoro di ricerca svolto in numerosi Paesi coinvolti in eventi bellici, ha notato come le variazioni negli stress traumatici affrontati dai bambini nelle circostanze belliche si distribuiscono tra la separazione dai genitori, l'aver assistito a uccisioni e la deprivazione dei beni di prima necessità. Le conseguenze psicologiche dell'esposizione a stressor traumatici sono apparse evidenti a vari livelli. Si è valutato che un anno dopo l'esposizione a traumi importanti, il 50% dei bambini può mostrare disturbi psicologici e che buona parte di tale maggiore vulnerabilità va attribuita alla disgregazione delle risorse individuali e comunitarie provocata dalle migrazioni forzate e dal perdurare dei conflitti. Nei conflitti etnopolitici si assiste frequentemente all'accumularsi di eventi multipli come le pulizie etniche, le disarticolazioni familiari e le migrazioni forzate che contribuiscono a indebolire le capacità di coping.

Man mano che gli psicologi hanno intensificato il loro coinvolgimento nella pianificazione di interventi umanitari in questi contesti, si è determinato un crescente consenso sul fatto che concentrarsi sul DPTS non rappresenta una soluzione efficace. Ciò corrisponde alle critiche che hanno messo in discussione l'opportunità di applicare la diagnosi di DPTS nei contesti di emergenza a causa del rischio della patologizzazione di intere popolazioni. Vi è invece un più ampio consenso sull'importanza di concettualizzare i bisogni di salute mentale nell'ambito delle capacità individuali di coping, del funzionamento familiare e delle risorse comunitarie.

2. psicologia sociale del conflitto etnopolitico. Attribuendo al conflitto etnopolitico un ruolo primario nella genesi e nella cronicizzazione di molte crisi contemporanee, le relazioni tra gruppi costituiscono uno degli ambiti di ricerca maggiormente significativi per l'aiuto umanitario. Fino a poco tempo fa tutta-



via i limiti identificati sopra avevano condizionato lo sviluppo di formulazioni psicologiche rilevanti per la risoluzione dei conflitti e la ricostruzione post-bellica. Dopo i conflitti in Ruanda, ex Jugoslavia, Timor Est, Afghanistan, ecc., invece, questi temi hanno iniziato a essere oggetto di una sempre più approfondita analisi psicologica. Molti studiosi hanno documentato la possibilità per gli psicologi di sviluppare analisi e di organizzare interventi in contesti colpiti da tensioni etnopolitiche, come dimostra l'attività del Centro Solomon Asch. Concentrando l'attenzione sullo sviluppo degli stereotipi etnici nei bambini, si sono sperimentate iniziative dirette a combattere i pregiudizi interetnici. Tali programmi sono stati spesso ispirati alla teoria dell'"ipotesi del contatto", per la quale l'interazione sociale precoce tra membri di diversi gruppi etnici riduce i pregiudizi e i vissuti di ostilità. La ricerca psicologica sul comportamento intergruppi è densa di promesse e inizia ad essere applicata nell'analisi del conflitto etnopolitico. Vi sono quindi ampie prospettive per la psicologia in questo campo di estrema complessità.

3. Supporto psicologico alle ONG. Se per lungo tempo le ONG hanno notevolmente trascurato l'apporto psicologico ai programmi di sviluppo e di aiuto umanitario, il supporto psicologico per gli operatori umanitari esposti a situazioni di rischio sta diventando uno dei problemi principali da affrontare, sia relativamente all'analisi del rischio e ai fattori di resilienza, che alle strategie di supporto ai gruppi. Esiste infatti una precisa correlazione tra l'esperienza di eventi traumatici e lo sviluppo di sintomi ansiosi di rilevanza clinica, tali da provocare risposte aggressive sul piano relazionale. Inoltre, considerando l'importanza delle capacità individuali di coping, si è rilevato come il grado di vulnerabilità sia maggiore per gli operatori al primo incarico oppure con una lunga storia di incarichi complessi. Le ONG, attraverso la selezione, la formazione o esercitazioni pratiche, possono fare molto per prevenire tali rischi. Il lavoro stressante degli operatori umanitari le ha portate infatti a considerare la propria attività da una prospettiva organizzativa. Ciò significa che, se da una parte tendono a mantenersi ancorate ai valori umanitari, al lavoro di rete locale e alla flessibilità operativa, non possono oggi prescindere dalla necessità di ricercare una maggior efficienza ed efficacia attraverso l'utilizzazione di esperti del settore privato. I principi della psicologia delle organizzazioni assumono così un ruolo rilevante nell'assistere le ONG nello svolgimento dei loro programmi. È sullo sviluppo di queste tre aree che, secondo gli autori, poggia la costruzione di una psicologia dell'assistenza umanitaria come campo autonomo di ricerca e di intervento.

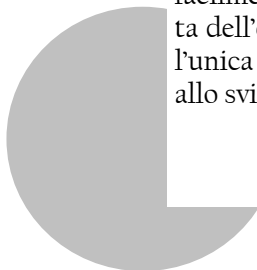
Psicologia dell'emergenza e psicologia dell'assistenza umanitaria: distinzioni

Le offerte formative concernenti l'intervento psicologico nei contesti internazionali sono oggi nel nostro Paese tendenzialmente inserite all'inter-

no dei corsi o dei master relativi alla psicologia dell'emergenza, come una sorta di variante rispetto a una tematica unitaria. L'obiettivo di delineare invece una psicologia dell'assistenza umanitaria come disciplina autonoma e diversificata rispetto alla psicologia dell'emergenza passa quindi in primo luogo dalla definizione di elementi distintivi che si possono identificare nel modo indicato nella tabella seguente:

