



Rivista di

Psicologia dell'Emergenza e dell'Assistenza Umanitaria

QUADRIMESTRALE DELLA FEDERAZIONE PSICOLOGI PER I POPOLI

Numero 4, 2010



Direttore responsabile

Giuseppe Maiolo

Direttore

Luigi Ranzato

Vicedirettore

Marilena Tettamanzi

Direzione scientifica

Paolo Castelletti

Mariateresa Fenoglio

Alfredo Mela

Comitato professionale

Presidenti delle Associazioni Regionali/Provinciali
di Psicologi per i Popoli

Redazione, grafica e impaginazione

Gabriele Lo Iacono

E-mail: gabrieleloiacono@psicologia-editoria.eu

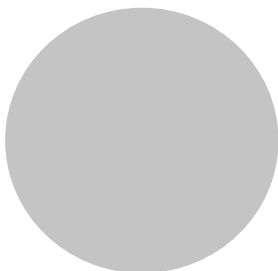
Psicologia dell'emergenza e dell'assistenza umanitaria

è edita da Psicologi per i Popoli – Federazione

via dei Monti 36

38079 Tione di Trento (TN)

E-mail: psicologixpopoli@alice.it



Psicologia dell'Emergenza e
dell'Assistenza Umanitaria

Numero 4, 2010

Indice

Marilena Tettamanzi <i>Introduzione</i>	P. 4
Luigi Ranzato <i>Il volontariato degli psicologi della Protezione Civile</i>	P. 6
Lorenza Rossi <i>Core identity e core competence dello psicologo nella cooperazione allo sviluppo e nell'assistenza umanitaria. Una ricerca</i>	P. 16
Maria Teresa Fenoglio <i>Le emozioni dei soccorritori</i>	P. 46
Giulia Spalla <i>Onna: la rinascita di una comunità ferita dopo il terremoto</i>	P. 81
Daniela Rossini Oliva <i>Provando a dare la parola agli immigrati stagionali, spesso ultimi tra gli ultimi</i>	P. 115

Introduzione

Negli ultimi dieci anni in Italia la psicologia dell'emergenza si è accreditata come importante ambito applicativo delle scienze psicologiche, collocandosi al crocevia tra le tradizionali aree di studio: essa, infatti, richiede conoscenze e competenze proprie della psicologia sociale e di comunità, della psicologia dello sviluppo, della neuropsicologia e di psicologia generale. Lavorare e studiare i contesti di emergenza presuppone, inoltre, una riflessione sugli effetti terapeutici di un intervento di supporto, chiamando in causa in questo modo i molteplici possibili approcci psicoterapeutici.

Lo sviluppo della disciplina è avvenuto in parallelo in tre diversi ambiti. Sul piano teorico si è assistito a un moltiplicarsi di studi e di pubblicazioni sui differenti aspetti psicologici connessi ai contesti di emergenza. Dal punto di vista operativo, gli psicologi sono intervenuti attivamente sul campo durante emergenze nazionali e locali, accreditando la propria professionalità e dando luogo a importanti forme di collaborazione interdisciplinari con chi da più tempo si occupa di emergenza. Infine, anche i tavoli politici e decisionali hanno iniziato a interessarsi attivamente alla psicologia dell'emergenza, riconoscendole un ruolo di grande rilevanza, come dimostrato prima dalla *Direttiva del Presidente del Consiglio sui criteri di massima degli interventi psico-sociali da attuare in caso di catastrofe* (2006) e più recentemente dal *Progetto di conclusioni del Consiglio sul sostegno psico-sociale in caso di emergenze e catastrofi*, messo a punto dal Consiglio dell'Unione Europea (2010).

Non sempre, tuttavia, questi tre ambiti di lavoro e riflessione sono in comunicazione tra loro. Tentativi di stabilire strette forme di interscambio tra queste aree sono rappresentati dal moltiplicarsi di corsi di formazione e master che trattano i differenti aspetti della psicologia dell'emergenza.

L'evoluzione di una disciplina richiede un continuo interscambio circolare tra pratica e teoria. La natura operativa della psicologia dell'emergenza richiede, inoltre, un costante aggiornamento su

ciò che accade a livello politico. In questo senso, la rivista “Psicologia dell’emergenza e dell’assistenza umanitaria”, nella sua rinnovata veste semestrale, si propone come strumento di aggiornamento e di scambio per chi intende occuparsi di questo affascinante e complesso ambito di studio e intervento, cercando di coniugare e far dialogare le differenti anime della psicologia dell’emergenza.

In coerenza con tale obiettivo, in questo numero, particolarmente ricco e corposo per dare rinnovata voce alla riflessione in questo ambito, il Presidente di Psicologi per i Popoli – Federazione, Luigi Ranzato, ci propone una sintesi del lavoro svolto fino ad ora, ricordando i principi a cui ci si ispira. Segue l’interessante articolo di Lorenza Rossi sulla rappresentazione della professionalità degli psicologi presso le agenzie che si occupano di cooperazione e assistenza umanitaria. Maria Teresa Fenoglio affronta poi da un punto di vista teorico un’altra pietra miliare della psicologia dell’emergenza, ossia le emozioni dei soccorritori. Il numero si chiude poi con due importanti esempi operativi della psicologia dell’emergenza: l’intervento a Onna dopo il sisma dell’aprile 2009 descritto da Giulia Spalla e un progetto con gli immigrati stagionali realizzato da Medici Senza Frontiere e narrato qui da Daniela Rossigni Oliva.

Buona lettura e buon aggiornamento.

Marilena Tettamanzi

Luigi Ranzato

Il volontariato degli psicologi della Protezione Civile

Riassunto

L'articolo rappresenta una sintesi-relazione delle attività svolte dall'associazione Psicologi per i Popoli – Federazione. A un anno dalla sua iscrizione nell'elenco delle organizzazioni nazionali di volontariato della Protezione Civile, l'associazione e i suoi soci si sono confrontati con l'emergenza terremoto in Abruzzo, che ha rappresentato l'occasione per confermare un modello di lavoro teoricamente fondato sul supporto psicosociale e fortemente coordinato con le molteplici forze di Protezione Civile attive nell'emergenza, grazie alle numerose esperienze precedenti. Vengono evidenziati i principi cardine dell'associazione e, parallelamente, si ribadiscono l'importanza e il senso dell'intervento psicologico nelle emergenze, il modello di intervento proposto e le attività in cui esso si articola.

Parole chiave: emergenza, psicosociale, modello, attività psicologiche.

Abstract

The article is a synthesis-report about Psicologi per i Popoli – Federation's activities. One year after the registration in the list of Civil Protection national volunteer organisations, our association and our members faced earthquake emergency in Abruzzo. This intervention was an opportunity to confirm an operational model theoretically based on psychosocial support and highly coordinated with the activities of the other organizations present in the emergency situation, thanks to many previous experiences. Theoretical principles of the association are presented. Importance and sense of psychological intervention in emergency situations are also highlighted. Finally, the article illustrates the specific psychological activities considered important in emergency context.

Key words: emergency, psychosocial, model, psychological activity.

Introduzione

La dichiarazione dello stato di calamità per l'Emergenza Sisma Abruzzo del 6 aprile 2009 ha rappresentato, per numero di volontari impiegati, tempo di intervento ed estensione della popolazione assistita, un importante banco di prova per la Federazione di Psicologi per i Popoli, un

anno dopo la sua iscrizione nell'elenco delle organizzazioni nazionali di volontariato della Protezione Civile.

Sono tuttavia numerosi gli interventi effettuati nei dieci anni precedenti dalle singole associazioni regionali e provinciali di Psicologi per i Popoli in collaborazione con le rispettive Protezioni Civili regionali per emergenze nazionali e locali. Questi interventi coprono l'intero ventaglio delle più diverse tipologie di emergenza, che si collocano temporalmente tra l'alluvione della Valle d'Aosta e della Valtellina e quella della Sardegna e la tromba d'aria di Riese; tra il terremoto del Molise e quello dell'Aquila; tra il crash aereo di Linate e gli incidenti dell'elicottero di Entreves e di Belluno; tra l'incidente ferroviario di Crevalcore e quello stradale di Fiumicino e di Etroubles; tra l'esplosione dell'edificio di via Lomellina a Milano e quello della casa del quartiere Mostacciano di Roma; tra la valanga di Valsarenche e quella della Valle di Fassa; passando per gli interventi di emergenza quotidiani legati alla collaborazione con il 118 e alla ricerca delle persone disperse.

Psicologi per i Popoli - Federazione

L'organizzazione nazionale Psicologi per i Popoli - Federazione viene costituita a Verona il 15 novembre 2003 per dare rappresentanza e coordinamento nazionale alle autonome associazioni regionali di volontariato di Psicologi per i Popoli che si erano andate costituendo a partire dal 22 novembre 1999 con iscrizione agli albi regionali e provinciali di Protezione Civile. La Federazione, dopo apposita domanda e istruttoria, il 25 febbraio 2008 viene iscritta nell'elenco nazionale delle Organizzazioni del Volontariato del Dipartimento della Protezione Civile ai sensi del DPR 194/01, e diventa componente della Consulta Nazionale del Volontariato di Protezione Civile.

Della Federazione di Psicologi per i Popoli fanno parte 22 associazioni, giuridicamente autonome a livello regionale e/o provinciale: Abruzzo, Campania, Emilia-Romagna, Friuli Venezia-Giulia, Lazio, Bergamo, Lecco, Lodi, Milano, Sondrio, Marche, Cuneo, Torino, Sardegna, Sicilia, Toscana, Siena, Pisa, Prato, Trento, Valle d'Aosta, Veneto. Per le emergenze in proiezione internazionale, nella Federazione sono presenti altre 3 Associazioni: Psicologi per i Popoli (Bolzano), Psicologi per i Popoli nel Mondo (Milano) e Psicologi nel Mondo (Torino). In totale le associazioni federate sono 25. Mediante l'utilizzo di risorse di tipo prevalentemente professionale, le associazioni di Psicologi per i Popoli si propongono la finalità di testimoniare in Italia o all'estero, con azioni e strumenti tipici della psicologia, la solidarietà

nei confronti di singoli, gruppi o popolazioni in grave stato di bisogno per calamità, guerre, sottosviluppo, migrazione e negazione dei diritti umani, indipendentemente dalla lingua, dalla religione, dall'etnia, dalla cultura e dal sesso.

I volontari iscritti alle varie associazioni regionali e provinciali sono 500, così suddivisi: 450 psicologi abilitati alla professione, con formazione post lauream in psicologia dell'emergenza; 50 volontari con funzioni logistiche o di appoggio professionale (educatori, sociologi, logisti).

Nei dieci anni trascorsi dalla costituzione della prima associazione di volontariato di Psicologi per i Popoli, è stata perseguita una precisa linea programmatica che rappresenta la "carta d'identità" della federazione e delle associazioni che ne fanno parte. Tale linea si è sviluppata in queste tre direzioni:

1. Alto livello di formazione professionale. Benché laureati e quasi tutti con specializzazione quadriennale post lauream, i volontari psicologi hanno frequentato corsi di psicologia dell'emergenza presso università e centri di alta formazione. L'addestramento è avvenuto sia a livello territoriale attraverso le esercitazioni programmate dalle varie Protezioni Civili, sia a livello nazionale in campi scuola residenziali, con supervisioni e audit interni. Inoltre, seminari annuali hanno permesso l'incontro con specialisti europei dell'area anglofona, francofona, germanica e slava.
2. Positivi e rispettosi rapporti istituzionali con le strutture nazionali e regionali della Protezione Civile. Sul rispetto della normativa del volontariato di Protezione Civile e del galateo istituzionale, la Federazione e le sue associazioni hanno costruito proficui rapporti di collaborazione che si sono concretizzati in questi anni nella stipula di protocolli e convenzioni con le Protezioni Civili regionali. A livello nazionale, con il Dipartimento di Protezione Civile la collaborazione si è espressa a molteplici livelli e in varie maniere, tra le quali: partecipazione alla commissione per la stesura della bozza dei Criteri di massima sugli interventi psicosociali da attuare nelle catastrofi (DPCM del 13 giugno 2006), partecipazione, in rappresentanza, a iniziative europee sul tema degli interventi psicosociali nell'emergenza (Carcassonne, Francia, 2003; York, Inghilterra, 2004; Nainville les Roches, Francia, 2004; Bonn,

Germania, 2004; Reichenau, Austria 2004; Bruxelles, Belgio, 2006; Vienna e Graz, Austria, 2005; Aia, Olanda, 2006; Algeri, Algeria, 2008), collaborazione alla didattica nei corsi di formazione per volontari di Protezione Civile (Castelnuovo di Porto, 2003-2007), partecipazione alle esercitazioni europee Eurosot 2006, Mesimex 2006, Sardinia 2008 e ad altre esercitazioni nazionali, programmazione dei campi scuola di Protezione Civile per psicologi (Marco di Rovereto, 2006, 2007 e 2008), collaborazione presso il DiComaC per la Funzione 2 durante l'emergenza sisma Abruzzo.

3. Piena integrazione delle squadre psicologiche nel sistema delle altre forze sul campo. Il modello di intervento psicologico nell'emergenza che la Federazione ha fatto proprio sulla base di studi approfonditi, ricerche internazionali ed esperienze concrete, si esplica sul presupposto di una reale integrazione con le altre forze di intervento che operano sul campo, nella quotidianità degli interventi fianco a fianco con gli altri volontari e superando gli stereotipi culturali secondo cui gli psicologi sarebbero professionisti distaccati dal contesto della vita reale.

Perché l'intervento psicologico nelle emergenze

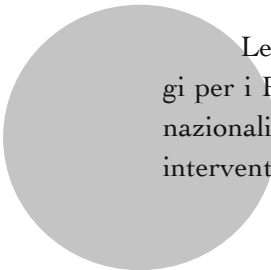
A livello internazionale, europeo e nazionale si è ormai acquisito un consenso unanime riguardo all'integrazione dell'intervento psicologico nella gestione delle emergenze. Tale consenso poggia su alcune ragioni esplicite di carattere scientifico-culturale e su esperienze sul campo documentate. Le funzioni specifiche alle quali l'intervento psicologico risponde sono:

- a) La salvaguardia della salute psichica e la promozione del benessere psicosociale per i cittadini sopravvissuti alle catastrofi. "Le catastrofi provocano grandi sofferenze alle popolazioni colpite (individui, famiglie e comunità) sia sul piano psicologico che su quello sociale. Le conseguenze che ne derivano possono essere drammatiche a breve termine, ma possono a lungo termine minacciare il benessere psicosociale e la salute mentale. Problemi sociali preesistenti all'evento catastrofico (come povertà, discriminazione, ecc.), contingenti all'evento (come la

perdita di familiari, dell'abitazione, del lavoro, ecc.) o provocati dal tipo di soccorso, possono aggravare lo stato di salute mentale. Problemi di salute mentale preesistenti all'evento catastrofico (come malattie mentali, alcolismo, ecc.) contingenti all'evento (come depressione per il lutto, ansia, ecc.) o provocati dal tipo di soccorso possono aggravare il benessere psicosociale" (Interagenzia delle Nazioni Unite, IASC Guidelines on mental health and psychological support in emergency setting, 2007).

- b) Il sostegno psicologico ai soccorritori. I soccorritori possono essere esposti ai rischi dello stress, della traumatizzazione vicaria e di altre sofferenze psicologiche in relazione alla gravità degli eventi, alla vicinanza delle vittime e della loro tipologia, alle avversità ambientali in cui si interviene, alla qualità dell'organizzazione del turnover, del team, ecc.
- c) La collaborazione nei processi decisionali e negli ambiti gestionali dell'organizzazione, della comunicazione e della formazione in emergenza. Come altre discipline, anche la psicologia fornisce importanti riferimenti teorici per la concettualizzazione di un disastro e delle sue conseguenze, e suggerisce strumenti applicativi adeguati ai vari livelli dei processi decisionali, organizzativi, comunicativi e formativi per migliorare il funzionamento della macchina delle strutture di protezione civile, là dove in particolare il "fattore umano" può condizionarne o facilitarne il raggiungimento degli obiettivi. Inoltre, l'attenzione psicologica ai bisogni dei sopravvissuti alle catastrofi permette di facilitare le operazioni di soccorso, diminuire conflitti e incomprensioni nelle comunicazioni in emergenza e prevenire le dinamiche di ostilità che possono emergere a medio e lungo termine nei confronti delle stesse organizzazioni che prestano il soccorso.

Modellistica dell'intervento psicologico



Le attività psicologiche che vengono espletate dalle squadre di Psicologi per i Popoli - Federazione sono approntate secondo le direttive dei criteri nazionali del Dipartimento della Protezione Civile (Criteri di massima sugli interventi psicosociali da attuare nelle catastrofi, DPCM del 13 giugno 2006)

e delle linee guida internazionali (IASC, Guidelines on mental health and psychological support in emergency setting, 2007; NCTSN, Psychological First Aid, 2007) calibrate in riferimento:

- alle diverse fasi temporali dell'emergenza;
- ai principi basilari dell'intervento psicosociale in emergenza (rispetto dei diritti dell'uomo ed equità; partecipazione della popolazione; per prima cosa, non nuocere; organizzare il soccorso con le risorse e capacità disponibili; integrare programmi e attività; applicare il dispositivo di sostegno multilivello);
- ai tre livelli sistemici della popolazione (individuo, famiglia e comunità);
- alle specifiche classi di popolazione (es. bambini, anziani, malati).

Repertorio delle attività psicologiche da svolgere in emergenza

Le attività psicologiche da svolgere nelle varie situazione di emergenza indicate e censite dalla Federazione di Psicologi per i Popoli sono:

1. Attività psicologiche dirette alle persone, ai familiari, alla comunità:
 - triage psicologico (con scheda) nel posto medico avanzato;
 - pronto soccorso psicologico (contatto e aggancio, sicurezza e conforto, stabilizzazione emotiva, raccolta di informazioni, assistenza pratica, collegamento alla rete di supporto sociale, informazione sulle strategie di coping, collaborazione con altri servizi);
 - assistenza psicologica ai familiari nel riconoscimento delle salme;
 - cura della comunicazione di cattive notizie;
 - colloqui di sostegno psicologico individuali e familiari;
 - intervento psicologico di gruppo.