Psicologia dell'emergenza	Psicologia dell'assistenza umanitaria
Focus sulle vittime, dirette e indirette, e sui soccorritori	Focus sulle vittime, dirette e indirette, attraverso intermediari locali
Focus su individui e gruppi	Focus sulle comunità
Interventi basati su metodologie, tecniche e procedure	Interventi basati su progetti
Lavoro in reti interstrutturali e interprofessionali	Lavoro in reti interstrutturali, interprofessionali e multinazionali
Interventi in dimensione di integrazione	Interventi in dimensione di vicarianza
Interventi nel medesimo contesto socioculturale	Interventi in contesti transnazionali e transculturali
Interventi prevalenti in teatri di catastrofi naturali e di terrorismo	Interventi prevalenti in teatri di catastrofi naturali, di guerra e di sottosviluppo

Una seconda distinzione, relativa ai contesti internazionali, è quella tra emergenza (o aiuto/assistenza umanitaria) e sviluppo (o cooperazione allo sviluppo). Si tratta di due ambiti di intervento diversi nei loro stessi obiettivi, il primo con una finalità riparativa, diretta a riportare una situazione allo stadio precedente la catastrofe, il secondo con una finalità evolutiva, diretta a indurre un cambiamento in un determinato contesto. Sono quindi diversi nel loro concepimento, nei modi e nei tempi di realizzazione, nelle caratteristiche organizzative che richiedono. Non a caso le grandi organizzazioni internazionali, dall'ONU alla UE, hanno strutture specifiche per l'uno e per l'altro ambito, così come le maggiori ONG hanno uffici e responsabili differenziati. I due ambiti, tuttavia, oltre a possedere caratteristiche comuni come i costrutti trasversali della transculturalità e della resilienza, molto spesso nel concreto si interconnettono e un intervento di aiuto umanitario adeguato, soprattutto ove si collochi in una fase di post-emergenza o di emergenza cronicizzata, può facilmente evolversi in un progetto di sviluppo una volta terminata la fase acuta dell'emergenza. Per questo è lecito unificare i due ambiti di intervento nell'unica dizione di "psicologia dell'assistenza umanitaria e della cooperazione allo sviluppo".



Verso la definizione di un nuovo quadro concettuale

Le specificità di questo nuovo ambito della psicologia impongono, come già sottolineato da Ager e Loughry, una rivisitazione dei paradigmi di riferimento, in modo da renderla trasferibile nei più diversi contesti. Ciò significa lavorare per la definizione di un quadro concettuale che stabilisca parametri condivisi in base ai quali definire il significato, le strategie, gli obiettivi e le metodologie degli interventi sul campo e, conseguentemente, per la elaborazione di linee guida riconosciute a livello internazionale in grado di garantire non solo la qualità degli interventi ma anche una loro uniformità concettuale e metodologica. A questa necessità hanno portato diversi fattori, dall'intensificazione nell'ultimo decennio di emergenze sempre più complesse, con un conseguente incremento degli interventi di assistenza umanitaria rispetto a quelli di cooperazione allo sviluppo, al moltiplicarsi delle ONG, non solo nei Paesi occidentali ma anche in quelli emergenti, al moltiplicarsi quindi di modelli e metodologie di intervento diversi, spesso contraddittori, non sempre appropriati.

Lo Psychosocial Working Group

L'esperienza più consistente, sul piano della concettualizzazione dell'intervento psicologico nelle emergenze complesse, è sicuramente costituita dal lavoro dello Psychosocial Working Group/PWG, nato da un proficuo matrimonio tra il mondo universitario e il mondo delle ONG. Costituitosi nel 2000 con finanziamenti di una fondazione americana, ha riunito esperti di cinque istituti universitari e di cinque tra le maggiori ONG europee e americane, laiche e aconfessionali. Sul fronte universitario, hanno aderito atenei già coinvolti nel mondo dell'emergenza attraverso propri istituti di ricerca e di formazione: La Columbia University, attraverso il Programma sulle migrazioni forzate e la salute, l'Università di Harvard, attraverso il Programma sul trauma dei rifugiati, l'Università di Oxford, attraverso il Centro studi sui rifugiati, l'Università Queen Margaret di Edimburgo, attraverso il Centro per gli studi internazionali sulla salute, a cui si è affiancato il Centro Solomon Asch, specializzato nello studio del trauma e dei danni da guerra.

Le ONG coinvolte nel progetto sono Christian Children Fund, IRC, MSF – Olanda, Mercy Corps e Save the Children, tutte focalizzate, oltre che sul tema della psicologia nell'assistenza umanitaria, sulle problematiche dei bambini vittime di catastrofi.

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

I suoi ambiti di lavoro sono i seguenti:

1. la costruzione di un *quadro concettuale* che definisca l'insieme dei principi guida in grado di rendere appropriati gli interventi psicosociali;
2. la definizione di un *programma di ricerca* che identifichi le lacune nelle attuali conoscenze e suggerisca le priorità delle attività di ricerca;
3. la raccolta di un *inventario delle risorse* contenente la documentazione su progetti che esemplificano le metodologie e i principi dell'intervento psicosociale appropriato;
4. l'implementazione di *studi pilota* sul campo per sperimentare le metodologie proposte;
5. la produzione di *materiali formativi e linee guida* per gli operatori umanitari impegnati in programmi psicosociali.

Il lavoro dello PWG si è sviluppato a partire da alcuni quesiti di fondo rispetto ai quali offrire risposte convincenti:

- Perché è necessario un quadro concettuale condiviso per gli interventi psicosociali?
- Cosa si intende per benessere psicosociale?
- In che termini il benessere psicosociale viene perturbato nelle emergenze complesse?
- In cosa consistono gli interventi psicosociali?

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

In secondo luogo, venne adottato il termine "psicosociale" per marcare la stretta connessione tra gli aspetti psicologici dell'esperienza individuale (i pensieri, le emozioni, i comportamenti) e la più ampia esperienza sociale (le relazioni, le tradizioni, la cultura). Questi due aspetti sono così strettamente interconnessi nei contesti delle emergenze complesse che il concetto di benessere psicosociale è probabilmente più utile rispetto ad altri, più restrittivi, come "salute mentale". Gli interventi che si focalizzano su concetti di salute mentale come quello di trauma psicologico, infatti, corrono il rischio di ignorare aspetti del contesto sociale considerati vitali per il benessere individuale, come la famiglia e la comunità che definiscono l'ambito delle appartenenze.

Rischiano inoltre di stigmatizzare in senso patologico intere popolazioni e di risultare ad esse incomprensibili.

La riformulazione del concetto di benessere psicosociale

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

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

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

E poiché tali ambiti sono interdipendenti, un intervento focalizzato su uno di essi riguarda anche gli altri. Così i programmi che si focalizzano sulla riunificazione familiare servono non solo a riparare una ecologia sociale disgregata, ma a rafforzare la funzionalità individuale dei membri della famiglia e il suo sistema culturale/valoriale.

Queste tre aree sono strettamente interconnesse e costituiscono un equilibrio rispetto al quale cambiamenti in una di esse influenzano le altre e il benessere complessivo dell'individuo.

L'utilizzazione del concetto di benessere psicosociale nelle emergenze complesse

I cambiamenti apportati dalle situazioni di emergenza complessa sono caratterizzati da un accavallarsi di eventi diversi che comprendono i conflitti armati e le dislocazioni di massa, di cui le comunità possono continuare a risentire gli effetti per molti anni, subendo danni psicofisici, materiali ed economici. In tal senso, la funzionalità individuale può essere compromessa da episodi depressivi, disturbi d'ansia, esposizione a stress traumatici, disabilità fisica, accompagnati dalla sensazione di perdere il controllo degli eventi. Tali riduzioni di funzionalità indeboliscono le capacità di coping.

In secondo luogo le guerre e i disastri naturali portano a uno sconvolgimento dell'ecologia sociale di una comunità, ove le relazioni familiari e co-

munitarie cambiano e le istituzioni civili e religiose cessano di funzionare. Infine, possono essere travolti anche la cultura e i valori comuni soprattutto in rapporto alla violazione dei diritti umani.

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

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

L'impulso all'intervento è dato dalla valutazione da parte di un'agenzia che una certa comunità non disponga di sufficienti risorse per fronteggiare l'emergenza o esistano specifici gruppi nella comunità che risultino marginalizzati e privi di risorse. In questi casi le agenzie di aiuto umanitario costituiscono la "comunità esterna". Comunità esterna e comunità colpita andranno quindi a cooperare, apportando ciascuna i propri mezzi, le proprie conoscenze e i propri valori e costruendo congiuntamente il programma di intervento.

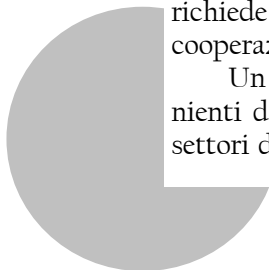
Il quadro concettuale quindi enfatizza due fondamentali principi dell'intervento psicosociale:

- la partecipazione attiva delle comunità colpite nell'affrontare gli eventi e le situazioni determinati dalle emergenze complesse;
- la complementarità tra l'intervento umanitario e i processi locali di resilienza non solo per una questione di rispetto della cultura locale ma anche per pragmatismo operativo: qualsiasi intervento infatti che ignori le modalità locali di resilienza sarà inefficace e non sostenibile.

Il profilo dello psicologo dell'assistenza umanitaria e della cooperazione allo sviluppo

Se dunque concepiamo l'idea di una psicologia dell'assistenza umanitaria e della cooperazione come un campo autonomo della psicologia applicata, distinto dalla psicologia dell'emergenza, è necessario per gli psicologi che intendano percorrere questa strada attrezzarsi di un repertorio specifico di conoscenze e di competenze che li metta in grado di affrontare in modo professionalmente adeguato i compiti complessi che sono chiamati a svolgere nei contesti internazionali. Ma come si configura nel concreto tale repertorio, cosa si richiede di specifico allo psicologo che opera all'interno di un programma di cooperazione allo sviluppo o di assistenza umanitaria ?

Un modo per saperlo è quello di analizzare le richieste di psicologi provenienti dalle ONG internazionali: tale operazione ci permette di conoscere i settori di intervento in cui è prevista la figura dello psicologo, i luoghi preva-



lenti di destinazione, gli incarichi a cui è destinato, le funzioni che è chiamato a svolgere e i requisiti che gli sono richiesti, oltre che, aspetto di grande interesse, i modelli di intervento oggi adottati dalle ONG internazionali in campo psicosociale, traendone un attendibile profilo dello psicologo dell'assistenza umanitaria e della cooperazione.

Settori di intervento. La maggior parte dei progetti psicosociali sono indirizzati alla tutela e riabilitazione di bambini vittime di situazioni di emergenza (profughi per eventi bellici o per catastrofi naturali, bambini-soldato, bambini di strada, ecc.) e normalmente recano la dizione *child protection*. Gli psicologi sono inoltre frequentemente richiesti nei programmi di assistenza riguardanti i rifugiati nei campi profughi organizzati in conseguenza di catastrofi naturali o guerre, quasi sempre in integrazione con altre figure professionali (personale sanitario, formatori, nutrizionisti, ecc.). L'apporto psicologico trova un suo naturale sbocco anche nell'ambito di programmi diretti all'assistenza e riabilitazione di soggetti vittime di violazioni dei diritti umani, in particolare delle donne vittime di violenze sessuali particolarmente diffuse in contesti di guerre interetniche (*gender based violence*). Non mancano infine progetti più strettamente legati alla salute mentale in cui, oltre ai necessari contenuti organizzativi e formativi, ha un'importanza rilevante la dimensione clinica. Più raramente si richiedono psicologi con funzioni di supporto agli operatori espatriati, di progettazione, supervisione e valutazione di programmi psicosociali, di reclutamento e selezione del personale umanitario, pur sottolineando come si tratti di ambiti di intervento con ampi margini di sviluppo.