2. Attività psicologica integrata con le altre attività di soccorso per prevenire il disagio mentale e garantire il benessere psicosociale:

- rilevazione e valutazione dei bisogni psicologici e sociali nelle tendopoli;
- promozione di soluzioni organizzative e gestionali favorevoli al mantenimento della salute psichica nelle tendopoli (tramite particolari attenzioni igieniche, alimentari, ambientali, ecc.);
- promozione e supporto di specifiche iniziative di carattere culturale, religioso, educativo, ludico e di tempo libero orientate alla ripresa della quotidianità perduta o interrotta;
- collaborazione con i capi campo nei momenti di incontro con gli ospiti delle tendopoli per comunicazioni e discussioni su argomenti legati alla convivenza nel campo, alle iniziative da intraprendere per particolari disagi comunitari, agli spostamenti, alla chiusura della struttura, ecc.;
- collaborazione con l'Istituto Nazionale di Geofisica e Vulcanologia nella promozione, organizzazione e attivazione di incontri con la popolazione su temi connessi al terremoto e sensibili anche da un punto di vista psicologico.

3. Attività psicologica di sostegno ai soccorritori:

- debriefing psicologico alle squadre di soccorritori di prima linea;
- interventi di stabilizzazione emotiva;
- colloqui individuali di valutazione e sostegno;
- promozione di iniziative per la prevenzione e gestione dello stress.

4. Attività psicologica di consulenza ai livelli direzionali:

- collaborazione nella valutazione e monitoraggio dello stress e della conflittualità nelle tendopoli o tra i soccorritori;
- collaborazione per migliorare il clima comunicativo e relazionale;
- collaborazione nella gestione degli incontri di settore al DiCo-maC per la funzione psicosociale.

La presenza in Abruzzo dei volontari di Psicologi per i Popoli

Psicologi per i Popoli - Federazione, con le sue squadre di psicologi aggregate alle colonne regionali (come quelle dell'Emilia Romagna) o in autonomia, è stata continuativamente presente in Abruzzo dal 6 aprile al 30 settembre 2009, con 386 volontari complessivi operanti in 60 tendopoli con turni settimanali di circa 30 persone, per un totale di 4.039 giornate/uomo.

Nel discorso di saluto al Sommo Pontefice Benedetto XVI, pronunciato dal Capo della Protezione Civile dott. Guido Bertolaso durante l'udienza concessa il 6 Marzo 2010 ai 7.000 volontari della Protezione Civile, sono state pronunciate parole lusinghiere anche sul lavoro degli psicologi che ci onora qui ricordare:

Tutto il mondo e la stampa internazionale si sono stupiti di fronte alle tendopoli che abbiamo creato e al numero degli ospiti, oltre 35.000, che in quelle tende hanno passato mesi giovandosi dell'assistenza dei volontari che hanno garantito pasti caldi, mense gestite come la cucina di casa, servizi sanitari allestiti con competenza e umanità, l'attività di intrattenimento per i bambini e di animazione sociale, giornate di assistenza psicologica alle persone spaventate dal passato e incerte sul proprio futuro assicurate da psicologi anch'essi volontari.

Elenco delle associazioni territoriali di Psicologi per i Popoli iscritte alla Federazione

Abruzzo

Presidente: Fabio Rossi

Campania

Presidente: Maria Grazia Santucci

Emilia-Romagna

Presidente: Raffaella Paladini

Friuli Venezia Giulia

Presidente: Piero Visentini

Lazio

Presidente: Giovanni Vaudo

Lombardia

Bergamo. Presidente: Brigida Patelli

Lecco. Presidente: Fabio Muscionico

Lodi. Presidente: Gabriella Gambardella

Milano. Presidente: Fabio Sbattella

Sondrio. Presidente: Delfo Bonenti

Psicologi per i Popoli nel Mondo Presidente: Paolo Castelletti

Marche

Presidente: Barbara Moreschini

Piemonte

Cuneo. Presidente: Donatella Galliano

Torino. Presidente: Maria Teresa Fenoglio

Psicologi nel Mondo – Torino. Presidente: Ester Chicco

Sardegna

Presidente: Ersilia Cossu

Sicilia

Presidente: Giuseppe Capizzi

Toscana

Presidente: Denise Pagano

Pisa. Presidente: Valentina Teristi

Prato. Presidente: Eva Bogani

Siena. Presidente: Giulia Spalla

Trentino Alto Adige

Trento. Presidente: Luigi Ranzato

Bolzano. Presidente: Giuseppe Maiolo



Valle d'Aosta

Presidente: Elvira Venturella

Veneto

Presidente: Luca Pezzullo

Luigi Ranzato è coordinatore nazionale della Federazione Psicologi per i Popoli.

Lorenza Rossi

Core identity e core competence dello psicologo nella cooperazione allo sviluppo e nell'assistenza umanitaria. Una ricerca

Riassunto

L'obiettivo della presente ricerca è approfondire il ruolo dello psicologo nella cooperazione allo sviluppo e nell'assistenza umanitaria, definendone le competenze e l'identità. Inoltre ci si propone di comprendere quale spazio possa avere la psicologia di comunità in questi contesti. Il metodo utilizzato è l'analisi del contenuto, che è stata effettuata su 21 interviste, di cui 12 a psicologi e 9 a referenti di agenzie umanitarie. Con la presente ricerca è stato possibile definire le funzioni dello psicologo come operatore sul campo e all'interno delle agenzie umanitarie, riscontrando una difficoltà di comunicazione tra psicologia e mondo della cooperazione. Inoltre la psicologia di comunità, nelle sue linee essenziali, emerge come proficuo strumento di lavoro in tale ambito.

Parole chiave: psicologia, cooperazione allo sviluppo, assistenza umanitaria, emergenza, psicologia di comunità.

Abstract

The purpose of this research is to examine in depth the role of psychologists in development cooperation and humanitarian assistance, defining their competence and identity. We aim also at understanding which space can community psychology have in these contexts. The method used is the content analysis, performed on 21 interviews, 12 with psychologists and 9 with humanitarian agencies. Thanks to this research it was possible to define the functions of the psychologist as an operator which works in the field and within humanitarian agencies. The author notices a difficulty in communication between psychology and cooperation world. Moreover, community psychology in general emerges as an effective tool in cooperation field.

Key words: psychology, development cooperation, humanitarian assistance, emergency, community psychology.

La presente ricerca nasce come tentativo di dare una definizione della figura dello psicologo che lavora nel campo della cooperazione internazionale allo sviluppo e dell'assistenza umanitaria. Di seguito useremo l'espressione intervento d'emergenza per indicare un lavoro svolto in contesto emergenza-

le, in Italia, con durata massima di 6 mesi, che interviene per protocolli, dove non è necessaria una spiccata sensibilità transculturale ed è imprescindibile il coordinamento con la macchina dei soccorsi. In ambito internazionale si parla di assistenza umanitaria se l'intervento è motivato da un'emergenza complessa, dura al massimo 6 mesi e procede per progetti coordinati tra agenzie di soccorso. Si parla invece di cooperazione allo sviluppo se l'intervento avviene in un contesto estero di post-emergenza, emergenza cronica o sottosviluppo, e procede per progetti a lungo termine. Tale ricerca mira ad approfondire e chiarire la core identity e la core competence di questo professionista, dal momento che è ancora privo di una precisa identità, di chiari compiti e funzioni. Il punto di partenza del presente lavoro è la ricerca condotta dal dottor Paolo Castelletti (2005) che in un incontro con un gruppo di psicologi motivati alla partecipazione a progetti di emergenza internazionale (tenutosi a Verona il 19 febbraio 2005 e organizzato da Psicologi per i Popoli) ha tracciato un profilo dello psicologo dell'assistenza umanitaria. Da questa ricerca si evince che la psicologia dell'assistenza umanitaria richiede conoscenze di psicologia delle organizzazioni, dell'età evolutiva, sociale e di comunità, clinica, transculturale e dell'emergenza, e presuppone un nucleo di conoscenze di base relative al contesto di inserimento, ai modelli di intervento e alle competenze tecnico professionali. A partire da questa ricerca e dagli interrogativi che essa lascia aperti, ho approfondito l'argomento attraverso una serie di interviste volte a conoscere il parere dei testimoni privilegiati. Si ipotizza che non siano ancora state attivate riflessioni adeguate in merito al rapporto tra psicologia e cooperazione allo sviluppo/assistenza umanitaria, e che non ci sia comunicazione tra la psicologia e le agenzie umanitarie. Inoltre, l'analisi della letteratura sembrerebbe suggerire che il suo modus operandi della psicologia di comunità sia il più adeguato per il contesto al quale ci si riferisce sebbene l'uso di tali strategie non sia ancora una pratica diffusa.

Obiettivi della ricerca

Gli obiettivi che la ricerca si prefigge sono molteplici. Il primo è descrivere il tipo di offerta e di domanda di natura "psicologica" presente nella cooperazione allo sviluppo e nell'emergenza internazionale. Questo obiettivo si suddivide in tre sottoobiettivi:

- a) tracciare un profilo dello psicologo che lavora nella cooperazione allo sviluppo e nell'emergenza internazionale, a partire dalle

caratteristiche che gli vengono attribuite da professionisti psicologi che svolgono questa attività. In particolare saranno indagati il ruolo, la funzione, la formazione necessaria e le caratteristiche che rendono più idoneo al lavoro;

- b) indagare entro le agenzie umanitarie se vi sia una domanda di psicologia, o perlomeno un bisogno che non è ancora divenuto una vera e propria domanda. In caso positivo, si vedrà come ciò si declini nello specifico, e, dunque, quale profilo venga attribuito agli psicologi da parte delle agenzie umanitarie;
- c) confrontare la domanda e l'offerta, per fare una verifica rispetto alla loro congruenza e l'eventuale scarto.

Il secondo obiettivo è studiare i costrutti e i processi propri del lavoro in contesti umanitari, gli strumenti e le terminologie usate, al fine di valutare se sono condivise, sottolineando lo scarto tra il significato dato dalla comunità scientifica e quello inteso dagli operatori. Il terzo obiettivo è accertare la congruenza tra il lavoro umanitario e la psicologia di comunità, per verificare se le tecniche proprie di quest'ultima siano utilizzabili e possano portar frutto in questo campo d'intervento.

Strumenti

In primo luogo sono state condotte delle interviste semistrutturate con psicologi e agenzie umanitarie; esse si sono svolte di persona o telefonicamente. Entro ciascuna intervista sono stati indagati i seguenti aspetti:

- a) il tipo di intervento svolto (il profilo degli psicologi o delle agenzie);
- b) i ruoli che gli psicologi hanno assunto effettivamente o che potrebbero eventualmente ricoprire;
- c) i contesti in cui lo psicologo può lavorare;
- d) il tipo di formazione auspicabile per garantire che gli operatori siano della qualità necessaria e le eventuali caratteristiche di personalità desiderate;
- e) il contributo che la psicologia di comunità può dare;
- f) gli elementi che differenziano la cooperazione, l'assistenza umanitaria e l'intervento d'emergenza e il livello di conoscenza

delle linee guida internazionali IASC¹.

In secondo luogo, sono stati analizzati i contributi forniti dagli psicologi sotto forma di articoli, report di progetti, testi nonché offerte di lavoro, proposte di corsi d'aggiornamento, esempi di modalità di lavoro.

Soggetti

I soggetti selezionati sono 12 psicologi italiani, 5 donne e 7 uomini, impiegati (attualmente o in passato) in progetti di cooperazione internazionale e assistenza umanitaria. Il 50% ha più di 40 anni, il restante 50% meno. 7 sono psicologi (uno psicologo clinico di comunità, uno con specializzazione in psicologia del lavoro e uno con formazione psico-corporea) e 5 psicoterapeuti (2 di indirizzo sistemico, uno junghiano e gli altri due non specificati). In 5 hanno una buona esperienza nella psicologia dell'emergenza, ottenuta tramite master o anni di lavoro e ricerca in questo campo. Inoltre, sono stati intervistati 9 rappresentanti di agenzie umanitarie. La scelta delle agenzie da intervistare è stata fatta sulla base di due requisiti minimi: dovevano essere italiane o avere una sede italiana e dovevano occuparsi di cooperazione e/o emergenza nei Paesi in via di sviluppo, mostrando una certa attenzione ai temi comunitari o psicosociali. Sono state contattate tramite e-mail 37 agenzie. Le risposte positive che ho ottenuto sono state 9, corrispondenti alle interviste fatte. La maggior parte delle interviste si è svolta telefonicamente (6 su 9), il restante vis-à-vis. Le agenzie intervistate erano di dimensioni diverse: 4 ridotte (meno di 20 progetti e una sede solo italiana) e 5 grandi (di cui 2 facenti parte di un network internazionale di congruen). Si tratta di 8 ONG e un ente ecclesiastico. Le sedi di tali agenzie sono tutte nel Centro-Nord Italia (Milano: 3; Roma: 2; Lecco: 1; Bologna: 1; Arezzo: 1; Torino: 1).

L'analisi dei dati

L'analisi dei dati è stata condotta tramite l'analisi del contenuto, come viene suggerita da Galimberti e Farina (1987). Il rischio da cui ci si vuole proteggere usando l'analisi del contenuto è quello di limitarsi, di fronte al testo, a una comprensione spontanea, evitando di cogliere solo le proiezioni

¹ Per specificazioni relative al testo dell'intervista, contattare l'autrice.

della propria soggettività. Il riferimento teorico di base è la grounded theory.

I corpus da analizzare sono i due blocchi di interviste, quelle agli psicologi e quelle alle agenzie.

Analisi delle interviste alle agenzie umanitarie

Interventi²

Le ONG di grandi dimensioni hanno progetti di vario genere: agricoli, economici, di prevenzione e sanitari, socioeducativi, per l'acqua, di advocacy e diritti umani, di sviluppo urbano, di formazione professionale e d'emergenza. Le più piccole, invece, tendono a intervenire privilegiando i settori educativo e formativo (4), delle infrastrutture (3), della water sanitation (3), agricolo (2), economico (2) e sanitario (1). Invece di specializzarsi in un settore e intervenire su quello in diverse aree geografiche, preferiscono scegliere una o poche zone e lavorare su diversi aspetti e diversi livelli, così da migliorare le condizioni di vita delle persone tramite un impegno più completo. Di queste 9 organizzazioni, solo 5 avevano progetti psicosocioeducativi. Tutte le agenzie lavorano attraverso partner locali che svolgono diverse funzioni, dalla richiesta d'aiuto, all'analisi della situazione, alla messa in opera; difficilmente collaborano nella progettazione. Tutte le ONG spendono gran parte delle loro risorse in raccolte fondi, con i quali 5 agenzie finanziano il lavoro del partner locale, lasciandogli la gestione del progetto e svolgendo solo una funzione di monitoraggio, mentre le altre 4 si recano sul territorio a implementare le attività del progetto. Tutte le agenzie svolgono o supportano interventi di sensibilizzazione e educazione allo sviluppo e alla mondialità in Italia. Una, inoltre, si occupa dell'inserimento degli immigrati in Italia. La percentuale di agenzie che hanno uno psicologo nello staff, nel presente campione, è del 44%; l'11% di queste ce l'ha solo all'interno dell'equipe emergenziale mentre un altro 11% non lo ha utilizzato per le competenze psicologiche da lui possedute, ma per altre. Presumiamo dunque che il 77% delle agenzie del nostro campione non abbia ancora attivato una riflessione sul ruolo della psicologia e sulla sua utilità.

² Da questo punto in poi, i numeri nel testo si riferiscono alle frequenze o al numero di volte che i concetti sono stati incontrati o richiamati dai testi. Essi danno ragione solo parzialmente dell'importanza dei concetti cui fanno riferimenti poiché tralasciano la forza, il peso e la rilevanza che a ciascuno di essi il parlante dà.

I ruoli e le funzioni dello psicologo

Ho cercato di indagare se all'interno delle agenzie fossero presenti delle figure psicologiche, se fosse mai stata sentita l'esigenza di avere una persona con tale formazione entro lo staff o se fosse anche solo stata fatta una riflessione sull'apporto eventuale di una tale figura professionale. Ho cercato poi, nell'intervista stessa, di attivare tale riflessione, portando a pensare a quali funzioni e bisogni uno psicologo avrebbe potuto rispondere. Oltre alle 9 interviste, per analizzare questo aspetto, mi sono avvalsa anche di due richieste di personale con una formazione anche psicologica³. Gli psicologi sono presenti in 10 agenzie; li si vede impegnati prevalentemente come consulenti, per fare formazioni brevi, e difficilmente come cooperanti. Infatti, tali professionisti sono presenti solo in 5 agenzie come espatriati, ma non sempre con una funzione strettamente psicologica. Gli psicologi possono essere scelti come collaboratori anche per altri tipi di competenze relative alla persona e alla sua storia più che alla sua formazione professionale. Spesso si trovano o vengono formati sul luogo del progetto figure simili, o che vengono assimilate a quelle dello psicologo. Sono facilitatori, formatori, counselor o assistenti sociali. Persone individuate all'interno delle comunità in cui si interviene, che per la loro disponibilità o sensibilità sono scelte per essere oggetto di formazioni specifiche, per lavorare nel tessuto sociale, e che, a detta di 8 agenzie su 10, sono la cosa più simile a uno psicologo a cui riescono a pensare all'interno dei loro progetti. Anzi, dicono di preferire che tali ruoli siano rivestiti da persone locali che già conoscono la realtà e godono della fiducia della popolazione. Questo fatto spinge a credere nella necessità di una delimitazione di confini della professione, di una chiarificazione delle funzioni e dei ruoli e di una formazione di un certo livello e qualità.

Riflettendo sui ruoli che lo psicologo può rivestire, si individuano le seguenti aree di azione principali:

1. il lavoro nel progetto, che consiste nel progettare e implementare l'assessment, fornire consulenza, monitorare e valutare i progetti, gestire i progetti come avviene in qualunque altra professione, dare un'impronta psicologica al progetto in fase di sviluppo;
2. il lavoro con la comunità, in cui lo psicologo lavora coi giovani di strada, riscopre le sacralità delle culture, crea gruppi di ri-

³ In conclusione, il numero di agenzie su cui si basa la presente ricerca è di 10.

- flessione, lavora all'interno di realtà educative, media, ricerca il consenso comunitario, fa opera di sensibilizzazione;
3. il lavoro con il personale locale, consistente nel promuovere un metasguardo sulla situazione vissuta, formare e supervisionare il personale locale, mediare con il partner locale, costruire e mantenere vive le reti.