Contesti di intervento. I progetti sono ovviamente localizzati nelle aree di volta in volta colpite da catastrofi naturali, emergenze sanitarie, guerre, anche se l'intervento psicologico tende a collocarsi piuttosto nelle fasi di post-emergenza, quando i bisogni di mera sopravvivenza delle popolazioni sono coperti ed è necessario un lavoro di "cerniera" per facilitare i processi ricostruttivi mobilitando le risorse locali.

Tipologie di incarichi. Gli incarichi proposti agli psicologi hanno prevalentemente un contenuto gestionale/organizzativo, che si tratti di coordinare un progetto a sé stante o specifici programmi psicosociali all'interno di progetti più ampi. Raramente è prevista la presenza di più figure di psicologi espatriati. Normalmente lo psicologo coordina personale locale ed è integrato in una équipe multidisciplinare di espatriati.

Funzioni. L'analisi delle funzioni previste per lo psicologo nei diversi progetti permette di isolare un nucleo di attività comuni a tutti, che chiameremo *funzioni principali*:

- implementazione, gestione e monitoraggio del progetto;
- identificazione dei bisogni psicosociali della popolazione colpita (*needs*)

- assessment*);
- individuazione dei referenti comunitari locali e organizzazione di comitati comunitari;
 - reclutamento di operatori locali da inserire nel progetto;
 - attivazione di moduli formativi per gli operatori comunitari locali;
 - supporto tecnico e supervisione all'attività degli operatori locali;
 - valutazione;
 - preparazione di rapporti periodici.

A seconda della tipologia del progetto e dei destinatari, sono inoltre previste *funzioni specifiche*:

- organizzare interventi di tutela e riabilitazione per i rifugiati;
- organizzare attività cliniche, sociali e ricreative per i bambini;
- organizzare sistemi comunitari di registrazione delle vittime;
- implementare reti di servizi psicosociali decentrati;
- individuare nuovi progetti;
- predisporre i criteri per programmi di microcredito;
- monitorare le violazioni dei diritti umani nella zona;
- cooperare con i rappresentanti locali comunitari per la elaborazione di strategie di prevenzione del disagio minorile.

Requisiti

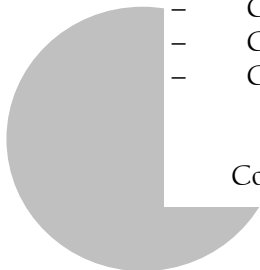
Requisiti di base

- Titolo di studio specifico.
- Conoscenze linguistiche (inglese sempre, altre lingue a seconda dei Paesi di intervento).
- Competenze informatiche.

Conoscenze e capacità generali

- Conoscenza delle fasi del ciclo del progetto.
- Conoscenza del sistema internazionale dell'assistenza umanitaria e della cooperazione allo sviluppo.
- Conoscenza delle linee guida e degli standard minimi per gli interventi psicosociali.
- Conoscenza delle problematiche transculturali.
- Capacità di mettersi in rete con le agenzie locali e internazionali.
- Capacità di scrivere rapporti.

Competenze tecnico-professionali



- Conoscenza dei modelli di assistenza psicosociale specifici per le diverse tipologie di destinatari.
- Competenza nella organizzazione e gestione di moduli formativi.
- Competenza nelle tecniche di cura e riabilitazione dal trauma.
- Competenze cliniche e psicoterapeutiche.

Caratteristiche individuali

- Capacità di tollerare gli stress.
- Capacità relazionali e di gestione dei conflitti.
- Capacità di operare in circostanze complesse.
- Sensibilità alla dimensione interculturale.

Conclusioni

L'itinerario fin qui compiuto attraverso il mondo della cooperazione e dell'aiuto umanitario ci ha portato all'identificazione di un nucleo concettuale che potrà rappresentare l'embrione di un nuovo ramo della psicologia applicata - la psicologia dell'assistenza umanitaria - e di un nuovo profilo professionale dello psicologo. Oltre agli aspetti teorici e metodologici presentati nel testo, è importante rilevare come di tale nuova professione debbano essere componenti imprescindibili due caratteristiche di fondo: la curiosità e l'irriverenza - la curiosità che nasce dalla consapevolezza dell'esistenza di tante "psicologie" quante sono le culture che abitano nel mondo e l'irriverenza verso la certezza nelle proprie teorie e la verità delle proprie rappresentazioni.

Bibliografia

- Ager, A. (2002), *Psychosocial needs in complex emergencies*, "The Lancet", 360, Supplement, 43-44.
- De Jong, J. (2002), *Trauma, War and Violence*, Kluwer Academic/Plenum Publishers, New York
- Loughry, M. & Ager, A. (2004), *Psychology & Humanitarian Assistance*, "The Journal of Humanitarian Assistance", 6, 27-36.
- Owusu-Bempah, J. & Howitt, D. (1995), *How Eurocentric psychology damages Africa*, "The Psychologist", 8, 462-465.
- Psychosocial Working Group (2004), *Psychosocial Intervention in Complex Emergencies: A Conceptual Framework*, Psychosocial Working Group, Queen Margaret University College, Edinburgh & Refugee Studies Centre, University of Oxford.
- Yule, W., Perrin, S., & Joseph, S. (1999), *Post-traumatic stress disorders in children and adolescents*. In W. Yule (Ed.), *Post-Traumatic Stress Disorders*, John Wiley & Sons, Chichester.