Gli ambiti di azione secondari sono:

1. il lavoro con il team dell'organizzazione, attraverso i debriefing con gli espatriati, l'aiuto nelle dinamiche interne dell'ONG, la selezione e la formazione dei cooperanti e la costruzione del team;
2. il lavoro clinico, che si esplica nel supporto ai sopravvissuti, nel lavoro clinico sul trauma o con particolari categorie di utenza e nelle psicoterapie brevi.

Altre funzioni dello psicologo, meno condivise e presenti in singole agenzie, sono le funzioni di studio e riflessione (scrivere articoli sul proprio lavoro e su quello delle agenzie, elaborare un modus operandi dell'agenzia) e alcune funzioni trasversali che derivano dal fatto di essere specialisti di certe categorie di utenti e dall'esperienza nell'integrazione tra culture diverse.

La possibilità di inserire la figura dello psicologo in progetti che non siano psicologici, educativi o sociali è considerata da 6 agenzie, mentre le restanti 4 non ne vedono (esplicitamente o implicitamente) la necessità o possibilità. Un'agenzia difende la possibilità di fare intervento psicosociale anche senza psicologo e un'altra ritiene che lo psicologo sia collocabile solo all'interno dell'equipe di emergenza che si occupa del primo assessment. È bene che gli psicologi si preoccupino dello sviluppo di altri operatori non psicologici perché l'attenzione alle relazioni non sia solo appannaggio dei più emotivi e recettivi ma diventi il modo di operare delle intere agenzie. Dall'attivazione della riflessione sul possibile ruolo dello psicologo all'interno delle agenzie, sono emerse le seguenti rappresentazioni:

1. un clinico di supporto alle persone traumatizzate;
2. un facilitatore di processi (nelle ONG e sul campo);
3. mediatore;
4. un esperto psicosociale.

Di queste immagini, la prima è senz'altro la più rilevante, seppure non sia quantitativamente la più richiamata poiché, seppur presente nell'immaginario dei ruoli psicologici di tutte le agenzie, è individuata come una funzione unitaria, a differenza di un ruolo dello psicologo come per esempio quello entro il team di lavoro, per il quale è più facile individuare diversi compiti e sfaccettature (coordinamento, debriefing, selezione e formazione personale, ecc.) e dunque è più facile da sviscerare e approfondire. Queste quattro immagini emergenti sono conferma e ampliamento delle modalità in cui può essere considerato l'operatore umanitario entro l'intreccio aggressore/vittima/salvatore indicato da Losi (2006).

La funzione di mediatore appare fortemente inconciliabile con il pregiudizio delle agenzie secondo cui lo psicologo è così pieno di sé, dei suoi strumenti e delle sue conoscenze, che mai li metterebbe in discussione, ponendosi sempre in un atteggiamento di superiorità che non scende a patti, neppure con le culture. La funzione di esperto psicosociale è quella che andrebbe maggiormente potenziata per aprire un nuovo orizzonte di lavoro poiché, come hanno teorizzato lo Psychological Working Group (2003) e poi altri (IASC, 2007), è solo con la presa in carico totale della persona, da un punto di vista sia psicologico che ecologico e culturale-valoriale, che si può garantirne il benessere. La diffusione di questa funzione dello psicologo dovrebbe avvenire facendo in primo luogo comprendere che gli aspetti psicosociali e di benessere psicosociale sono tipici di ogni tipo di intervento e che vanno per questo sempre presi in considerazione al di là del carattere psicologico dell'azione.

Il ruolo della psicologia di comunità

Non è stato possibile parlare di psicologia di comunità con nessuna ONG dal momento che non era pensabile creare ulteriori distinzioni all'interno di un ambito così poco approfondito come quello della psicologia. Ho però raccolto informazioni a riguardo, attraverso l'approfondimento di alcuni temi specifici. In particolare, ho indagato: 1) come avviene l'accogliimento della richiesta d'aiuto e l'inizio della progettazione; 2) con quali strumenti e modalità si procede all'assessment della situazione; 3) quale ruolo ha la partecipazione della comunità e come viene stimolata; 4) chi sono i beneficiari degli interventi; 5) come viene pensata, in termini di sostenibilità futura, la fine del progetto; 6) come è intesa l'idea di un progetto community based o di cooperazione decentrata dal basso; 7) quali strumenti usare per raggiunge-

re la comunità. L'idea di comunità delle agenzie è diversificata: l'insieme di persone caratterizzate da un destino comune (rappresentazione più diffusa); tutte le persone che, accomunate da una vicinanza geografica e spesso culturale, costituiscono il gruppo con il quale ci si relaziona nel lavoro; l'insieme delle persone alle quali si vorrebbero portare benefici. L'accento cade poi su aspetti quali l'appartenenza etnica, territoriale o culturale, il target d'età o di lavoro, un'organizzazione locale che lavora insieme. La comunità è sempre considerata attiva e protagonista ma variano i gradi di coinvolgimento che ad essa sono riservati o gli spazi d'azione che le sono concessi. Alcune agenzie dicono di "sentire il parere della comunità" dando semplicemente ascolto alla voce dei suoi rappresentanti⁴. Nessuno si riferisce alla comunità monogenerazionale o monogruppale: il gruppo dei ragazzi di strada, per esempio, non è una comunità ma, per l'appunto, un gruppo, per il reinserimento del quale è necessario un intervento sulla comunità. In un certo senso sembra che la comunità coincida con una società ristretta. La comunità è sempre vista come soggetto bisognoso ma ciò non esclude che le sia riconosciuto uno status di risorsa capace di promuovere il suo stesso benessere. Ho analizzato il grado di coinvolgimento della comunità che le agenzie prevedono e, usando la classificazione contenuta nelle *Guidelines on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency settings* dell'Inter-Agency Standing Committee Working Group (IASC, 2007), l'ho valutato assegnando un punteggio che va da 1 (massimo) a 5 (minimo) a seconda del grado di coinvolgimento e partecipazione⁵. È stata riscontrata una distribuzione omogenea lungo tutto il continuum, con una leggera tendenza verso la minore partecipazione⁶. L'obiettivo dell'uso di tecniche comunitarie indicato dalle ONG è quello di rendere le comunità consapevoli dei loro diritti e di garantire la sostenibilità del progetto, che pare essere data proprio dal coinvolgimento comunitario e dal senso di possesso le-

⁴ Va chiarito che, nella prospettiva della psicologia di comunità, questo non è sufficiente, per quanto autorevole sia la voce di chi parla, poiché non garantisce la rappresentanza di tutti i gruppi, anche minoritari, che compongono la comunità.

⁵ Il senso dei vari punteggi è il seguente: 1: la comunità controlla il processo di soccorso e decide le risposte di soccorso con organizzazioni governative e non che provvedono all'appoggio diretto e al supporto di tali iniziative; 2: la comunità o i suoi rappresentanti hanno un ruolo di partner paritario in tutte le decisioni e attività importanti intraprese in partnership con le varie organizzazioni governative e non; 3: la comunità o i suoi rappresentanti vengono consultati in merito a tutte le decisioni principali; 4: la comunità agisce partecipa all'implementazione dell'intervento (per esempio, supportando la distribuzione di cibo o le attività di autoaiuto) mentre le decisioni importanti vengono prese dalle organizzazioni governative e non governative (che, per le decisioni meno importanti, consultano); 5: i membri della comunità non sono coinvolti nella progettazione e vengono coinvolti solo minimamente nell'implementazione delle attività di supporto.

⁶ Punteggio 1 = 1 ONG; punteggio 2 = 2 ONG; punteggio 3 = 2 ONG; punteggio 4 = 2 ONG; punteggio 5 = 2 ONG.

gato al progetto e alla propria vita. La comunità può essere allora intesa come destinataria diretta dell'intervento o come beneficiaria di secondo livello perché i vantaggi ottenuti dai beneficiari (per esempio, i bambini o gruppi di donne) si riflettono sull'intera comunità. Il primo caso è più raro, infatti più spesso la comunità è definita come beneficiaria indiretta o attiva nello svolgere il lavoro e le attività. Solo in una ONG è considerata co-progettatrice dell'intervento e ciò è possibile perché la struttura dell'ONG stessa è a tal punto multilivello da consentire un lavoro così approfondito. Gli interlocutori in loco sono i più diversi: gruppi, capi villaggio, missionari, altre ONG, altri operatori umanitari. La collaborazione spesso è con autorità e strutture locali più che con la popolazione. Gli strumenti che vengono indicati per fare lavoro di comunità sono la formazione del personale locale, che deve essere indicato dalla comunità stessa (risorse locali) ma a volte può essere anche selezionato⁷. L'impegno richiesto è però limitato, nella maggior parte dei casi, alla sola implementazione, escludendo la progettazione. Spesso i contatti con la comunità avvengono in modo informale e destrutturato, casuale, senza nessuna pretesa di cercare di raggiungere tutti, e le persone che si incontrano più facilmente sono i leader. L'educazione, le sensibilizzazioni e gli inviti a partecipare alle attività sono però rivolti a tutti, malgrado i limiti dovuti alla non attivazione della motivazione a partecipare. Prima dell'inizio dei lavori o, meglio ancora, prima della progettazione, le agenzie più sensibili dedicano una certa quantità di tempo alla valutazione del contesto, facendo attenzione a reperire le risorse locali da valorizzare - il che è un ottimo modo d'iniziare un intervento, come sottolineato nell'*Handbook of psychosocial assessment of children and Community in emergency* (UNICEF, 2005) e in *ActionAid International* (2006). Riassumendo, gli strumenti comunitari privilegiati sono:

- la responsabilizzazione delle comunità;
- gli interventi di educazione, sensibilizzazione e formazione;
- il rispetto dei tempi della comunità;
- il "fare rete" con altre realtà;
- l'ascolto dei leader.

⁷ Infatti, in alcuni Paesi, soprattutto dell'Africa subsabariana, non servono tecniche per stimolare la partecipazione: basta andare nel luogo, comunicare alle persone giuste cosa si intende fare, rispettare i tempi di reazione, e la partecipazione è quasi assicurata. A volte c'è perfino un eccesso di adesione poiché c'è molto bisogno di lavorare e tutti lo vogliono fare, anche se non tutti sono ugualmente adatti: bisogna pertanto operare delle selezioni.

Cooperazione allo sviluppo, assistenza umanitaria e interventi d'emergenza

Le agenzie definiscono la cooperazione come quell'intervento che: agisce in contesti stabili, seppure in situazione di emergenza costante (per esempio, emergenza sanitaria o alimentare); coltiva il partner locale e crea corresponsabilità; sostiene processi di sviluppo: produce reddito e mette il beneficiario nelle condizioni di "camminare da solo"; prevede nel tempo un radicamento nello stesso luogo. L'emergenza invece è caratterizzata dall'assenza di tempo per coltivare il partner, dal legame temporale e di identificazione delle priorità con l'evento disastroso e dall'invio di equipe specializzate, ed è vista a volte come occasione per entrare in un territorio, in quanto dispone sempre di finanziamenti maggiori rispetto alla cooperazione. L'assistenza umanitaria invece non è riconosciuta come un tipo specifico di intervento, ma come un'espressione vaga che indica il contesto di lavoro con popolazioni svantaggiate all'estero.

Conoscenza delle linee guida IASC

Delle 9 agenzie intervistate, 5 non conoscono le linee IASC mentre 3 le conoscono. Questo fatto può essere un chiaro segno del fatto che la psicologia non solo non è ancora entrata a pieno titolo nel mondo della cooperazione ma non è ancora neanche considerata argomento valido di approfondimento e formazione. Essendo opinione comune che la scelta di avere uno psicologo nello staff sia successiva a una iniziale curiosità per le sue funzioni, la mancanza di questo primario interesse preannuncia che dovrà ancora trascorrere molto tempo prima che la psicologia entri a far parte a pieno titolo della prassi cooperativa. C'è da dire però che forse questa convinzione non è supportata da un forte dato di realtà, in quanto ben 2 ONG che dispongono di uno psicologo non sono giunte all'inserimento del professionista nell'agenzia in modo consapevole e ragionato.

Analisi delle interviste agli psicologi

Sono stati intervistati 12 professionisti. Il primo contatto è avvenuto tramite e-mail. Gli psicologi intervistati svolgono tutti attività di cooperazione allo sviluppo o di emergenza all'estero e lavorano in Italia. Le aree appro-

fondite nell'intervista sono: la formazione professionale; la partecipazione personale a interventi e ruoli rivestiti; le eventuali altre funzioni che uno psicologo potrebbe ricoprire; il ruolo dello psicologo in progetti non prettamente psicologici; la formazione considerata necessaria e consigliata per lavorare in un'agenzia umanitaria; le caratteristiche personali che rendono uno psicologo/cooperante maggiormente idoneo; il contributo della psicologia di comunità, gli strumenti più efficaci e i contesti nei quali è più indicata; la differenza tra cooperazione allo sviluppo, emergenza e assistenza umanitaria; la distinzione tra intervento psicosociale e intervento di salute mentale; la conoscenza delle linee guida IASC.

Percorsi formativi

Dei 12 psicologi intervistati, 5 sono anche psicoterapeuti di scuole differenti. Tutti hanno una formazione postuniversitaria specifica: corsi o master sulla cooperazione o l'emergenza oppure in qualche ambito particolare di cui poi si sono occupati nel contesto cooperativo. 3 hanno svolto la tesi di laurea nell'ambito della cooperazione e 3 hanno sempre avuto un particolare interesse per questo mondo fin dall'inizio degli studi. 8 arrivano alla cooperazione in giovane età (con il vantaggio di potere stare all'estero anche per lunghi periodi, ma con una preparazione e un'esperienza limitate) mentre solo 1 esplicitamente lo considera un lavoro da scegliere in età adulta.

Interventi e ruoli

Sintetizzando le casistiche di lavoro degli psicologi, i tipi di contesto sono: contesti rurali, campi profughi, periferie di città, servizi sanitari o educativi o centri ricreativi locali, ONG/organizzazioni locali, ONG italiane, scuole o università, attendamenti o ospedali da campo, contesti urbani post-conflitto o post-disastro. È chiaro che ogni contesto porta con sé difficoltà o bisogni specifici. Le tipologie di progetto in cui sono inseriti gli psicologi sono primariamente psicosociali o di salute mentale oppure socio-educative, emergenziali, sanitarie, abitative, alimentari/nutritive, di water sanitation. Ciò mette in evidenza un dato molto importante: lo psicologo pensa che il suo contributo possa essere molto utile in qualunque tipo di progetto.

I ruoli che lo psicologo ha o può avere in progetti di aiuto umanitario sono: supervisione, selezione e formazione del personale locale; psicoterapie

brevi, supporto individuale e counseling; definizione delle linee guida per interventi psicosociali e sviluppo di modelli d'intervento. Molto frequenti sono anche i richiami a funzioni di progettazione di servizi, consulente di progetto, selezione e formazione dei cooperanti, analisi dei bisogni, valutazione di progetti, supporto ai cooperanti (in loco o al rientro), scrittura di progetti. Infine, solo pochi psicologi (uno o due per funzione) parlano di lavori di orientamento e vocational training ai giovani, creazione e mantenimento delle reti, sensibilizzazione e educazione, coordinatore d'equipe o progetto, gestione delle comunicazioni, accompagnamento alle mutazioni della comunità e lavoro psicocorporeo con la popolazione colpita. I ruoli sono molteplici e soprattutto concentrati dentro l'agenzia - funzioni di back office, non a diretto contatto con la popolazione - seppure siano proprio questi ultimi a dare maggiori soddisfazioni. 9 psicologi su 11 parlano di lavoro in prima linea e di lavoro nell'equipe e con espatriati, mentre 2 parlano solo di attività di prima linea. Consapevoli delle difficoltà di legittimazione della professione e della conseguente scarsità di assunzioni e quindi dell'esigua presenza nei progetti, lavorando nell'agenzia possono mettere le loro competenze a servizio di tutti i progetti in modo indiretto. La formazione del personale (locale o cooperante) è la fetta più grande degli interventi. Essa può essere fatta in modo cattedratico oppure partendo dalle conoscenze del posto e dalla valorizzazione di quello che loro sono (learning by doing e valorizzazione della conoscenza e culture locali). Anche la selezione del personale è spesso ripresa come una delle funzioni chiave. Lo psicologo vede un suo ruolo anche nel mantenimento e nella creazione di relazioni (dalla formazione alla gestione delle reti, dal coordinamento dell'equipe alla gestione della comunicazione). Da ultimo, ma non meno importante, la funzione di osservatore (analisi dei bisogni), co-pianificatore di cambiamenti e clinico.

Raggruppando i ruoli in categorie, emerge la classificazione illustrata nella Tabella 1. Visti i contesti, le tipologie d'intervento e i ruoli, si può affermare che lo psicologo sarebbe una utile figura anche in progetti non prettamente psicologici, come consulente, progettista e formatore nonché facilitatore di processi e autore di riflessioni sul modo di operare.

Caratteristiche di personalità che rendono idonei

Fra le caratteristiche di personalità o valoriali che rendano maggiormente idonei al lavoro umanitario, le più importanti e rilevanti sono la capacità di adattamento e la flessibilità e l'assenza di senso di onnipotenza e,

LAVORO NEL PROGETTO	Consulente di progetto; valutazione di progetti; scrittura di progetti; analisi dei bisogni; creazione e mantenimento della rete; capo progetto; progettazione e implementazione di servizi; gestione delle comunicazioni.
LAVORO CON PERSONALE LOCALE	Supervisione; selezione; formazione (anche su temi non psicologici); educazione; orientamento e vocational training ai giovani; creazione e mantenimento rete.
LAVORO CON IL TEAM DELL'ONG	Selezione e formazione ai cooperanti; supporto ai cooperanti (in loco o al rientro); coordinatore equipe.
LAVORO CLINICO	Psicoterapie brevi; supporto individuale; counseling; lavoro psicocorporeo.
STUDIO E RIFLESSIONE	Definizione linee guida per interventi psicosociali; sviluppo di modelli d'intervento.
LAVORO CON COMUNITA'	Sensibilizzazioni; accompagnamento alle mutazioni della comunità.

Tabella 1. Funzioni specifiche dello psicologo.

di conseguenza, l'apertura al diverso, la non dogmaticità, la capacità di mettere in dubbio il proprio sapere, sopportare la frustrazione, mettere da parte il protagonismo, la coscienza dell'utilità di una certa formazione, il sapersi ritagliare spazi propri, il possesso di forti motivazioni e di alcune caratteristiche relazionali tra cui quella di sapere stare soli, non perdere la neutralità, gestire le dinamica di vicinanza/lontananza, lavorare in gruppo e il fatto di avere una leadership partecipativa. A seguire, alcune caratteristiche più di personalità, quali la curiosità, la voglia di trasmettere e mettersi in gioco e una grande dose di coerenza tra ciò che si è e quello che si dice. Serve apertura mentale alle culture diverse, il che prevede capacità di cogliere la situazione, sensibilità transculturale, attenzione a valorizzare le risorse, capacità d'adattamento professionale. Meno citate direttamente ma molto importanti sono anche la mancanza di pregiudizi, la capacità di gestione delle

situazioni e dello stress, essere in grado di fare un'analisi critica delle situazioni e prima ancora di sé, e una buona resistenza fisica. Infine, un solo professionista sottolinea l'importanza di avere un'età avanzata, come garanzia di anni di esercizio della professione, sicurezza dei propri strumenti e di una certa autorità nei confronti di altri professionisti che avrebbero la tendenza a non riconoscere il ruolo dello psicologo.

Ruolo riconosciuto alla psicologia di comunità

La condizione di vita simile, il senso d'appartenenza, la vicinanza e il destino comune sono indicati come elementi prioritari capaci di creare comunità. La comunità è etica, territoriale, valoriale o di lavoro. È intesa semplicemente come il contenitore della vita del singolo o come il mezzo per arrivare a intervenire sull'individuo o come un'insieme di soggetti, ma diverso dalla somma delle sue parti (come il gruppo). L'idea di comunità è perlopiù idealizzata, ma 4 psicologi riconoscono entrambi i suoi volti. Può essere diffusa o, al contrario, dai chiari confini. È un'insieme di persone che si trovano in un campo profughi o che condividono una stessa situazione o una stessa cultura. L'esigenza non è di lavorare con una comunità ma quella di creare una comunità con cui lavorare, necessità che nasce dal momento in cui ci si rende conto del valore e dei vantaggi che la comunità può portare al benessere di chi la compone. Da uno psicologo la comunità è considerata una struttura intermedia tra individuo o famiglia e Stato. 3 psicologi fanno un parallelo tra il lavoro in ottica sistemica e quello di comunità, mostrando i loro parecchi elementi di contatto. Come per l'analisi delle risposte delle agenzie umanitarie alla domanda sul coinvolgimento della comunità, ho utilizzato la scala proposta nelle linee guida IASC. Anche in questo caso la distribuzione è eterogenea e non consente di trarre conclusioni generalizzabili sul grado di coinvolgimento e partecipazione comunitaria. Quello che emerge dalle interviste è che la comunità è sia strumento per il raggiungimento del benessere dell'individuo, che il beneficiario primo e ultimo dell'intervento. È l'entità che possiede le conoscenze necessarie per poter lavorare, è l'interlocutore principale e il richiedente aiuto. La comunità è rappresentata dai suoi leader, dalle istituzioni e dalle organizzazioni locali e dalle persone che singolarmente e in relazione la costituiscono. Sentire il parere di una comunità richiede molto tempo e la capacità di sintetizzare le molte richieste e interpretazioni che esistono. È importante usare strumenti appropriati affinché non si dimentichino i gruppi minoritari e si intervenga in modo che il

beneficio portato ad alcuni non vada a discapito degli altri. Creare alleanze con la comunità, essere da essa legittimati e potervi lavorare è la priorità da comprendere. Il problema del lavoro con le comunità è certamente tempistico, infatti è possibile impiegare mesi solo per dare voce a tutti e ottenere una prima fiducia. Inoltre, una grande difficoltà può essere anche il fatto che coloro a cui si chiede un parere non hanno mai nemmeno pensato di poterne avere uno. Molte popolazioni, culture o situazioni, creano condizioni di totale delega delle scelte ad altre persone, ai gruppi, a chi ha potere, alle tradizioni. Gli strumenti utilizzati per fare cooperazione sono molteplici e, se oggetto di un particolare aggiustamento, possono anche essere classificati come espressione della psicologia di comunità. Quelli emersi dalle interviste sono elencabili ma non particolarmente commentabili, dal momento che le loro occorrenze e co-occorrenze nelle interviste sono estremamente basse. Gli strumenti principalmente usati allora sono: intervista, ricerca etnografica, empowerment, reti, focus group, gruppi di discussione, lavoro coi leader, lavoro con le scuole, sensibilizzazione, uso dei mezzi di comunicazione, formazione del personale locale, play therapy, tecniche di rilassamento, insegnamento di meccanismi di coping, uso di tecniche di ascolto, counseling contestualizzato, coinvolgere con ruolo attivo i locali, colloquio, ascolto del partner locale, fiabe, narrazioni e teatro, eventi di comunità, periodi iniziali di studio della situazione, incontri aperti a tutti/assemblee, mediazione del conflitto e peace building, assessment con la popolazione. Di questi, gli unici ad essere citati rispettivamente 6 e 4 volte sono la formazione del personale locale e l'attivazione di gruppi di discussione. Il modo di fare cooperazione più vicino all'ottica di comunità è la cooperazione decentrata dal basso ovvero una cooperazione tra realtà locali e non tra stati nazionali. Nello specifico degli interventi, ciò che è bene mettere a fuoco è la centralità della figura della donna. La donna si presenta come il cardine della comunità e la porta attraverso cui entrarvi. Creare gruppi di discussione femminili e sensibilizzare le giovani donne ottiene risultati maggiori che qualunque altro tipo di intervento. Le donne come custodi delle tradizioni, braccia delle attività, primarie attrici del sociale, sono la leva attraverso la quale insinuare i cambiamenti. Il confine tra un buon lavoro sociale community based e un intervento di psicologia di comunità, in questi contesti in cui è difficile fare distinzioni, è estremamente sottile.

Ciò che emerge⁸ è una certa confusione e una certa discrepanza tra letteratura e linguaggio corrente anche tra gli stessi addetti ai lavori. Infatti, seppur siano sempre stati introdotti all'intervistatore tutti e tre i termini, un solo psicologo fa una chiara e netta differenziazione tra cooperazione allo sviluppo, assistenza umanitaria ed emergenza. È difficile, e secondo alcuni addirittura improduttivo, generalizzare la distinzione tra gli interventi in questo campo così complesso. Alcuni introducono una terza opzione, alternativa tra emergenza e cooperazione allo sviluppo, con caratteri propri: la post-emergenza, l'emergenza cronica (che è un'emergenza con un approccio di sviluppo) o la cosiddetta zona grigia di confine. È chiaro allora che la differenziazione principale è tra emergenza e cooperazione (addirittura, dopo la domanda, 4 psicologi non prendono nemmeno in considerazione l'espressione "assistenza umanitaria", come non fosse stato neanche introdotta) mentre uno degli intervistati dice esplicitamente che all'espressione suggeritagli non sa che significato dare. Le caratteristiche quindi attribuite alla cooperazione sono: la tendenza allo sviluppo, dunque a migliorare le condizioni di vita non nell'immediato ma creando i presupposti perché questo avvenga; la necessità di garantire la sostenibilità dell'intervento; l'adozione di in un'ottica a lungo termine; il coinvolgimento delle reti locali. L'intervento d'emergenza usa metodologie proprie e può essere visto in due modi: come un intervento "mordi e fuggi", una sorta di "tappabuchi"; come un'azione di prevenzione dello sviluppo patologico, di abilitazione delle persone a ricostruirsi creando una situazione anche migliore di quella precedente al disastro (così intesa si pone già come preparazione di un successivo intervento di sviluppo). Tutti i sostenitori del primo punto di vista sottolineano che sarebbe auspicabile che la psicologia dell'emergenza si muovesse come la seconda tesi indica, ovvero in un'ottica di sviluppo di comunità (come è descritto da Noto e Lavanco, 2000). È d'altronde possibile raccogliere consensi in alcuni punti della differenziazione. La scansione temporale: l'emergenza si colloca subito dopo una catastrofe e dura al massimo un anno; la cooperazione comincia nel momento in cui c'è qualcuno con cui cooperare, non ha vincoli di tempo (se non quelli del progetto e del finanziamento) e si pone obiettivi a lungo termine. C'è poi totale accordo rispetto alle differenze di contesto. L'emergenza si muove in una situazione in rapido mutamento, dove c'è una rottura dell'equilibrio e quindi difficoltà ad

⁸ Si sono ottenute risposte da 10 psicologi su 12.

agganciare le persone spaventate e scoordinate; d'altra parte, una forte domanda d'aiuto rende più facile produrre cambiamenti in una certa direzione. Il contesto della cooperazione invece è una situazione stabile, seppur drammatica, e più prevedibile, ma anche più radicata e difficilmente modificabile. In tutto ciò è interessante vedere il posizionamento dell'assistenza umanitaria. Tra gli intervistati, 1 la fa coincidere con l'emergenza, 3 con la cooperazione e per 1 psicologo è il contenitore generale degli interventi umanitari.

Intervento psicosociale e salute mentale

Dopo i primi colloqui è emerso inaspettatamente che non solo la letteratura ma anche chi opera sul campo non distingue chiaramente tra salute mentale e intervento psicosociale. Quest'ultimo è considerato un genere di intervento che prevede la mobilitazione della comunità, il coinvolgimento delle famiglie e dei guaritori locali come figure esperte della salute con cui interfacciarsi. Considera tutti gli aspetti della persona (economico, medico, sociale); valorizza in primo luogo gli aspetti psicologici e sociali soprattutto per le loro interconnessioni. È un tipo di intervento che si rivolge a un gruppo specifico di beneficiari ma i cui effetti sono pensati da subito come diretti a tutti (quindi, non solo indirettamente estendibili agli altri). L'accento è posto sull'interazione tra individuo e gruppo, e diventa utile se non indispensabile quando il gruppo beneficiario è estremamente esteso rispetto alle capacità di risposta e al numero di operatori. Capacity building, empowerment e resilienza sono temi centrali, strumenti principe ed effetti ricercati di un buon intervento psicosociale. Alcuni intervistati si spingono fino a dichiarare esplicitamente la sua imprescindibilità per la psicologia di comunità. Per alcuni, lo psicosociale è il contenitore degli interventi, tra cui c'è anche l'aspetto della salute mentale. Lo psicosociale si declina in tre tipologie di intervento: quello sulla comunità di base, con una presa in carico globale; la cura del singolo in situazione di particolare difficoltà (per esempio, le spose bambine); un lavoro di cura quasi psicoterapeutico seppure psicosociale, perché non dimentica mai la comunità e gli aspetti collettivi dell'evento "malattia mentale". Questi punti di vista si inseriscono nel panorama della letteratura che riconosce due ulteriori modi di intendere lo psicosociale: la Protezione Civile chiama psicosociale l'intervento congiunto di uno psicologo e un assistente sociale; lo Psychosocial Working Group indica con questo termine le dinamiche intrapsichiche contestualizzate. La salute mentale è

assimilabile più a un lavoro clinico o psicoterapeutico che tenga però presente le diversità culturali. È la presa in carico della sofferenza altrui, legata ad aspetti più individuali e di malattia mentale.

Conoscenza delle linee guida IASC

Le linee guida per la salute mentale sono conosciute da 5 psicologi, che le valutano in 3 globalmente positive e in 2 migliorabili per molti aspetti (innanzitutto perché confondono psicosociale e salute mentale, poi perché sono generiche e acontestualizzate). 3 psicologi non le conoscono e a 4 non è stata posta la domanda.

Confronto tra i due corpus

La domanda e l'offerta psicologica nella cooperazione

I professionisti intervistati sono consapevoli del loro ruolo, sono in grado di parlarne in modo articolato e approfondito tracciandone i confini e gli spazi di intervento. Per le agenzie questo aspetto è molto più nebuloso. La maggior parte non usufruiscono delle prestazioni di uno psicologo e non hanno nemmeno attivato profonde riflessioni a riguardo. Infatti, sebbene sia opportuno non generalizzare, dal momento che ci sono ONG all'avanguardia su questo fronte, il fatto che quasi tutte le agenzie non siano nemmeno a conoscenza dei contenuti delle linee guida per i progetti psicosociali porta a credere che non vi sia un interesse nemmeno puramente intellettuale per l'argomento. Lo psicologo vedrebbe utile il suo intervento in tutti i tipi di contesti anche non relativi a progetti psicosocioeducativi, diversamente dalle agenzie che non saprebbero indicare ruoli da attribuirgli in tali ambiti. Le agenzie, se stimolate, riescono a vedere come prioritaria la funzione clinica o mediativa dello psicologo, ma sempre a contatto con i beneficiari diretti sul territorio colpito. Ciò è in contrasto con l'opinione degli psicologi che, pur riconoscendo l'utilità e la bellezza del lavoro con i diretti beneficiari, rilevano che le funzioni principali di loro competenza sono all'interno dell'agenzia, non sul campo (si vedano più sopra le funzioni). Le funzioni evidenziate dagli uni e dagli altri non sono molto differenti ma viene dato loro un diverso peso. Alcune funzioni che vengono attribuite allo psicologo dagli uni e dagli altri non sono prerogativa esclusiva dello psicologo ma funzioni trasversali o ad

appannaggio di altre figure professionali. Per esempio, essere capo progetto, stilare relazioni, mediare e istruire possono essere compiti ricoperti da diverse figure. Il rischio che si corre è che lo psicologo venga considerato un esperto di tutto, rendendo fumosi i suoi confini d'azioni e faticose da comprendere le sue competenze specifiche. Gli psicologi si identificano come esperti di relazioni e consulenti/formatori. Le agenzie li vedono primariamente come clinici e poi come mediatori ed esperti di relazioni. C'è dunque una discrepanza nelle priorità. A parole le ONG dicono di vedere lo psicologo innanzitutto come clinico ma poi ne delineano le funzioni in molti modi. Ma i bisogni che indicano sono di avere degli esperti di relazioni e della gestione di gruppi, formatori, sensibilizzatori, mediatori. La psicologia non è considerata una disciplina di diretta utilità per la cooperazione, dunque vengono date risposte non psicologiche o psicologiche non professionali a bisogni che invece richiederebbero una preparazione specifica (in una ONG, per esempio, si improvvisano debriefing al rientro degli espatriati, condotti dal responsabile dell'ONG che, pur essendo una persona molto sensibile, non ha nemmeno una formazione umanistica alle spalle). Bisognerebbe far nascere la consapevolezza che la ricerca di esperti di relazioni risponde bene alla figura dello psicologo e attuare nelle agenzie la corrispondenza psicologo = clinico. Riconoscerebbero allora che al loro bisogno di un consulente delle relazioni (creatore di rete, gestione delle equipe) risponde la psicologia, che non è solo clinica. Sarà allora compito della psicologia, dopo essersi chiarita le idee lei stessa, fare in modo di creare una cultura e una consapevolezza nelle agenzie. Per concludere, le funzioni svolte sono: innanzitutto, entro il progetto; poi, col personale locale; nell'ONG; clinica; di studio. Il lavoro definito "nella comunità" è al secondo posto per le agenzie e al sesto per gli psicologi. Si identificano quindi due ambiti di intervento: sul campo e nell'agenzia. Il lavoro in agenzia, di selezione e soprattutto formazione del personale, sarebbe la via per cominciare a diffondere e in futuro garantire un'attenzione alle relazioni, alla cultura, alla comunità e alla valorizzazione delle risorse in tutti i tipi di progetto e a tutti i livelli dell'ONG. Il lavoro sul campo è distinto in tre livelli: intervento generico rivolto alla comunità; intervento sui gruppi vulnerabili; intervento clinico di tipo più psicoterapeutico. Quest'ultimo livello è caratterizzato da una certa confusione rispetto alla distinzione tra psicologo e psicoterapeuta, che non so se sia dovuta alla confusione dei confini tra professioni, derivante dalla destrutturazione del contesto d'intervento, o da una non specificata distinzione durante le interviste. È molto importante dire che in ciascuno dei tre livelli d'intervento indicati (e non solo nel primo) l'attenzione della comunità è un elemento dominante.

Trattare un gruppo a rischio (secondo livello) come gli ex bambini soldato o le donne vittime di violenza non facendo riferimento alla comunità a cui appartengono non è proficuo, proprio perché buona parte del loro malessere e disagio viene dalla condizione sociale in cui si trovano, a causa del loro stato. Allo stesso modo, trattare una persona con grave sofferenza psichica senza considerare la famiglia e ciò che la cultura considera normale o patologico o senza accettare che i guaritori locali svolgano i loro rituali di guarigione non è rispettoso né efficace ma rimane un intervento sterile e decontestualizzato. È a dir poco centrale e va assolutamente evidenziato che non è il semplice essere psicologo ad abilitare la persona a lavorare in questo ambito ma è necessaria una formazione specifica, approfondita e costante. Come se ciò non bastasse, sono necessarie anche alcune caratteristiche personali e caratteriali, sulle quali è possibile lavorare, ma che non sono facili da apprendere come delle conoscenze teoriche. Tali caratteristiche sono primarie se si lavora all'estero, direttamente con la popolazione colpita e meno centrali per il lavoro di back office. Se una ONG dovesse scegliere di avere uno psicologo nel suo team, lo sceglierebbe con certe caratteristiche che lo rendano idoneo a ogni tipo di mansione che è nelle sue competenze svolgere, e non solo con capacità di lavoro. Gli aspetti individuati dalle agenzie e dagli psicologi sono pressoché gli stessi. Ciò su cui tutti insistono è il fatto di non essere presuntuosi, non avere senso di onnipotenza e avere la capacità di fare analisi critica sulle situazioni e su se stessi. Alcune agenzie ritengono importante il fatto di avere un certo tipo di valori, di propensione e di etica, cosa che non è così rilevante per gli psicologi che, da professionisti, indicano come unico credo necessario quello della bontà del progetto e dei propri strumenti. In alcune interviste alle agenzie è emersa una riconosciuta o presunta incapacità della psicologia di uscire dalle sue roccaforti del sapere e mettersi in discussione e inculturarsi. La psicologia e il mondo della cooperazione dovrebbero confrontare le loro opinioni e i loro punti di vista per tentare di superare pregiudizi e trovare punti di contatto da cui partire.