Criteria di massima per gli interventi psicosociali da attuare nelle catastrofi

Riassunto

Questo articolo presenta le linee guida per gli interventi psicosociali da attuare in caso di disastri approntate dal Dipartimento Nazionale della Protezione Civile (www.protezionecivile.it), approvate dalla Conferenza Stato-Regioni e in attesa di pubblicazione sulla Gazzetta Ufficiale. Vengono descritti sommariamente gli obiettivi e l'organizzazione delle equipe psicosociali, le funzioni dei loro referenti, i destinatari dei loro interventi psicosociali; i contesti di intervento; gli obiettivi formativi per gli operatori delle equipe nonché le procedure e gli strumenti di triage.

Abstract

This paper presents the guidelines for psychosocial interventions in disasters created by Dipartimento Nazionale della Protezione Civile (www.protezionecivile.it), approved by Conferenza Stato-Regioni and yet to be published in the "Gazzetta Ufficiale". The goals and organization of psychosocial teams, the tasks of their managers, the identity of the recipients of their psychosocial interventions are briefly outlined as well as intervention contexts, training goals for team members, and triage processes and instruments .

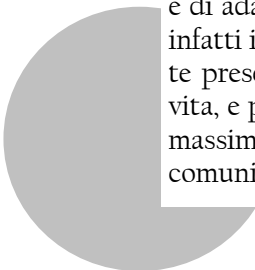
Nel contesto degli interventi a sostegno delle vittime di eventi catastrofici è necessario prestare massima attenzione ai problemi di ordine psichiatrico-psicologico che possono manifestarsi sulle popolazioni colpite e sui loro soccorritori. Essi possono palesarsi in fase acuta o evolvere in modo subdolo, con ripercussioni, anche nel lungo periodo.

I disastri, sia di origine naturale o causati dall'uomo, possono essere distinti - rif. G.U. n. 126 del 12 maggio 2001 - in base alla loro entità in :

- eventi catastrofici a effetto limitato;
- eventi catastrofici che travalicano le potenzialità di risposta delle strutture locali.

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 maxiemergenze 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 sugli individui effetti di lunga durata 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 in 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 ed 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:

- rete organizzativa, articolata in strutture di riferimento e risorse umane dedicate
- destinatari degli interventi
- scenari d'azione

Equipe psicosociale per le emergenze

Le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano dispongono affinché, in relazione alle caratteristiche geosociali e all'entità dei rischi presenti nel proprio territorio, si costituiscano equipe per il supporto psicosociale alla popolazione colpita da calamità. Tali equipe vengono identificate, di norma, utilizzando le risorse esistenti nei Servizi dipendenti dal Servizio Sanitario regionale.

Le equipe, precedentemente formate, operano nell'ambito del sistema di emergenza garantendo il proprio intervento sia in eventi catastrofici ad effetto limitato che in eventi catastrofici che travalicano le potenzialità di risposta delle strutture locali.

Obiettivi

L'equipe, in rapporto alle varie fasi dell'intervento ed agli specifici bisogni emergenti, deve poter:

- consentire la realizzazione delle manovre prioritarie per la sopravvivenza fisica dei destinatari dell'intervento e provvedere alla tutela della salute psichica attraverso l'attivazione di tutte le risorse personali e comunitarie;
- garantire, oltre alla raccolta delle domande di aiuto spontanee, processi di identificazione attiva dei bisogni;
- mettere in atto le iniziative di supporto in modo coordinato con le altre azioni previste ed attivate nella catena dei soccorsi sanitari, al fine di evitare sovrapposizioni e potenziali conflitti;
- incentivare i processi di autodeterminazione, riconoscendo ad ogni destinatario dell'intervento il diritto di operare scelte consapevoli relativamente alla propria salute;
- tutelare la dignità ed il rispetto della persona in tutte le azioni di soccorso,
- supportando la decodifica delle differenze e delle specificità culturali dei destinatari e vigilando affinché non insorgano processi di stigmatiz-

- zazione, in particolare attraverso l'etichettamento di comportamenti che potrebbero sembrare anomali se separati dal contesto in cui sono rilevati;
- porre particolare attenzione alla distribuzione delle informazioni utili ad attivare comportamenti auto protettivi e di riorientamento adattativo e fornire strumenti per facilitare la comunicazione, la comprensione e l'utilizzo delle informazioni stesse;
 - garantire la raccolta e la conservazione accurata dei dati utili all'intervento, al fine di permettere una costante azione di monitoraggio degli interventi stessi.

Organizzazione

La Regione, attraverso la propria organizzazione, individua, di norma, tra il personale dei Servizi dipendenti i componenti dell'equipe.

Il personale selezionato, che può essere integrato con ulteriori risorse identificate nell'ambito di Associazioni di Volontariato, Enti Locali, Ordini professionali ecc., dovrà essere adeguatamente formato sui compiti da svolgere in situazioni di catastrofe collettiva ed addestrato tramite specifiche esercitazioni.

L'equipe, per poter rispondere immediatamente in situazioni di emergenza, deve inquadrarsi all'interno dell'organizzazione sanitaria delle massime emergenze in modo da potersi avvalere di supporti logistici e di radiocomunicazioni. Il suo responsabile, nell'area del disastro, opererà nel rispetto delle linee gerarchiche, secondo la catena di comando e controllo fissata dalle autorità competenti.