I costrutti del lavoro umanitario

Rispetto a questo secondo obiettivo, non è stata condotta una ricerca esaustiva. Infatti si sono indagati solamente due nuclei tematici centrali: la definizione del tipo di intervento e la distinzione tra il progetto psicosociale e quello di salute mentale. Rispetto al primo tema si può dire che né il mondo delle ONG né quello degli psicologi hanno chiara la distinzione tra le tre

espressioni “cooperazione allo sviluppo”, “assistenza umanitaria” e “interventi d'emergenza”. La domanda è se questa distinzione sia necessaria o invece solo una speculazione intellettuale. Secondo gli intervistati, questo campo d'intervento è talmente complesso e lontano dai canoni e dalle categorizzazioni che si usano a livello non teorico che forse tale distinzione non è così centrale. Al di là della necessità o meno di tripartire la definizione dei tipi d'intervento (o aumentarne il numero accettando altre denominazioni proposte, quali “emergenza cronica”, “zona grigia”, “post-emergenza”), la distinzione principale tra emergenza e cooperazione è condivisa da psicologi e agenzie – fatta eccezione per i due psicologi esperti di emergenza che ne danno una definizione diversa dagli altri. La distinzione tra psicosociale e salute mentale è risultata particolarmente interessante per la rilevanza che ha rispetto alla psicologia di comunità. Non è possibile fare un confronto tra ciò che è emerso nei due gruppi di interviste. Si può dire però che il termine “psicosociale” è in generale più usato, in quanto più neutro e non connotato fortemente in senso psicologico come l'espressione “salute mentale”. Il rapporto tra psicosociale e salute mentale è incerto: per alcuni non vi è nessuna differenza, poiché entrambi hanno un'ottica curativa, preventiva e di cambiamento verso il benessere. Lo psicosociale è finalizzato alla salute mentale: agisce sugli aspetti psicologici e sociali per migliorare lo stato di vita e quindi la salute mentale. Da ciò deriva che qualunque intervento, sia esso abitativo o economico (il cambiamento di comportamento, di ruolo, d'identità, di autostima, la ricostruzione, eccetera), avendo una forte valenza psicologica, è considerabile psicosociale e migliora la salute mentale. L'elemento che sembra allora discriminare tra i due concetti è l'uso di tecniche e di un'ottica comunitaria.

Il contributo della psicologia di comunità

Per comprendere l'importanza della prospettiva comunitaria, è necessario uno sguardo trasversale attraverso tutti i temi affrontati fino a ora. Infatti, pur non avendo parlato esplicitamente della disciplina nel corso delle interviste, i riferimenti sono stati innumerevoli, spesso spontanei, altre volte stimolati da domande su scelte specifiche compiute nel corso dei progetti. Le agenzie sottolineano in modo molto meno marcato degli psicologi la necessità della valorizzazione delle risorse della comunità, dando dunque un diverso peso e senso al momento dell'assessment iniziale, che per le prime coincide con l'analisi dei bisogni e si limita al need assessment mentre per i secondi

prevede anche l'asset assessment. È più esperto di comunità lo psicologo rispetto alle agenzie, anche se questo dato non può essere generalizzato. I temi della partecipazione e del protagonismo tornano costantemente e sono valutati positivamente. Nessuno pensa di poter agire sulla popolazione senza avvalersi del suo contributo. Va meglio specificata però la differenza tra i diversi gradi di coinvolgimento e le variabili per esso più sensibili. È necessario riflettere e giungere a una definizione condivisa di community based, in modo tale che non si generino confusioni terminologiche e di senso. Il rischio corso da molte agenzie e psicologi è quello di lavorare con la comunità o per la comunità senza che questa per prima cosa si senta tale e in secondo luogo non possieda il progetto ma lo subisca. Un'altra importantissima attenzione che l'operatore deve avere è quella che lo porta a lavorare con l'interfaccia tra individuale e sociale, e non solo con l'aspetto sociale entro il quale il singolo si diffonde perdendo di protagonismo. Inoltre, come emerge dalle interviste, ci sono alcune attenzioni metodologiche da rispettare, quali un atteggiamento di ricerca azione, valorizzazione delle risorse, individuazione dei testimoni privilegiati e dei leader. Non sono mai stati citati da nessuno certi strumenti tipici della psicologia di comunità come i profili, la ricognizione sociale, l'analisi multidimensionale. Ha invece riscosso successo il tema delle narrazioni e dello sviluppo di comunità. Ciò che importa non è che si utilizzino questi termini o strumenti specifici ma che l'approccio di base sia veramente di comunità, un approccio in cui ogni persona si riconosca e veda l'altro come risorsa per il bene proprio e altrui. Dal momento che ciò non avviene esattamente, si crea una scarsa possibilità di distinguere il lavoro di psicologia di comunità da quello di un operatore sociale generico. Sarebbe opportuno mettere in dialogo le agenzie umanitarie e gli psicologi per creare momenti di discussione sui gradi di coinvolgimento e partecipazione, per comprendere che i livelli sono molteplici e che a ognuno corrispondono diversi modi di prendere le decisioni, di valutare le situazioni e rendere protagonisti, in modo da decidere a ragion veduta a quale livello di coinvolgimento puntare, sapendo quali risultati si vogliono ottenere, quante risorse è necessario mettere in campo e quanto tempo preventivare per l'intervento. Non si può trascurare quello che si presenta come il cuore dei vantaggi dell'uso della psicologia di comunità: la sua capacità di rendere sostenibile un progetto. Infatti, se il possesso è della comunità, se il progetto è condiviso, culturalmente adeguato e le persone credono di potercela fare da sole, solo allora gli effetti saranno duraturi nel tempo e si ridurrà il rischio di costruire ulteriori cattedrali nel deserto che verranno insabbiate non appena gli operatori stranieri lasceranno il sito.

Conclusioni

A partire da tutto quello che è emerso ed è stato discusso in questa ricerca, si vogliono riassumere alcuni risultati chiave, particolarmente interessanti anche alla luce delle ipotesi formulate in partenza. Si può affermare che c'è una domanda di psicologia all'interno del mondo della cooperazione e dell'assistenza umanitaria, che non è ancora del tutto esplicitata e che non sa a chi rivolgersi per trovare una risposta. L'obiettivo della psicologia dovrebbe allora essere quello di aiutare le agenzie a fare chiarezza rispetto ai loro bisogni e suggerire come risposta la sua presenza. Pare infatti che l'offerta che gli psicologi potrebbero fare alle ONG sia speculare rispetto a gran parte dei loro bisogni psicologici e possa aiutare a sciogliere alcuni nodi rispetto a questioni non prettamente psicologiche. Tale considerazione conferma anche l'ipotesi che questi due mondi siano ancora tra loro distanti e faticino perciò a comunicare. Le agenzie ritengono che gli psicologi tendano ad avere una sorta di "delirio di onnipotenza", ritenendosi esperti e indispensabili in qualunque situazione, oltre che incapaci di inculturarsi. A queste provocazioni penso possano rispondere da un lato la psicologia culturale e dall'altro la consapevolezza che dietro a qualunque comportamento, scelta o azione ci sia una mente pensante che produce l'azione e molteplici menti che la ricevono e interpretano. Ed è di queste che la psicologia si occupa! Dunque, in un progetto agricolo, per fare un esempio, lo psicologo non si occuperebbe delle sementi o della scelta dei terreni ma aiuterebbe a porsi domande sull'utilità di fornire sementi gratuitamente col rischio di creare dipendenza, stimolerebbe riflessioni sulle implicazioni dell'aumento del cibo, del diverso impiego del tempo, della gestione familiare al mutare delle abitudini e delle incombenze, eccetera.

Detto ciò la core identity, ovvero il saper essere dello psicologo della cooperazione e dell'assistenza umanitaria, coincide con l'immagine di un esperto di relazioni e di un facilitatore di processi; la sua professionalità deriva dalle sue competenze nella gestione dei gruppi e delle risorse umane e dalle sue doti di mediatore. Possiede, inoltre, la capacità di supportare le persone (siano essi cooperanti, soccorritori, personale locale o superstiti) nella gestione delle loro emozioni e dei conflitti. Ha una spiccata attenzione alle dinamiche di gruppo, ai contesti culturali e alla partecipazione e al coinvolgimento della comunità nell'intervento. Lavora entro l'agenzia umanitaria alla gestione del progetto e del personale dal momento della valutazione dei bisogni e delle risorse alla scrittura del progetto, crea network e mantiene rapporti tra i partner, seleziona e forma il personale dell'equipe e

lo gestisce durante le fasi operative, valuta l'andamento del progetto, gestisce la comunicazione entro l'agenzia e con l'esterno sull'andamento del progetto. Lavora sul campo con il partner e con gli operatori locali creando e mantenendo le reti, selezionando, formando e supervisionando il personale locale e gestendo le equipe miste o di solo personale locale; sostiene gli operatori nella valutazione d'impatto delle attività proposte e nelle scelte pratiche da attuare per sensibilizzare, affinché il criterio cardine nelle decisioni sia il benessere della popolazione, riuscendo a mediare con i tempi e le risorse a disposizione. Lavora con la popolazione di riferimento a un livello comunitario, individuando i leader comunitari, stimolando la partecipazione con sensibilizzazioni e formazioni (anche su temi non psicologici); accompagna la popolazione nei mutamenti di stili di vita, aiutando a creare continuità tra prima e dopo l'intervento e a valorizzare le identità e le peculiarità. Conduce un lavoro clinico di supporto, come debriefing, gruppi di riflessione, counseling e psicoterapie brevi con la popolazione locale, con lo staff locale e con il team di espatriati (in loco o al rientro). Lo psicologo è esperto di learning by doing ovvero elabora linee guida e spunti di riflessione che nascono dal modo di operare e dalle situazioni incontrate. Le conclusioni a cui giunge avranno la funzione di guidare le azioni future.

La core competence, ovvero il saper fare dello psicologo della cooperazione e dell'assistenza umanitaria, riguarda il possesso di competenze e conoscenze inerenti il mondo della cooperazione e dell'emergenza internazionale da un punto di vista giuridico, economico e pragmatico. Lo psicologo deve conoscere il ciclo del progetto e la sua gestione: il logical framework. Deve possedere nozioni di storia, geopolitica, antropologia e sociologia. Deve essere esperto delle funzioni dello psicologo nella cooperazione e nell'assistenza umanitaria; delle linee guida e degli standard minimi per gli interventi; della psicologia del cooperante - conoscendone le necessità, le difficoltà, i bisogni, le aspettative e le motivazioni cui può imbattersi – sia per poterlo sostenere, sia per sé in quanto egli stesso cooperante; della psicologia della comunicazione, per esercitare a livello formativo, per comunicare coi media o coi partner, per scrivere progetti e report; della psicologia di comunità e sociale, che siano per lui una forma mentis trasversale a ogni attività; della psicologia dell'emergenza; della psicologia culturale, apprendendo da essa, sapendo cosa è la cultura, cosa implica lavorare in una certa cultura, e conoscendo il significato della malattia, i riti, i ruoli e le gerarchie e come trasmettere gli strumenti in proprio possesso; della psicologia della mediazione, da usare tra culture, tra comunità, tra soggetti; della psicologia clinica, per conoscere il trauma - e

saperlo distinguere dal malessere o dalla normale reazione - la resilienza e la malattia psichica; del counseling e la riabilitazione dal trauma; dello stress e del conflitto; delle tecniche psicoeducative; delle lingue (sicuramente l'inglese e poi meglio se anche un'altra lingua).

Della seconda ipotesi riguardante l'utilità della psicologia di comunità si è già a lungo discusso, ma è interessante sottolineare che il contributo della psicologia di comunità è centrale, dato che lo psicologo in questi contesti si trova a lavorare per la grandissima parte del tempo con gruppi (anche molto numerosi) e comunità, vere destinatarie dell'intervento e uniche garanti della sostenibilità di un qualunque progetto. Nasce allora l'idea che non solo ci voglia una formazione particolare per gli psicologi, ma che questa formazione debba privilegiare il lavoro di comunità, non in senso generico, ma volto a insegnare come creare partecipazione, come stimolare il commitment e l'empowerment: insomma preparare a un lavoro di comunità che sia psicologico e community based. Inoltre si vuole sostenere che una formazione di questo tipo sarebbe più che auspicabile anche per chi non svolge un lavoro psicologico, per tutte le professioni. L'opinione di chi scrive, dopo l'analisi condotta, è che l'intervento psicosociale, dal momento che integra in sé l'aspetto psicologico e il versante sociale, sia imprescindibile dalla psicologia e dalla psicologia di comunità in particolare, e debba essere la tipologia d'intervento prioritaria nella cooperazione allo sviluppo e l'assistenza umanitaria. Valuto molto positivamente la distinzione tra i diversi gradi di coinvolgimento della comunità attuata dallo IASC ma, data la difficoltà ad incasellare alcuni tipi di intervento riscontrati, proporrei alcune modifiche, aggiungendo altri livelli intermedi e perfezionandone le definizioni come segue⁹:

1. La comunità controlla il processo di soccorso e decide e *implementa* le risposte di soccorso con organizzazioni governative e non governative *locali o estere* che provvedono all'appoggio diretto e al supporto di tali iniziative.
2. La comunità o i suoi rappresentanti hanno un ruolo di partner paritario in tutte le decisioni e attività importanti intraprese in partnership con le varie organizzazioni governative e non governative locali ed estere.
3. La comunità viene consultata riguardo a tutte le principali decisioni *e attività*.

⁹ *In corsivo le modifiche e le aggiunte effettuate sul testo originale.*

4. *Solo i rappresentanti della comunità vengono consultati riguardo a tutte le decisioni principali, ma tutta la comunità partecipa per implementare l'intervento.*
5. *Il contatto tra organizzazioni estere e la comunità locale è ridotto al contatto solo con le organizzazioni locali che collaborano all'assunzione di decisioni minori e all'attuazione del progetto.*
6. *La comunità collabora all'implementazione dell'intervento (per esempio, supportando la distribuzione di cibo o le attività di autoaiuto) mentre le decisioni importanti vengono prese dalle organizzazioni governative e non governative (ma nelle decisioni meno importanti viene coinvolta la comunità).*
7. *I membri della comunità non vengono coinvolti nella progettazione e solo minimamente nell'implementazione delle attività di supporto.*

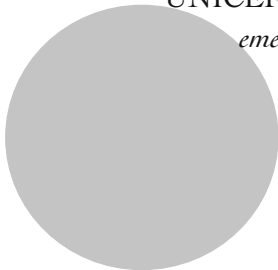
Riassumendo, gli assi che definiscono la partecipazione della comunità sono: 1) il coinvolgimento nell'assunzione di decisioni importanti; 2) il coinvolgimento nell'assunzione di decisioni secondarie; 3) il coinvolgimento nell'attuazione e implementazione del progetto. Ciò riprende il pensiero di Doherty e Carroll (2007) rispetto al community based che sarebbe allora necessario chiarire a livello giuridico e di linee guida per uniformare gli standard di intervento; si eviterebbero così fraintendimenti ed errate valutazioni dei progetti. A mio parere, tale termine non può riferirsi a progetti che non coinvolgano la comunità intesa nella sua totalità. Non è possibile che un progetto sia basato su una comunità che non ha espresso il suo punto di vista e che le priorità e le modalità di azione non siano consone alla cultura e rispettose di riti, segni, gerarchie e abitudini locali. Non si può allora parlare di community based se non vi è un need e asset assessment iniziale e in itinere, fatto in termini comunitari e dunque con gli strumenti della psicologia di comunità.

Bibliografia

- ActionAid International (2006), *Tsunami response. Psychosocial care Report*, pagina [www.reliefweb.int/rw/lib.nsf/db900sid/AMMF-6Z4J6E/\\$file/actionaid-health-apr2006.pdf?openelement.it](http://www.reliefweb.int/rw/lib.nsf/db900sid/AMMF-6Z4J6E/$file/actionaid-health-apr2006.pdf?openelement.it).
- AVSI, IRC (2002), *Psychosocial support programme: a community based intervention in Kitgum and Pader district, northern Uganda 1999-2002*, Avsi.

- AVSI (2005), *The Psychosocial program of AVSI in Uganda: a case study*, USAID.
- Black M. (2004), *La cooperazione allo sviluppo internazionale*, Carocci. Roma.
- Bonanno G.A. (2005), *Perdita, trauma e resilienza umana*, "Nuove tendenze della psicologia", 3, 339-360.
- Castelletti P. (2004), *La metafora della resilienza. Dalla psicologia clinica alla psicologia dell'assistenza umanitaria e della cooperazione*, "Nuove tendenze della psicologia", 2.
- Castelletti P. (2005a), *Verso una psicologia dell'assistenza umanitaria*, "Nuove tendenze della psicologia", 1.
- Castelletti P. (2005b), *Il profilo dello psicologo nell'assistenza umanitaria*, intervento nell'ambito dell'Incontro con psicologi motivati alla partecipazione progetti di emergenza internazionale, Verona, 19 febbraio 2005, Psicologi per i popoli.
- Castelletti P. (2006a), *La psicologia dell'assistenza umanitaria*, "Rivista di psicologia dell'emergenza e dell'assistenza umanitaria", 0, 1.
- Castelletti P. (2006b), *Laboratorio: la progettazione dell'intervento psicosociale nelle emergenze internazionali*. In AA.VV., *Atti del primo Campo Scuola Nazionale di Protezione Civile degli Psicologi dell'emergenza. Marco di Rovereto (Trento) 15-17 settembre 2006*, Psicologi per i popoli Trentino e Protezione Civile della Provincia autonoma di Trento.
- Craighero P. (2006), *Corso di psicologia di comunità. La cooperazione internazionale e il lavoro di comunità*, pagina http://www.psico.univ.trieste.it/fac/mdi-da2/comuni_1810.ppt.
- Danish Red Cross (1993), *Psychological first aid and human support*, Copenhagen.
- Direttiva del presidente del consiglio dei ministri 13 giugno 2006, *Criteri di massima sugli interventi psicosociali da attuare nelle catastrofi*, Gazzetta Ufficiale n°200 del 29 agosto 2006.
- Fenoglio M.T. (2006), *La comunità nei disastri: una prospettiva psicosociale*, "Rivista di psicologia dell'emergenza e dell'assistenza umanitaria", 0, 1.
- Freire P. (1971), *La pedagogia degli oppressi*, Mondadori, Milano.
- Galimberti C. e Farina M. (1987), *Analisi di contenuto, introduzione alle problematiche principali, appunti dal seminario A.A. 1986/87*, Centro studi e ricerche sulla famiglia, Università Cattolica del Sacro Cuore (pro manuscripto).
- IASC (1994), *Board meeting paper. Summary and analysis of comment letters (a note from the staff)*, November, Budapest.
- IASC (2007), *Guidelines on mental health and psychosocial support in emergency settings*, sul sito web www.humanitarianinfo.org/iasc.

- IFRC-RCPS (2003), *Community-based psychological support. A training manual. 1th Edition*, pagina <http://www.ifrc.org/what/healthpsycholog/manual.asp>.
- Lavanco G. (2003) (a cura di), *Psicologia dei disastri. Comunità e globalizzazione della paura*, Franco Angeli, Milano.
- Losi N. (2006), *Alcune ipotesi sugli interventi sul trauma psicologico in comunità post-conflitto*. In Papadopoulos R., *L'assistenza terapeutica ai rifugiati. Nessun luogo è come casa propria*, Ed Ma.gi, Roma.
- Losito G. (1996), *L'analisi del contenuto nella ricerca sociale*, Franco Angeli, Milano.
- Loughry M. e Ager A. (2004), *Psychology and humanitarian assistance*, "The journal of humanitarian assistance", 6.
- Modenesi L. (2008), *Lo psicologo in cooperazione internazionale; tra identità personale e di ruolo*, scritto inedito.
- Psychosocial Working Group (2003), *Working paper: Psychosocial intervention in complex emergency: a framework for practice*, sul sito web www.forcedmigration.org/psychosocial.
- Psychosocial Working Group (2004), *Considerations in planning psychosocial programs*, sul sito web www.forcedmigration.org/psychosocial.
- Psychosocial Working Group (2005a), *Reflections on identifying objectives and indicators for psychosocial programming*, sul sito web www.forcedmigration.org/psychosocial.
- Psychosocial Working Group (2005b), *Costruire una struttura concettuale per interventi psicosociali in emergenze complesse. Rapporto sul lavoro del PWG*, sul sito web www.forcedmigration.org/psychosocial.
- Rositi F. (1988), *L'analisi del contenuto*. In Rositi F. e Livolsi M. *La ricerca sull'industria culturale*, NIS, Firenze.
- Sbattella F. (2005), *Competenze psicologiche nelle emergenze: verso una definizione di ruoli e saperi*, "Nuove tendenze della psicologia", 3, 2, pp. 261-284.
- Seynaeve (2001), *Psycho-social support in situation of mass emergency. A European Policy Paper concerning different aspects of psychosocial support and social accompaniment for people involved in major accidents and disasters*, Ministry of Public Health, Bruxelles.
- Sphere Project (2004), *Humanitarian charter and minimum standards in disaster response*, sul sito web www.sphereproject.org.
- UNICEF (2005), *Handbook of psychosocial assessment of children and community in emergency*, sul sito web <http://www.unicef.org/eapro/Handbook.pdf>.



Weine S. et al (2002), *Guidelines for international training in mental health and psychosocial interventions for trauma exposed populations in clinical and community settings*, "Psychiatry", 65(2), pp.156-164.

Rossi Lorenza è socia di Psicologi per i Popoli - Milano.

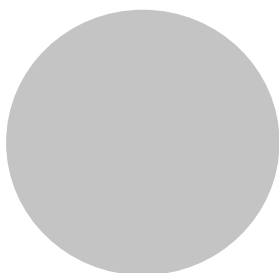
Maria Teresa Fenoglio
Le emozioni dei soccorritori

Riassunto *Il soccorritore, volontario o professionista, si trova a confrontarsi con la sofferenza umana, fisica e psicologica. L'alta esposizione a eventi potenzialmente traumatici innesca intensi vissuti emotivi nell'operatore. L'articolo pone l'attenzione sulle risposte emotive del soccorritore, partendo dalle teorizzazioni sulle possibili risposte psicologiche disturbanti per giungere poi ad una più ampia concezione delle "emozioni dei soccorritori" che evidenzia l'inevitabilità dei vissuti emotivi e la loro potenziale funzione positiva. Le emozioni sono, infatti, parte integrante del soccorso, ed è fondamentale una adeguata formazione degli operatori affinché vengano ampliate le loro capacità di gestione delle stesse. Ciò per promuovere il benessere sia dell'operatore sia di coloro che vengono soccorsi.*

Parole chiave: emozioni, soccorritori, emergenza, formazione, contesto.

Abstract *Rescuers, be they volunteers or professionals, face human physic and psychological suffering everyday. The high exposition to potential traumatic events arouses strong emotions in the operator. This article gives specific attention to rescuer's emotion reactions. It explores theories about operator's potential pathological answers and then it promotes a broader concept of "rescuers emotions": this concept points out the inevitability of emotions and their potential positive function. Emotions, in fact, are integral part of rescue. Operator training is very important to improve their ability in regulation and management of emotions. This kind of training is important to improve rescuers and victims well-being.*

Key words: emotions, rescuers, emergency, training, context.



È successo alle due di notte. Noi arriviamo in queste scene tese, dove ci sono dei liquidi, dei rottami e in genere *un corpo*, poi con la luce dei fari diventa *un po' irreale* come situazione! E il ragazzo era lì, appunto era ancora vivo, aveva una coperta sopra e avevano iniziato le pratiche rianimatorie.

All'inizio c'è lo *sgomento*, all'arrivo. Questo panorama, questo scenario all'inizio è *una botta*, innanzi tutto perché vedi che è un ragazzo, una persona giovane... può essere crudele, ma è così! Poi *scatta la professionalità*: mettersi lì e *cercare di capire* cosa c'è da fare, qual è la situazione. Capita la situazione, iniziamo con le manovre e i vari protocolli, nel nostro caso sono i soccorritori, non i medici, addetti al massaggio cardiaco. C'è il momento in cui uno può *fermarsi a pensare*... hmm... meglio non farlo mi son reso conto, perché quello sgomento iniziale dà un po' di *angoscia*... Poi l'abbiamo messo sulla barella, è arrivata l'altra ambulanza che se lo è portato via e siamo rimasti io e il mio equipaggio a raccogliere gli ultimi pezzi, i vigili del fuoco a pulire... eh... e in quel momento c'è *silenzio*, perché c'è veramente poco da dire, almeno che non ci siano delle cose tecniche di cui discutere, del tipo "questo dovevi farlo così!". C'è poco da dire, c'è solo *il dispiacere* e il pensiero... *poteva capitare anche a me!* Poi si va a dormire.

Questo racconto, offertoci da un testimone, un operatore volontario di ambulanza, è, tra i tanti possibili, particolarmente efficace per introdurci nel complesso mondo delle emozioni che la folta schiera dei soccorritori sperimenta nel proprio lavoro, sia professionale che volontario.

Le espressioni utilizzate restituiscono efficacemente il misto di *impressioni, sensazioni, emozioni, pensieri e azioni* in cui le persone si impegnano e sono immerse in un lasso temporale molto concentrato.

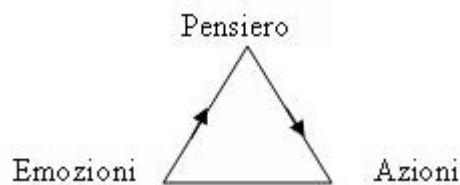
Tra le prime impressioni percettive risaltano i *dati visivi e sensoriali*: gli occhi dei soccorritori percorrono velocemente lo scenario, per individuare, in posizione tragicamente simmetrica con i "liquidi" e i "rottami", il "corpo" di un ragazzo.

La sensazione che per prima viene descritta, quella della "irrealtà", è di per se stessa una reazione fisiologica e una emozione: la sensazione di non reale, di "non vero" ("non è possibile che sia vero!") segna la linea di frattura tra la continuità di una vita e l'evento imprevisto; tra l'*accettabile* (occorre accettare senza discutere ciò che è accaduto per poter essere utili) e l'*inaccettabile* (una giovane vita che se ne va) intercorre qualche secondo nel quale il soccorritore rapidamente *si adatta*, facendo appello alle sue *capacità razionali*, vale a dire trova la quadra tra le emozioni che rischierebbero di sopraffarlo e il loro dominio. Ecco allora che "scatta la professionalità".

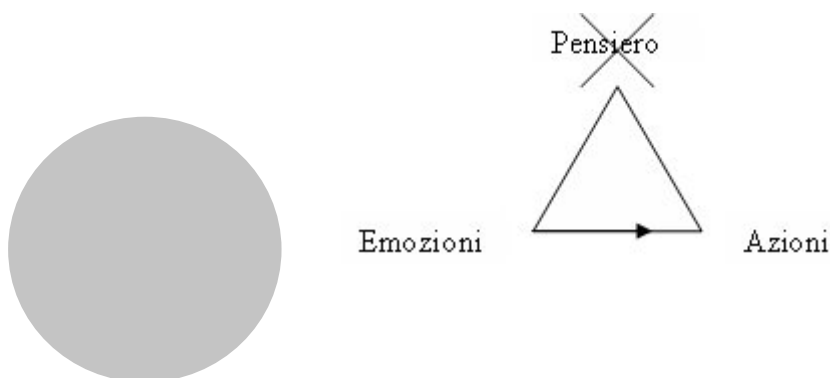
Proprio quel *distacco* (una manovra difensiva della mente) che all'origine è collegato al rifiuto di accettare la tragedia, diventa in seconda battuta strumento per operare efficacemente.

La mente, attraversata da una emozione, in questo caso lo *sgomento* e l'*identificazione* con la sorte di un giovane, *sceglie* di non posarvisi preferendo focalizzarsi sull'azione; infatti, indulgendo in quella emozione - tra le più umane che conosciamo - il soccorritore non sarebbe più in grado di operare efficacemente.

Sulla scena dell'incidente il mondo emozionale del soccorritore è perciò tenuto in bilico, in una sorta di sospensione vigile, tra forti sensazioni/emozioni e distacco, adattamento, razionalità, operatività. L'operazione complessa ch'egli realizza, e che caratterizza la specie umana, capace, a differenza degli animali, di pensare il pensiero, è di *far transitare le emozioni attraverso il pensiero*, prima che si traducano in una reazione non controllata. Così:



Non sempre tuttavia questo accade. Quando l'operatore non è sufficientemente supportato o preparato; quando le emozioni sono "troppe" per lui, o per lui/lei in quel momento; quando tutto l'ambiente circostante, compresa la propria organizzazione, sono in condizioni di stress estremo, allora può accadere che dalle emozioni si passi direttamente all'azione. Operazione pericolosa, perché irriflessiva; si parla allora di un "agito", poiché l'azione intrapresa in quel momento esclude il pensiero. Così:



La preparazione di un soccorritore avviene attraverso una serie di passaggi. Il corso teorico; lo stage; l'autoapprendimento sul campo; la guida degli anziani, il "prova ed errore"... Sono questi alcuni dei capisaldi di un percorso che i soccorritori descrivono come permanente.

Tra le competenze che essi acquisiscono sta il controllo, ed eventualmente l'utilizzo, delle emozioni. Eppure raramente il percorso formativo prevede, in maniera esplicita, la conoscenza delle emozioni, il saperle individuare, innanzi tutto, e nominare; infine accomunarle ai propri fondamentali strumenti di lavoro. Conoscerle e nominarle, infatti, favorisce la mentalizzazione e previene gli agiti.

Ci sono emozioni universalmente in atto nel lavoro del soccorso; ci sono emozioni più personali, legate al proprio carattere e alla propria biografia o, eventualmente, al particolare momento della vita che si sta attraversando. Il soccorritore, per proteggere se stesso e il proprio operato, dovrebbe conoscere le une e le altre: con la formazione, ma anche attraverso il sostegno permanente da parte di professionisti.

Lo scopo di questo articolo è quello di individuare e nominare quelle emozioni che i soccorritori mettono in campo, sottolineandone la natura, la storia nello sviluppo umano ed eventualmente del singolo individuo, e la funzione. Dare la parola alle emozioni componendone la geografia, comprenderne la natura e l'incidenza nel lavoro del soccorso può infatti contribuire da un lato ad assegnare spessore a una attività spesso considerata un mero "fare", ma che si presenta assai ricca e complessa; dall'altro, può fornire ai volontari del soccorso alcuni strumenti per proteggere meglio se stessi in situazioni di grande impatto emotivo, migliorare la conoscenza di sé e le proprie competenze relazionali.

Per far questo siamo stati aiutati dalle interviste condotte con un gruppo di loro, volontari che si spendono nel soccorso alla cittadinanza in incidenti e disastri della più varia natura. La loro presenza è ormai una acquisizione consolidata all'interno del nostro tessuto sociale, e certamente senza di loro i principi di solidarietà su cui si regge il nostro assetto di origine costituzionale andrebbero molto più frequentemente inevasi.

Chi sono i soccorritori

I soggetti di questa ricerca sono volontari impegnati nell'aiuto in situazioni di emergenza: personale volontario delle ambulanze, cioè delle diverse "Croci" (Verde, Giallo-Azzurra, ecc.; e della Croce Rossa); degli "incendi bo-

schivi”; delle comunicazioni radio; dei Vigili del Fuoco, della ricerca superstiti, della logistica... Tutti quanti coinvolti in emergenze quotidiane, ma che spesso hanno vissuto tragedie perpetuate in Italia o in paesi più lontani, come l'ex Jugoslavia.

Ma che cosa si intende con il termine “soccorritori”?

In Italia col termine “personale di soccorso” si intendono numerose categorie di *helper*.

Tra loro si annoverano:

- gli operatori “Search and Rescue” (ricerca e salvataggio superstiti)
- il personale addetto al controllo degli incendi;
- gli autisti dei mezzi di soccorso
- il personale medico e paramedico
- i professionisti della mente (psicologi e psichiatri)
- il medico legale e il suo staff
- la Polizia, le Forze dell’Ordine, gli investigatori
- il personale religioso
- il personale dei servizi sociali
- gli addetti alla comunicazione
- i logisti
- le Prefetture
- i decisori degli Enti Locali (Comuni, Province, Regioni)
- i volontari delle organizzazioni del soccorso.¹

Questo personale, in tutto e in parte, nelle sue componenti professionistiche o di volontariato, a sua volta è parte organica della Protezione Civile Italiana. Un particolare ruolo, specialmente nelle emergenze di ordine quotidiano, è svolto dal volontariato di Pubblica Assistenza, che opera quotidianamente, attraverso il sistema 118.²

¹ Tra questi, le organizzazioni denominate *Enti Morali*, come le diverse “Crocì”, e il volontariato di Protezione Civile, che annovera, tra gli altri, i gruppi cinofili e subacquei, i gruppi di radioamatori, gli speleologi, il volontariato per l’antincendio boschivo e per il soccorso alpino, ecc...

² Questo tipo di volontariato ha origine nella cultura dell’Italia risorgimentale. La costituzione dello Stato unitario nel 1861, con l’estensione dello Statuto Albertino a tutta Italia, favorì la libertà di associazione, in un contesto sociopolitico che escludeva molti cittadini dall’esercizio dei diritti civili e da qualsiasi partecipazione attiva allo sviluppo dello Stato stesso. Al momento risultano iscritte nell’elenco nazionale del Dipartimento di Protezione Civile circa 2.500 organizzazioni volontarie, per un totale di oltre 1.500.000 volontari disponibili (AA.VV., *Il volontariato di Protezione Civile*, 2002; www.volontariato.org/protciv.btm).

Nei loro diversi percorsi formativi, i soccorritori hanno un breve contatto con le dimensioni psicologiche; questo argomento solitamente occupa un paio d'ore di aula, e si concentra o sulla "comunicazione" con le vittime o sul problema dello "stress" del soccorritore. È tuttavia luogo comune che questi brevi interventi formativi non riscontrino le simpatie dei partecipanti, molto più protesi verso problematiche di tipo tecnico.

La considerazione circa il ruolo delle emozioni nel lavoro del soccorso ha una storia piuttosto breve, in particolare in Italia. Secondo Agostino Miozzo, responsabile del settore internazionale della Protezione Civile Italiana, che ha curato la prefazione del libro *L'assistenza psicologica nelle emergenze* (Young et al., 2002), all'inizio degli anni Ottanta, quando le operazioni di aiuto umanitario ai Paesi poveri iniziavano ad avere un ruolo significativo nella politica estera di quelli più sviluppati, i problemi di salute mentale non erano certamente considerati tra i temi prioritari. E particolarmente sotto silenzio passava l'impatto psicologico vissuto dall'operatore del soccorso e dell'aiuto umanitario. In Italia, è a partire dalle "grandi emergenze", in particolare da quelle connesse con il conflitto nell'ex Jugoslavia e la missione Arcobaleno che le dimensioni psicologiche delle vittime e dei soccorritori hanno cominciato a trovare spazio nella pratica e nella letteratura.³

In altri Paesi europei ed extraeuropei, invece, queste tematiche hanno trovato maggiore attenzione all'interno della formazione degli operatori, e hanno portato alla costituzione di gruppi per l'aiuto psicosociale, secondo una terminologia entrata ormai a far parte del mondo del soccorso a livello internazionale (Seynaeve, 2001).

Le tematiche delle emozioni vissute dal soccorritore, analizzate ad oggi prevalentemente dalla letteratura anglosassone, tendono a venir collocate all'interno di tre principali contenitori concettuali i quali, pur nei limiti che certamente presentano, quali un certo schematismo e la tendenza a considerare più l'aspetto patologico che la capacità di reazione dei singoli e la risorsa rappresentata dalle emozioni, vanno in ogni caso tenuti presenti.

³ In Italia, l'intervento dello psicologo è regolarmente previsto e, nel caso di catastrofi, demandato alle ASL di competenza territoriale (Decreto Ministeriale del 13/02/01). I Criteri di massima per l'organizzazione dei soccorsi sanitari nelle catastrofi, pubblicati sul supplemento ordinario alla GU n. 109 del 12 maggio 2001, art. 1.6 e 1.7, sanciscono gli interventi sanitari nelle zone colpite da un'emergenza. Nell'art. 1.6 viene specificato che lo svolgimento delle funzioni di coordinatore è demandato al "responsabile medico della Centrale operativa 118 e/o dei servizi del Dipartimento di Prevenzione dell'ASL"; all'art. 1.7, si afferma che la "medicina delle catastrofi" deve provvedere a: primo soccorso e assistenza sanitaria, interventi di sanità pubblica, attività di assistenza psicologica e di assistenza sociale alla popolazione. Vengono inoltre chiamati in causa gli psicologi e in particolare gli Ordini Regionali e l'Ordine Nazionale..

Stress, burn-out, trauma

Stress

Il termine stress gode di un ampio consenso, tanto che nei recenti corsi promossi dalla Commissione Europea per formare il personale che verrà a costituire la moderna Task Force di Protezione Civile dell'Unione, il problema delle emozioni dei soccorritori è stato fatto risalire principalmente a questo primo concetto. Il termine, ampiamente usato anche nel linguaggio comune, sembra particolarmente adatto a descrivere quella particolare forma di tensione di chi deve assumere decisioni e far funzionare un meccanismo in condizioni di urgenza ed emergenza, in ambienti disagiati, e in contesti complessi e spesso estranei.