L'equipe, che trova la sua sede di lavoro nei locali di una struttura fissa o mobile, opera in prossimità del Posto Medico Avanzato (PMA) e presso i luoghi di raccolta, smistamento e accoglienza della popolazione. Ad essa deve essere garantita la sicurezza e la riservatezza per lo svolgimento delle attività di colloquio oltre che un adeguato spazio per le attività di gruppo e di coordinamento.

I suoi operatori dovranno essere riconoscibili attraverso casacche o giubbotti di colore verde a cui va apposta la sigla "PSIC".

Referente dell'equipe psicosociale

La Regione identifica, nell'ambito della propria organizzazione, il referente della funzione di supporto psicosociale che svolge i seguenti compiti:

- coordina la stesura del Piano degli interventi dell'equipe, sulla base della conoscenza degli specifici rischi del territorio, delle strutture della rete psicosociale presenti nell'area di competenza, delle capacità ricettive di tali strutture e del personale che vi opera;



- definisce all'interno del Piano di settore le attività che l'equipe deve svolgere in emergenza nei riguardi delle vittime della comunità di riferimento e dei soccorritori, collaborando con le Istituzioni nelle varie fasi di pianificazione e prevedendo la pronta disponibilità dei materiali e dei mezzi necessari per lo svolgimento dei compiti;
- allerta l'equipe in emergenza;
- assicura l'intervento sul luogo del disastro, immediatamente dopo il verificarsi di un evento catastrofico, dirigendo gli interventi dell'equipe sotto il coordinamento del Direttore dei Soccorsi Sanitari;
- fa riferimento al responsabile della "Funzione 2" che ha il compito di gestire tutte le problematiche relative agli aspetti sanitari dell'emergenza successivamente alla costituzione dei Centri di Coordinamento (COM-CCS, ecc.);
- dispone il turn-over degli operatori;
- effettua una valutazione dei risultati acquisiti e provvede alle correzioni necessarie a migliorare il piano di interventi per eventuali emergenze successive;
- coordina in stretta collaborazione con i Servizi sanitari del territorio le attività di follow-up a lungo termine.

Destinatari

Destinatari primari degli interventi di supporto psicologico - psichiatrico in emergenza sono le vittime dirette di eventi dirompenti ed 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, volontari e 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 far mantenere o riacquistare relazioni positive e costruttive.

Nei casi in cui venga rilevata la necessità di stabilire delle precedenze per l'attivazione di azioni supporto, priorità verrà data alle fasce della popolazione più deboli e dunque a bambini ed 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 ad intervenire sul luogo della catastrofe dovrà essere garantito il loro lavoro attraverso un'azione di monitoraggio volta ad individuare segni e/o sintomi di possibili condizioni di stress e/o di disturbi psichici.

Contesti di intervento relativi all'entità dell'evento

Evento catastrofico a effetto limitato

Un evento catastrofico ad effetto limitato, secondo la definizione fornita nella G.U. n.109 del 12 maggio 2001, 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 C.O. 118 attiva il Piano straordinario dei soccorsi includendo nell'allertamento anche il Referente dell'equipe di riferimento. Questi si rapporta al Direttore dei Soccorsi Sanitari (DSS), che coordina gli interventi sanitari sul luogo del disastro.

È ipotizzabile che tale equipe debba rimanere in attività per un tempo più lungo rispetto al PMA, con cui è in continuo raccordo, per consentire di essere a 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 disordini 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.

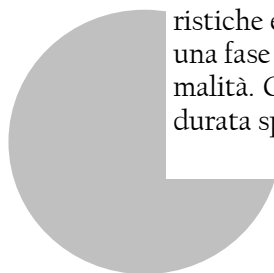
Dovranno essere attivate azioni di valutazione degli interventi realizzati durante l'emergenza con particolare riferimento alle attività svolte sul campo

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'equipe 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 ed 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, le cui caratteristiche e interventi sono sovrapponibili a quelli già descritti in precedenza, ed una fase di breve-medio termine che si conclude con la fase di ritorno alla normalità. Come per la catastrofe ad effetto limitato è difficile predeterminare la durata specifica di ciascuna fase.



Interventi a breve-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.

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

Nella fase a breve-medio termine l'equipe 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 creazione di reti alternative per il rafforzamento delle risorse locali e le strategie di solidarietà presenti all'interno delle comunità.

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 socio-assistenziali, 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'attenzione particolare poiché rappresenta una delle principali risorse utilizzabili all'interno delle strategie di prevenzione.

La conoscenza diffusa ed 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.

Le ricerche dimostrano che una parte degli stress individuali e collettivi che si sviluppano a seguito di disastri possono essere ridotti 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 a 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 far conoscere procedure comuni all'interno dei differenti scenari ipotizzati.

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

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

Allegato 1: TRIAGE

Il triage è l'insieme di criteri su cui l'operatore si basa per classificare i soggetti in classi di priorità di trattamento (gravità della condizione clinica e differibilità/indifferibilità dell'intervento terapeutico) e per indicare il tipo e le modalità di invio del paziente alle strutture sanitarie della catena dei soccorsi. Il triage deve consentire la valutazione delle conseguenze psicologiche e psichiatriche dell'evento catastrofico, essere prioritariamente rivolto alle vittime, alle categorie a rischio ed ai soccorritori che presentano un'evidente condizione di disagio che può interessare la sfera emotiva, cognitiva e comportamentale.

Particolare attenzione deve essere posta alle modalità di conduzione della valutazione, al contesto in cui essa viene effettuata, alle esigenze o priorità espresse dal soggetto, alla tutela della privacy ed al rischio di stigmatizzazione.

Procedure

Per effettuare un efficace triage, selezione che deve avvenire a tutti i livelli della catena dei soccorsi, si deve tener conto che :

- le operazioni richiedono la disponibilità di spazi adeguati che consentano un livello accettabile di privacy;
- le procedure devono essere adeguate alla peculiarità degli scenari ed essere utilizzabili
- da operatori con livelli di formazione differente;
- i protocolli devono comunque essere semplici, di rapida memorizzazione ed esecuzione, basati su criteri di assegnazione dei livelli di priorità attendibili e riproducibili;

Continua →

- le valutazioni e gli eventuali interventi effettuati devono essere sempre registrati e la documentazione relativa deve essere opportunamente conservata e prontamente accessibile;
- le operazioni di triage non devono rallentare o interferire con le altre operazioni di soccorso.

Strumenti

Per le operazioni di triage devono essere disponibili:

- Schede di triage, possibilmente in custodie impermeabilizzate, che devono seguire il soggetto nei vari trasferimenti e documentare le valutazioni effettuate ed i provvedimenti adottati. È necessario che le schede contengano almeno i seguenti dati: generalità, classe di priorità assegnata, ipotesi diagnostica, eventuali interventi effettuati, indicazioni per l'invio.
- Tags di triage, in custodie impermeabili, per la identificazione del soggetto e della classe di priorità assegnata. Per una facile identificazione, potrà essere utilizzata la sigla Psic seguita da un codice numerico (1,2,3) corrispondente alla classe di priorità assegnata.
- Presidi farmacologici per gli interventi di emergenza.

Classi di priorità

Priorità bassa (Psi 1)

Soggetti con sintomi psicopatologici lievi che richiedono interventi di supporto psicologico o trattamenti farmacologici differibili.

Priorità intermedia (Psi 2)

Soggetti con sintomi psicopatologici di gravità intermedia che richiedono una valutazione specialistica per interventi di supporto psicologico e/o trattamento farmacologico, dopo eventuale periodo di osservazione.

Priorità alta (Psi 3)

Soggetti con gravi reazioni peritraumatiche che comportano marcata riduzione dell'autonomia individuale, ridotta consapevolezza di malattia, compromissione delle funzioni cognitive, pericolosità per sé e per gli altri e pertanto richiedono interventi immediati o valutazioni specialistiche.

SCHEDA N.

SCHEDA DI TRIAGE PSICOLOGICO					
DATA:	___/___/___	OPERATORE		PSICOLOGO	PSICHIATRA
ORA:		NOME:	COGNOME:		
SEDE DELL'INTERVENTO:					
PAZIENTE					
COGNOME:			NOME:		SESSO M F
LUOGO E DATA DI NASCITA:					
INDIRIZZO:				TEL:	
LUOGO DI PROVENIENZA: <input type="checkbox"/> PMA <input type="checkbox"/> CANTIERE INDICARE INDIRIZZO:					
ACCOMPAGNATORE	NOME:		COGNOME:		TEL:
PREGRESSI PROBLEMI PSICOLOGICI			SI	NO	(specificare): _____
PREGRESSI PROBLEMI PSICHIATICI			SI	NO	(specificare): _____
TRATTAMENTI PSICOFARMACOLOGICI PRECEDENTI (specificare DOSE e POSOLOGIA):					
REAZIONE ALL'EVENTO CATASTROFICO DI CARATTERE:			VALUTAZIONE DELLE RISORSE:		
<input type="checkbox"/> ANSIOSO <input type="checkbox"/> LIEVE <input type="checkbox"/> GRAVE			<input type="checkbox"/> CAPACITA' DI COPING <input type="checkbox"/> INDIVIDUALI <input type="checkbox"/> COLLETTIVE		
<input type="checkbox"/> DEPRESSIVO <input type="checkbox"/> LIEVE <input type="checkbox"/> GRAVE			<input type="checkbox"/> DISPONIBILITA A RICEVERE AIUTO		
<input type="checkbox"/> DI SCOMPENSO <input type="checkbox"/> LIEVE <input type="checkbox"/> GRAVE					
INDICAZIONI D'INTERVENTO:					
FASE ACUTA	<input type="checkbox"/> SANITARIO <input type="checkbox"/> PMA <input type="checkbox"/> OSPEDALE/ OSPEDALE DA CAMPO				
	<input type="checkbox"/> SOSTEGNO DELL'EQUIPE PSICOSOCIALE				
FASE DI MEDIO TERMINE	<input type="checkbox"/> STRUTTURE PSICOLOGICHE E PSICHIATRICHE DEL SERVIZIO SANITARIO				
	<input type="checkbox"/> STRUTTURE SOCIO/EDUCATIVE				
INTERVENTI EFFETTUATI:					
<input type="checkbox"/> TRATTAMENTO PSICOLOGICO			<input type="checkbox"/> TRATTAMENTO FARMACOLOGICO (DOSE E POSOLOGIA): ESCLUSIVAMENTE A CURA DEL PERSONALE MEDICO		
<input type="checkbox"/> DIMESSO			<input type="checkbox"/> RIFIUTA FIRMA.....		

Allegato 2: FORMAZIONE

Gli specialisti che operano in emergenza devono essere preparati, durante la formazione, a svolgere le seguenti funzioni, rivolte alle vittime di una catastrofe:

Accoglienza. Ridurre l'esposizione dei soggetti agli eventi traumatici ed alle loro conseguenze; soddisfare i bisogni primari e pratici; facilitare la verbalizzazione delle emozioni e la condivisione delle esperienze; favorire la ricomposizione dei nuclei familiari; aiutare a riguadagnare un senso di controllo sulla situazione e favorire il recupero di un ruolo attivo ecc.