Il termine ha un'origine latina. Per indicare la sensazione che oggi colleghiamo alla parola stress i latini utilizzavano il verbo "stringere", in particolare il suo participio passato "strictus" nel senso di "stretto", "serrato" (Cox, 1978).

In epoche successive gli inglesi estesero il suo significato a "difficoltà", "avversità", "afflizione" e a cavallo dei secoli XVIII-XIX vi compresero anche i termini "pressione", "tensione", "sforzo" (Mainardi Peron e Saporiti, 1995, p.11; vedi anche Pancheri, 1983). Da qui il termine "stress" oggi universalmente assunto e utilizzato.

È però solo negli anni Quaranta che l'uso del termine passa dalle scienze fisiche (dove indicava l'interazione tra una forza e la resistenza ad essa opposta) alle scienze mediche e biologiche, per indicare lo stato di tensione o di resistenza di una persona che si oppone a forze esterne che agiscono su di essa.

Da un punto di vista scientifico, con il termine stress si intende la risposta aspecifica di un organismo ad ogni richiesta che proviene dall'ambiente esterno o interno dell'individuo e ne richiede un adattamento (Cannon, 1956; Selye, 1956). In altre parole, quando l'ambiente esterno fa richieste fuori dall'ordinario, l'essere umano concentra le sue energie raggiungendo uno stato di tensione finalizzato a dare una risposta e una risoluzione. Senza stress, molti problemi non troverebbero una risposta e il nostro adattamento ambientale sarebbe minore.

È per questo motivo che si parla di "eustress", o stress positivo, a indicare un certo tipo di tensione che ci sostiene verso la meta come avviene, per esempio, in qualsiasi tipo di gara.

Lo stato di tensione, tuttavia, può estendersi eccessivamente nel

tempo, diventando un rischio per la nostra salute; come anche presentarsi sotto forma di stress negativo, in relazione a episodi o a condizioni di vita particolari. Si parla perciò di stress lavorativo, di stress urbano, di stress familiare, ecc. Esso inoltre può essere “acuto” o diventare cronico.

Certamente, anche nel caso di alcuni dei nostri intervistati si possono ravvisare situazioni di stress. Positivo quando, come nel caso del soccorritore citato, tutti i nervi sono tesi a far fronte a una emergenza nella maniera più efficiente. Negativo quando, per esempio, si vive l’esperienza frustrante di lavorare senza i mezzi e l’organizzazione adeguati al compito, o più in generale quando il compito è superiore alle proprie energie.

Il compito che spetta al soccorritore richiede che questi sviluppi una serie di competenze legate proprio alla *gestione dello stress*, per esempio:

- tolleranza dell’incertezza e dell’errore;
- capacità creative (arrangiarsi con le risorse disponibili);
- capacità di lavorare in squadra;
- stabilità emotiva;
- capacità di cogliere le caratteristiche del contesto sociale e umano (comprese le differenze culturali) e di adattarvi.

Una efficace gestione dello stress comprende anche la sfera extralavorativa: per esempio la capacità di “staccare” e di non fare ricadere i problemi lavorativi sui familiari; la capacità di mantenere buoni livelli di autostima a fronte di insuccessi; o quella di saper utilizzare al meglio le risorse offerte dai legami di squadra e la leadership della propria organizzazione.

Tale gestione dello stress assume il nome di *coping*, cioè “far fronte”, “reagire a”. La capacità del singolo di far fronte a situazioni difficili dipende da molti fattori; alcuni di questi hanno a che fare con le caratteristiche personali; altri con fattori ambientali, quali il maggiore o minore aiuto da chi ci sta vicino, o il tipo di organizzazione in cui siamo inseriti.

In situazioni di stress mettiamo in atto generalmente due modalità di coping: una, di tipo più razionale, “centrata sul problema”; si tratterà quindi di impegnarsi a cambiare le condizioni oggettive del proprio ambiente per tornare a stare bene.

L’altra, più emozionale, è una strategia che mira a modificare la propria percezione soggettiva in origine spiacevole e le emozioni negative ad essa connesse. Per esempio, giungere a pensare alle difficoltà come a opportunità. È molto diverso infatti definire un certo evento stressante una minaccia, una sfida o un danno (Lazarus, 1966; 1978).

I soccorritori con esperienza sono il più delle volte passati spontaneamente attraverso le diverse fasi e modalità della gestione dello stress; è una forma di preparazione che si acquista con il tempo ma che può venir facilitata e trasmessa. Numerose interviste realizzate in questa ricerca fanno riferimento a questo continuo “processo di apprendimento” di abilità di coping.

Poiché è importante saper individuare, regolare e utilizzare i segnali offerti dallo stress elaborando strategie personali per farvi fronte,⁴ è utile avere consapevolezza di questi processi.⁵

Burn-out

Il concetto di *burn-out* (letteralmente, “bruciarsi”), risale alla seconda metà degli anni Settanta (Maslach, 1973; 1976).

Da questi primi studi il *burn-out* venne definito come una sindrome di esaurimento emozionale, di spersonalizzazione e di riduzione delle capacità personali che può presentarsi in soggetti che per professione si occupano della gente. Si tratta di una reazione alla tensione emozionale cronica creata dal contatto continuo con altri esseri umani, in particolare quando si hanno problemi o motivi di sofferenza.

Una definizione sintetica parla di “fallire, logorarsi o essere esauriti a causa di una eccessiva richiesta di energia, resistenza o risorse” suggerendo che lo stato di *burn-out* sia l’esaurimento emotivo conseguente a un sovraccarico (Galimberti, 1999).

Se si confronta il concetto di stress con quello di *burn-out*, si può osservare che quest’ultimo costituisce una sorta di “secondo stadio”, anticipato dallo stress.

Il primo stadio, quello dello stress, implica uno squilibrio tra risorse disponibili e richiesta. Il secondo stadio, invece, è caratterizzato dalle sensazioni di ansietà, tensione, fatica, e da risposte che sono deviate rispetto alle modalità equilibrate di affrontare le situazioni. In una terza fase, la persona

⁴ La possibilità di diminuire gli effetti negativi dello stress attraverso il miglioramento delle abilità di coping è stata approfondita, dal punto di vista clinico, da Meichenbaum, che ha messo a punto una specifica procedura, il Training di inoculazione dello stress (*Stress inoculation training*). Tale procedura consiste nell’aiutare il soggetto, in un setting protetto, a sviluppare le proprie risorse e capacità di gestione dello stress.

⁵ La questione dell’efficacia delle strategie utilizzate dai soggetti in situazioni altamente stressanti è stata oggetto di grande attenzione da parte dei ricercatori che si sono occupati del fenomeno della *resilience*, ossia la capacità dei soggetti di resistere a eventi stressogeni ad alto impatto ed avere esiti evolutivi positivi..

colpita da burn-out erige una sorta di muro tra sé e le persone di cui si occupa, in modo da difendersi da stimoli ormai insopportabili. L'operatore a questo punto si disimpegna dal lavoro, fa molte assenze e può sviluppare un certo cinismo; può inoltre dimostrare burocratismo e rigidità.

Questi sentimenti negativi verso gli altri possono inasprirsi fino ad includere la negatività anche verso se stessi. Gli operatori provano sentimenti di colpa o tormento per il modo in cui trattano gli utenti, percepiscono il proprio cambiamento in negativo e questo dà luogo a quella che viene chiamata *ridotta realizzazione personale* (Maslach, 1992).

Quando la colpa è troppo pesante o poco metabolizzata l'operatore può giungere a colpevolizzare l'interlocutore della relazione; diventa così più facile giustificare comportamenti rigidi e aridi. Questo tipo di reazione è nota come *biasimare la vittima* ed è collegata alla diffusa credenza che a questo mondo le persone ottengono ciò che si meritano (Ryan, 1976); se stanno male, se hanno dei problemi, è dunque colpa loro.

L'esposizione al burn-out è largamente determinata anche da fattori organizzativi. Una particolare importanza riveste il *ruolo* dell'operatore nella propria organizzazione.

A determinare il burn-out può intervenire un sovraccarico di ruolo o un conflitto, per esempio nel caso di una avvertita incompatibilità tra sé e il ruolo rivestito; oppure l'ambiguità, cioè la non chiarezza su quale sia il proprio ruolo e il susseguirsi di successivi cambiamenti; infine, una scarsa o eccessiva autonomia (Cherniss, 1980). La prima può far sentire la persona sottovalutata; la seconda può produrre un senso di grave insicurezza.

Può anche avvenire che le richieste esterne siano incompatibili con le capacità o le mete dell'operatore, con i suoi valori e le sue convinzioni, tutte cause di elevati gradi di stress.

La prima osservazione da fare, per quanto concerne la nostra ricerca, è che il burn-out prevede una situazione lavorativa che si protrae per molto tempo, e quindi contesti di assistenza continuativa, per lo più in ambiente lavorativo, anche se alcuni scenari del lavoro umanitario, per esempio, possono presentare lo stesso quadro. Anche quando si analizzano contesti di lavoro volontario, tuttavia, come nel nostro caso, è utile prendere familiarità con queste teorizzazioni, perché facilitano l'individuazione di eventuali problemi e quindi la messa in atto di misure preventive.

L'analisi delle condizioni di lavoro dei soccorritori ha portato a individuare alcuni *fattori di rischio professionale*. Tale concetto, tradizionalmente applicato unicamente al lavoro professionale, investe invece anche quello volontario, e certo la questione meriterebbe una maggiore considerazione da

parte delle istituzioni.

Alcuni rischi professionali riguardano:

- l'esposizione a pericoli fisici imprevedibili;
- l'incontro con la morte violenta o con resti umani;
- l'incontro con la sofferenza di altre persone;
- la percezione negativa dell'assistenza offerta alle vittime;
- i turni lunghi, il lavoro disorganizzato e la fatica estrema;
- l'inefficacia dei mezzi tecnici e la percezione di scarso controllo;
- l'incontro con la morte di bambini;
- l'ambiguità del proprio ruolo;
- la necessità di compiere scelte difficili;
- le difficoltà di comunicazione;
- l'eccessiva identificazione con le vittime;
- gli errori umani;
- l'urgenza;
- il senso di fallimento della missione.

Fra le situazioni e gli stressor personali figurano:

- le lesioni personali;
- i decessi o le ferite subite dalle persone amate, dagli amici e dai colleghi;
- lo stress preesistente;
- uno scarso livello di preparazione personale o professionale;
- le reazioni di stress di altre persone che rivestono un'importanza personale;
- le aspettative su di sé;
- uno scarso livello di sostegno sociale.

Trauma

La reazione traumatica si sviluppa a seguito di un evento che si colloca al di là dei confini della esperienza umana consueta. Il termine significa infatti "rottura", "interruzione". A differenza dello stress, il trauma interrompe ogni

legame con la situazione precedente; esso risulta in una interruzione brusca del senso di integrità e continuità dell'individuo e ha la caratteristica di essere *impensabile*. A differenza di stress e burn-out, la reazione a un trauma ha un carattere solo relativamente legato alle caratteristiche personali: esso ha infatti forma inevitabile e universale.

Per potersi dire traumatici gli eventi devono possedere caratteristiche particolari, recentemente molto studiate in letteratura. Per esempio:

- comportare la morte, la minaccia di morte, gravi lesioni o integrità fisica a sé o ad altri prossimi;
- suscitare sentimenti intensi di impotenza e orrore.

Sono eventi traumatici tutti quelli che hanno caratteristiche di ingovernabilità e ineluttabilità e comportano la completa rottura con un equilibrio passato. Si può parlare così di esperienza traumatica quando si abbia la perdita inaspettata di un familiare o dei propri beni (per esempio la casa); o l'allontanamento forzato dai propri luoghi, regione o patria, con la perdita del proprio mondo sociale e dei legami. Eventi traumatici sono sperimentare la violenza da parte di altri, subire aggressioni e torture, e la perdita della dignità umana.

Il mondo contemporaneo ci offre continuamente lo spettacolo di esperienze di questo tipo: guerre, eccidi, deportazioni, eccetera; realtà che ci arrivano attraverso i media ma nelle quali è coinvolta, oltre che le popolazioni locali, una schiera di operatori umanitari che agiscono in condizioni di alto rischio, fisico e psicologico.

Traumatico, tuttavia, può essere anche un evento che si verifica in condizioni sociali normali. Per un soccorritore, esposto con continuità a eventi tragici e a sofferenze, tre eventi in particolare mettono a rischio l'equilibrio psicologico e si possono perciò chiamare traumatici:

- la morte di un bambino;
- la morte di massa;
- la morte o il ferimento grave di un collega.

Si tratta in questo caso di esperienze di intenso coinvolgimento e sofferenza in grado di abbattere le normali contromisure difensive del soccorritore; nel caso della morte di bambini o di un collega l'identificazione ha infatti caratteristiche di intensità tali da non poter essere governata con i metodi usuali; nel caso di tragedie di massa, l'ambiente tutto è così intriso di soffe-

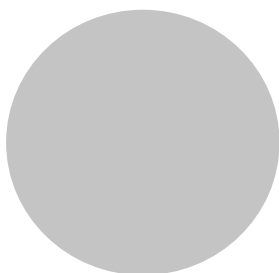
renza e sgomento da non concedere spazio alle opportune prese di distanza; confusione e dolore permeano perciò ogni cosa, col rischio dello scatenarsi di vissuti ingestibili. In molti contesti europei e internazionali è allora previsto un sostegno speciale ai soccorritori, attraverso l'intervento di professionisti.

Le reazioni post-traumatiche

Il trauma subito dà luogo a manifestazioni specifiche, anche queste ampiamente studiate:

- 1) ricordi spiacevoli ricorrenti e intrusivi dell'evento, che comprendono immagini, pensieri o percezioni (nei bambini piccoli si possono manifestare giochi ripetitivi in cui vengono espressi temi o aspetti riguardanti il trauma);
- 2) sogni spiacevoli ricorrenti l'evento (nei bambini possono essere presenti sogni spaventosi senza un contenuto riconoscibile);
- 3) agire o sentire come se l'evento traumatico si stesse ripresentando; ciò include sensazioni di rivivere l'esperienza, illusioni, allucinazioni, ed episodi dissociativi di flashback, compresi quelli che si manifestano al risveglio o in stato di intossicazione (nei bambini piccoli possono manifestarsi rappresentazioni ripetitive specifiche del trauma);
- 4) reattività fisiologica o esposizione a fattori scatenanti interni o esterni che simbolizzano o assomigliano a qualche aspetto dell'evento traumatico;
- 5) evitamento persistente degli stimoli associati con il trauma e attenuazione della reattività generale (non presenti prima del trauma), come indicato da tre (o più) dei seguenti elementi:

- sforzi per evitare pensieri, sensazioni o conversazioni associate con il trauma;
- sforzi per evitare attività, luoghi o persone che evocano ricordi del trauma;
- incapacità di ricordare qualche aspetto importante del trauma;
- riduzione marcata dell'interesse o della partecipazione ad attività significative;
- sentimenti di distacco o di estraneità verso gli altri, con l'emergere di un'affettività ridotta (per es. incapacità di provare sentimenti di amore).



Sull'argomento occorre fare però alcune precisazioni. Il termine trauma ha ricevuto una massiccia attenzione negli ultimi dieci anni e qualche volta se ne è notato decisamente un abuso. Le reazioni emotive di vittime e soccorritori, reazioni di solito normali a eventi eccezionali, trovano nel linguaggio usuale una terminologia perfettamente adeguata. In molti casi, per esempio, sarebbe assai più efficace parlare semplicemente di shock o di sofferenza.

Eppure il termine sofferenza è tra quelli oggi meno utilizzati nella letteratura psicologica riguardante i disastri, le guerre, gli eventi traumatici individuali, così come nelle pubblicazioni che trattano di soccorso. Quando si parla di reazioni emotive delle vittime e dei soccorritori si preferisce parlare di trauma e, in particolar modo, di Post Traumatic Stress Disorder/PTSD, Disturbo Post Traumatico da Stress, il quale sembra essere diventato un «must» nell'ambito della psicologia dell'emergenza. Questo particolare "disorder" (perciò una malattia) ha trovato una sua formalizzazione medico-psichiatrica in ambiente anglosassone allo scopo di reperire legittimi risarcimenti per i soldati USA che tornavano da terribili esperienze con profonde ferite nel corpo e nell'anima.

I sintomi di PTSD, quelli prima brevemente descritti, sono in molti casi una realtà, e coinvolgono soccorritori esposti a esperienze particolarmente devastanti. Ancor oggi, tuttavia, essi stentano a ottenere il riconoscimento del "danno psicologico", anche se questo è previsto nella nostra legislazione;⁶ molto quindi andrebbe ancora fatto per conoscere il PTSD, e soprattutto per prevenirlo.

Ciò non toglie che vengano considerate PTSD manifestazioni come la rabbia, l'amarezza, la paura, il senso di disorientamento e il pianto. Reazioni normali a condizioni altamente stressanti vengono fatte rientrare nelle manifestazioni "patologiche" con il rischio di indurre, in taluni casi, il senso di malattia. Esse pertanto, pur appartenendo a un campo complesso di problematiche, vengono ridefinite come "problema tecnico" che richiede soluzioni tecniche e specialistiche.

Una critica diffusa ha recentemente investito l'uso di routine di tecniche di prevenzione del PTSD quali il *debriefing* (incontri di gruppo per parlare dei vissuti durante quanto è accaduto). Metodi di sostegno psicologico pur

⁶ L'importante svolta codificatoria in tema di danno alla persona, con alcune fondamentali pronunce della Cassazione (n. 8827 e n. 8828/2005) e della Corte Costituzionale (sentenza n. 253/2005), ha finalmente sottolineato che il "valore uomo in quanto tale, non si esaurisce nella sola attitudine a produrre un reddito, ma esprime tutte le funzioni naturali afferenti al soggetto nella integrazione delle sue dimensioni biologiche, psicologiche e sociali".

importanti e spesso necessari perdono la loro efficacia e credibilità quando vengono introdotti quali panacee e percorsi standardizzati. Per non parlare di metodologie vendute come miracolistiche, le quali pretendono di “far sparire” il trauma. Questo uso della psicologia, o della pseudopsicologia, ha inoltre il difetto di non tenere nel dovuto conto fattori di contesto che hanno, nel bene e nel male, un impatto decisivo su come i singoli vivono ed elaborano l’evento traumatico: tra questi, oltre che fattori sociali, quali il sostegno dell’ambiente e del gruppo, sono determinanti anche fattori di tipo culturale, attraverso i quali può essere dato senso all’evento subito. Sia i singoli che le comunità hanno in altre parole importanti anticorpi e una tendenza naturale a ritrovare gli equilibri perduti, reintegrando nella propria storia personale ciò che era stato motivo di sofferenza e smarrimento. Un lavoro sul trauma, dunque, come è già stato più volte ribadito a livello internazionale,⁷ deve prevedere in primo luogo l’appoggio alla ricostituzione dei naturali anticorpi allo sviluppo del PTSD: la tenuta dei gruppi sociali, la motivazione, l’elaborazione in senso positivo delle perdite e dei lutti.