Informazione. Fornire informazioni semplici, accurate ed attendibili sulle cause, sulla evoluzione, sulle conseguenze dell'evento; sui servizi di emergenza immediatamente disponibili (accessibilità ai servizi); sulle condizioni dei familiari. Raccogliere, verificare e diffondere notizie nel rispetto delle persone coinvolte nell'evento (deceduti, vittime con danni fisici, ospedalizzati, dispersi) e degli addetti alla comunicazione. Registrare i dati delle persone assistite e degli interventi effettuati; valutare le esigenze informative di specifici gruppi (bambini e adolescenti; anziani; persone con problemi fisici e mentali) e la necessità di fornire le informazioni anche in lingue diverse.

Interventi clinici. Valutare la presenza di reazioni emotive, disturbi del comportamento e/o significative alterazioni del funzionamento cognitivo che possono essere legate ad eventuali condizioni patologiche organiche; identificare i soggetti che necessitano di assistenza psicologica-psichiatrica immediata (per condizioni acute e gravi, che possono ridurre la capacità di autonomia, intralciare le operazioni di soccorso e creare situazioni di pericolo per se e per gli altri) e coloro che richiedono ulteriori approfondimenti diagnostici; individuare coloro che richiedono interventi sanitari d'emergenza non psichiatrici; fornire interventi psicologici o psichiatrici non differibili a soggetti con gravi reazioni emotive, disturbi del comportamento, alterazioni significative del funzionamento cognitivo.

Interventi psico-sociali. Svolgere attività psicosociale individuale, familiare e di gruppo per mezzo di tecniche accreditate; effettuare interventi alle prime fasi dell'elaborazione del lutto in situazioni specifiche (identificazione dei deceduti; partecipazione a cerimonie o rituali della comunità), o su aspetti pratici (accesso ai servizi di emergenza sanitaria e sociale; accesso ai servizi amministrativi e legali per problemi finanziari, lavorativi o abitativi); svolgere interventi di consulenza individuali e di gruppo nei confronti di operatori che hanno compiti educativi o che sono punto di riferimento delle comunità.

Allegato 3: GLOSSARIO

- Catastrofe.** Evento che coinvolge un numero elevato di vittime e le infrastrutture di un determinato territorio producendo un'improvvisa e grave sproporzione, tra richieste di soccorso e risorse disponibili, destinata a perdurare nel tempo (oltre 12 ore).
- Catastrofe ad effetto limitato.** Evento che coinvolge un numero elevato di vittime, ma non le infrastrutture di un determinato territorio; è caratterizzata dalla limitata estensione temporale delle operazioni di soccorso (meno di 12 ore).
- Catena dei soccorsi.** Sequenza di dispositivi, funzionali e/o strutturali, che consentono la gestione delle vittime di una catastrofe.
- (CCS) Centro di Coordinamento Soccorsi.** Rappresenta il massimo organo di coordinamento delle attività di Protezione Civile a livello provinciale. È composto dai responsabili di tutte le strutture operative presenti sul territorio provinciale. I compiti del CCS consistono nell'individuazione delle strategie e delle operatività di intervento necessarie al superamento dell'emergenza attraverso il coordinamento dei COM.
- (COC) Centro operativo Comunale.** Centro operativo a supporto del Sindaco per la direzione ed il coordinamento degli interventi di soccorso in emergenza.
- (COM) Centro Operativo Misto.** Centro operativo che opera sul territorio di più Comuni in supporto alle attività dei Sindaci.
- (DICOMAC) Direzione di Comando e Controllo.** Rappresenta l'organo di coordinamento nazionale delle strutture di Protezione Civile nell'area colpita dall'evento disastroso. Viene attivato dal Dipartimento della Protezione Civile in seguito alla dichiarazione dello stato di emergenza.
- (DSS) Direttore dei Soccorsi Sanitari.** Medico con esperienza e formazione adeguata, presente in zona operazioni e responsabile della gestione in loco di tutto il dispositivo di intervento sanitario. Opera in collegamento con il Medico coordinatore della Centrale Operativa 118, si coordina con il referente sul campo del soccorso tecnico (VVF) e con quello delle forze di Polizia.
- DSM-IV.** Diagnostic and Statistical Manual of mental disorder, American Psychiatric Association. Manuale diagnostico statistico dei disturbi mentali, 1994.
- Funzioni di supporto.** Modalità organizzativa in cui si articolano i vari settori di attività e di riferimento all'interno dei Centri di coordinamento istituiti in emergenza. Per ogni Funzione di supporto si individua un responsabile che, relativamente al proprio settore, in situazione ordinaria provvede all'aggiornamento dei dati e delle procedure ed in emergenza coordina gli interventi.
- Funzione 2.** Funzione 2 -Sanità umana, veterinaria e di assistenza sociale- attivata a livello di Centri di coordinamento operativi in emergenza (DICOMAC, CCS, COM, COC).
- Ospedali da Campo.** Dispositivi di intervento composti da uomini e mezzi in grado di assicurare alle vittime della catastrofe un livello di cure intermedio tra il primo soccorso ed il trattamento definitivo. Offrono la possibilità di effettuare interventi chirurgici di urgenza, assistenza intensivistica protratta per più ore e degenza di osservazione clinica. Sono sinonimi di Centro Medico di Evacuazione (CME).
- (PMA) Posto Medico Avanzato.** Dispositivo funzionale di selezione e trattamento sanitario delle vittime, localizzato ai margini esterni dell'area di sicurezza o in una zona centrale rispetto al fronte dell'evento. Può essere sia una struttura (tende, containers), sia un'area funzionalmente deputata al compito di radunare le vittime, concentrare le risorse di primo trattamento e organizzare l'evacuazione sanitaria dei feriti.
- Triage.** Processo di suddivisione dei pazienti in classi di gravità in base alle lesioni riportate ed alle priorità di trattamento e/o di evacuazione.