La compassion fatigue: troppa cura degli altri, poca di sé.

L’espressione *compassion fatigue* (fatica da compassione), particolarmente felice perché diretta e poco tecnicistica, è stata coniata da Figley (1995) e sta a indicare il lavoro emotivo che deve compiere il soccorritore il quale, dedicandosi ad alleviare la sofferenza degli altri, raccoglie informazioni su di essa finendo in qualche modo per “assorbirla”. Si ha *compassion fatigue* quando nella sua vita quotidiana il soccorritore è costretto a fare i conti continuamente con il lavoro che si è lasciato alle spalle, senza riuscire a “staccare”. Sovente egli finisce per “imitare” i sintomi della persona che sta curando.

I segnali di questa condizione mentale sono:

- umore negativo;
- intrusione di pensieri circa la sofferenza delle persone di cui ci si sta occupando;
- difficoltà a separare la vita lavorativa dalla vita personale;
- diminuita tolleranza alle frustrazioni e scoppi di collera;

⁷ L’importante svolta codificatoria in tema di danno alla persona, con alcune fondamentali pronunce. Siti utili per avvicinare questo argomento sono: <http://www.ncptsd.org/>; <http://www.traumaresearch.net/>; <http://www.psicotraumatologia.com/>.

- timore a lavorare con vittime particolari;
- sviluppo di sentimenti transferali intensi;
- depressione;
- assunzione del punto di vista delle vittime e difficoltà a staccarsene;
- senso di inefficacia e inutilità;
- allentamento di alcune funzioni dell'Io: senso del tempo e dell'identità; volontà;
- difficoltà a funzionare in modo appropriato fuori dalla vita professionale;
- perdita della speranza.

L'espressione *compassion fatigue* fa riferimento a un sentimento, la compassione ("patire con"), che è una delle componenti motivazionali più intense e valide del lavoro del soccorritore. Essa prevede che vi sia in lui la sensibilità senza la quale sarebbe poco adatto a questo lavoro. È proprio in relazione a questa utile disposizione, dunque, che si sviluppa lo "sfinimento" dell'aiuto. Mantenerla senza incorrere in conseguenze negative è quindi un compito importante di autoprotezione del soccorritore.

Anche in questo caso, sono state messe a punto metodologie di rinforzo delle difese naturali e interventi di prevenzione che stanno dando interessanti risultati.⁸

Le difese verso emozioni troppo intense: il contributo della psicologia del profondo

Un contributo importante per la comprensione del lavoro del soccorso, in particolare in condizioni di estrema gravità e urgenza come le catastrofi o gli scenari di guerra, ci viene da professionisti di formazione psicodinamica, impegnati nell'ambito della psicologia in situazioni di emergenza.⁹

⁸ Il Progetto Green Cross, condotto da Figley presso la Florida State University, prevede una forma di intervento breve a sostegno dei soccorritori che si sviluppa in cinque sessioni.

⁹ Ci riferiamo in particolare a Patrizia Brunori e Maria Chiara Risoldi e a P. Brunori, G. Candolo e M. Donà dalle Rose, autrici del volume *Traumi di guerra. Un'esperienza psicoanalitica in Bosnia-Erzegovina*, Manni, Lecce, 2005 e del lavoro *Traumi psichici in contesti di violenza sociale* pubblicato all'interno del volume *Guerre e Minoranze. Diritti delle minoranze, conflitti interetnici e giustizia internazionale nella transizione alla democrazia dell'Europa centro-orientale*, a cura di Gustavo Gozzi e Fabio Martelli, Il Mulino, Bologna 2004, pp. 295-322.

Richiamando alcuni concetti chiave della psicoanalisi, essi mettono in luce modalità di reazione di soccorritori e vittime. In situazioni di emergenza, i soggetti mettono in atto particolari *difese psicologiche*. Con questo termine si intendono degli artifici della mente, di tipo inconsapevole, attraverso i quali il soggetto cerca di eludere la consapevolezza di emozioni suscitate in lui dalla situazione in cui è coinvolto. Alcune di queste difese si rivelano funzionali al mantenimento di una dose di lucidità, come accade ai soccorritori che agiscono in condizioni di urgenza e che, per poter agire, si difendono attraverso il *distacco emotivo*.

Altre volte, invece, i meccanismi di difesa, impoverendo il senso di realtà, possono mettere a repentaglio l'esito di un soccorso. Tali meccanismi possono imporsi totalmente alla mente, assorbendo le energie emotive della persona, proprio come accade in caso di PTSD, burn-out o *compassion fatigue*. I sintomi sopra descritti, dunque, sono modi disfunzionali di contrastare le emozioni prodotte da una attività umanamente "pesante".

Un altro meccanismo di difesa è la *rimozione*, che significa elidere dalla mente fatti e circostanze che rimandano a un'emozione insostenibile. Un altro ancora è la *conversione*. Secondo quanto ricordano P. Brunori e M.C. Risoldi, alcuni poliziotti nella zona del crollo delle Torri Gemelle furono ricoverati per paralisi della mano destra, rivelatosi un sintomo di conversione di origine psicogena: i poliziotti, infatti, avevano convertito il loro sentimento di totale impotenza "paralizzando" la mano con la quale solitamente afferravano la pistola per rispondere a un pericolo.

Può invece essere messa in atto l'*inibizione*, cioè l'impedimento a svolgere azioni un tempo usuali in quanto collegate a una esperienza traumatica. Certe inibizioni a continuare a svolgere il proprio lavoro possono avere questo senso. Lo *spostamento*, invece, avviene quando l'angoscia suscitata da una certa situazione viene spostata su una situazione diversa, che funge da schermo. Come nel caso di un soccorritore che sposta sul timore a lasciare parcheggiata l'auto incustodita l'angoscia di aver lasciato un proprio collega in balia delle fiamme.

La *razionalizzazione* è forse il più diffuso tra i meccanismi di difesa, e consiste nel dare spiegazioni razionali a eventi forieri di angoscia. Nell'ambito delle organizzazioni del soccorso, l'assunzione di alcune regole rigide può avere proprio questo significato; un caso può essere quello, citato da una collega psicologa, E. Venturella (vedi Fenoglio, 2003), in cui gli sfollati di una alluvione venivano dimessi dal centro di raccolta dopo un paio di giorni perché così era la regola, anche se lo spazio non sarebbe stato occupato da nessun altro; l'assunzione di regole burocratiche incontrovertibili può funge-

re da razionalizzazione a fronte di sentimenti di angoscia provati dagli operatori nel rapporto con le tragedie umane.

L'isolamento affettivo si dà quando un evento o un'idea vengono riconosciuti dalla coscienza, ma slegati dalle emozioni corrispondenti. Questa sorta di "congelamento", funzionale, se circoscritto nel tempo, a un efficace intervento di urgenza, è messo in atto in dosi massicce nel caso di gravi traumi. Tra i soccorritori, un singolo episodio traumatico o l'accumulo di gravi stress può portare a una sorta di desensibilizzazione o alla riduzione progressiva del proprio coinvolgimento emotivo con gli altri.

La *regressione* interviene invece quando si fa ricorso difensivamente a comportamenti infantili, come – nell'adulto - il rifugio nel cibo o il ricorso all'alcool.

La *negazione* è invece il rifiuto inconscio di prendere atto di un dato di realtà, per esempio il fatto di aver fallito una missione o le conseguenze di un comportamento errato. La negazione induce anche a sottovalutare i pericoli connessi con il soccorso o ad allentare l'allerta sui rischi, come quelli a carattere medico.

Il carattere pervasivo dei meccanismi di difesa impone che i soccorritori siano consapevoli della loro esistenza. Un'adeguata formazione psicologica e forme di sostegno specialistico, specialmente in concomitanza con esperienze particolarmente stressanti, si rendono perciò necessari, in modo da rendere presenti alla coscienza la natura dell'impatto con l'emergenza e le possibili reazioni disfunzionali tanto alla espletazione del servizio quanto alla propria salute psicofisica.

Emozioni, un bene prezioso

Il termine "emozione" (dal francese *émouvoir*) ha un forte connotato di movimento, di apertura, di uscita dall'immobilità. I dizionari etimologici infatti richiamano il significato di "mettere in movimento" e rimandano a qualche cosa di vivo e mutevole.

Superato il passato pregiudizio che ciò che contraddistingue l'umano è l'elemento razionale, l'emozione e la vita emotiva hanno ricevuto sempre più credito come elementi fondamentali della nostra umanità.

Delle emozioni è stata sottolineata innanzi tutto la funzione adattiva; è grazie ad esse che l'essere umano si adatta alle diverse situazioni della vita, evita gli ostacoli, trova soluzioni in direzione della maggiore soddisfazione. Le emozioni sono un sistema di guida: esse ci danno informazioni indispensa-

bili circa la realtà del mondo esterno e ci inducono ad agire di conseguenza. La vita emotiva ci offre un quadro del nostro stato di essere nel mondo e dirige le nostre azioni rendendoci consapevoli degli effetti degli avvenimenti.

Le emozioni sono quindi un veicolo indispensabile di comunicazione, sia del mondo verso di noi che nostra verso il mondo.

Oggi, che l'illusione razionalistica è superata anche in ambienti tradizionalmente più ostici a questo tipo di realtà, le emozioni stanno ricevendo molta attenzione, e viene dato valore a tutto ciò che concerne l'espressione emotiva, l'apertura affettiva, l'intuizione, ecc.

Eppure non sempre le emozioni sono considerate un valido strumento nella soluzione di problemi concreti e nella vita professionale. Anche in quei settori, come il volontariato, in cui l'impegno umano si basa su una serie di emozioni (la solidarietà, l'empatia, ecc.), esse stentano a trovare una collocazione organica tra le risorse considerate essenziali. "Bontà" e "altruismo" sono oggetto di citazioni generiche, sentimenti dati per scontati. La profondità del proprio sentire, il rimando offerto dalle reazioni altrui, le contraddizioni in cui ci imbattiamo all'interno del mondo emotivo raramente vengono dipanati, nominati e scientemente utilizzati.

È esperienza comune di noi psicologi imbattersi in diffidenze anche robuste da parte di soccorritori che ritengono le emozioni una parte non attinente con il proprio lavoro, addirittura disturbante. Una certa cultura medica, tecnica o "militare" nelle organizzazioni del soccorso induce inoltre a vedere nelle emozioni una manifestazione di debolezza, e quindi di scarsa efficacia. Per molti soccorritori emozione vuol dire "farsi prendere dalle emozioni", piuttosto che guida alla operatività. Al più, le emozioni vengono ritenute un di più non strettamente necessario, una sorta di "confort" da delegare alle "dame di carità" dopo che il *real job* è stato eseguito.

Eppure le moderne organizzazioni lavorative tendono oggi a dare molto rilievo a quella che viene chiamata "intelligenza emotiva" (Goleman, 1996). Ancor prima di essa, *l'intelligenza interpersonale*, come la definisce Gardner (1985), è entrata a far parte di quegli strumenti ritenuti insostituibili nella gestione delle organizzazioni di lavoro.

Il concetto di intelligenza emotiva, o meglio *emozione intelligente*, rimanda alla possibilità, o meglio necessità, di guidare, piuttosto che reprimere, le nostre emozioni, in modo da farne uno strumento efficace nella vita e nel lavoro. Se infatti non siamo responsabili di quanto proviamo di fronte agli eventi esterni o ai comportamenti altrui, lo siamo per il modo in cui decidiamo di esprimere i nostri sentimenti.

Il volontariato, da questo punto di vista, appare come una forma rea-

lizzata di espressione di intelligenza emotiva. La compassione, lo sdegno per l'esclusione e l'ingiustizia, la preoccupazione per le sorti della società o del singolo lasciato a se stesso diventano nelle professioni di aiuto e nel volontariato emozioni-guida e emozioni-senso che sorreggono le azioni altruistiche.

Interessante è la sistematizzazione operata da Goleman. Egli afferma che l'intelligenza emotiva si fonda su due tipi di competenza, una *personale*, connessa al modo in cui gestiamo le nostre emozioni e noi stessi, e una *relazionale* legata al modo in cui gestiamo le relazioni con gli altri.

Della competenza personale fanno parte:

- la consapevolezza di sé (conoscenza dei propri stati interiori la consapevolezza emotiva, il riconoscimento delle proprie emozioni e dei loro effetti; l'autovalutazione);
- la padronanza di sé (la capacità di dominare i propri stati interiori e i propri impulsi);
- la capacità di sapersi motivare (il raggiungimento di obiettivi esistenziali nonostante ostacoli ed insuccessi).

Delle competenze sociali, fanno parte:

- l'empatia (comprendere i sentimenti, le esigenze e gli interessi altrui senza dimenticare i propri);
- le abilità sociali (capacità di indurre e favorire risposte desiderabili negli altri attraverso la comunicazione efficace e la costruzione di legami).

Anche senza nutrire l'illusione che tutto del nostro mondo emotivo possa essere conosciuto, diretto e controllato, lo sviluppo di "emozioni intelligenti" può migliorare la nostra vita e facilitare il raggiungimento dei nostri obiettivi, oltre che rendere più efficace e soddisfacente anche il lavoro del soccorso.

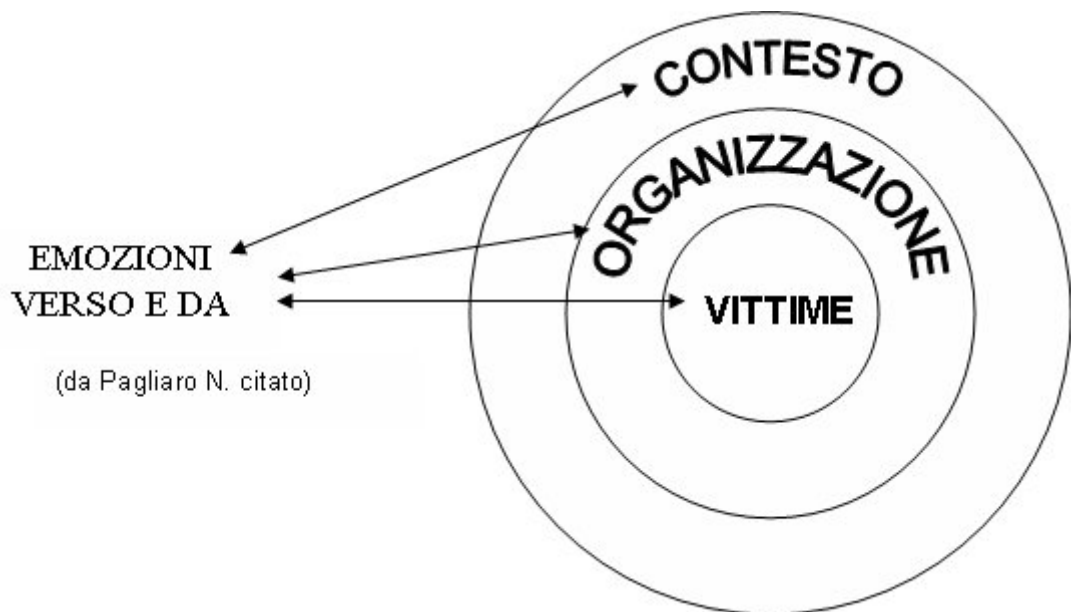
Le emozioni dei soccorritori

Una utile sistematizzazione delle emozioni dei soccorritori (Pagliaro, 2003) propone una suddivisione in tre settori:

- coinvolgimento verso il contesto;

- coinvolgimento verso i singoli;
- coinvolgimento tra volontari.

Il *contesto* è lo scenario in cui il soccorritore si trova a operare; esso è costituito dall'insieme ("sistema") formato dai luoghi, le comunità, i gruppi umani, i linguaggi e le culture in cui il soccorritore si trova immerso. I *singoli* sono le vittime soccorse, le loro storie e caratteristiche, le difficoltà in cui sono incorse, le loro reazioni, il rapporto con i soccorritori. Il *rapporto con gli altri volontari* riguarda le emozioni che si sviluppano con i colleghi, con una squadra, con una organizzazione, con un leader (vedi figura seguente).



La sistematizzazione è utile come prima mappa di orientamento. Le emozioni del soccorritore, infatti, si sviluppano in un intreccio di risonanze reciproche. Le emozioni che animano una squadra, come è noto, influiscono sulle emozioni vissute con le vittime; le emozioni suscitate in noi da un contesto (per esempio, in una cultura diversa dalla nostra) influiscono sulle emozioni verso le vittime; mentre il rapporto con gli altri volontari determina spesso le modalità di approccio con le vittime. Semplicistico è dunque limitarsi a parlare di "stress" o di "comunicazione" con le vittime o la squadra: le emozioni fluttuano perciò in un campo complesso, che possiede caratteristiche di tipo ecologico.

Da questo discende la scelta che abbiamo compiuto in questa ricerca: interrogare direttamente i soccorritori per avere dalle loro stesse voci un aiuto a gettare uno sguardo sulla realtà non semplificata delle loro esperienze umane ed emotive.

Conoscere, elaborare e utilizzare le emozioni

Le emozioni umane, piacevoli o spiacevoli che siano, più o meno intensamente manifestate o celate dentro di sé, necessitano di essere gestite. Tuttavia, vi sono emozioni che o per la loro drammaticità, come l'estrema disperazione, o per la loro inaccettabilità per chi le prova, non riescono a essere rielaborate. Quando si dà una discrepanza tra l'emozione in cui la persona è coinvolta e il suo comportamento manifesto, ciò costituisce un importante fattore di rischio. Preclusa alla coscienza, l'emozione "lavora" sotterraneamente, producendo esiti spesso nefasti per la salute psicologica dell'individuo.

A gestire le emozioni si impara. Un primo apprendimento avviene nell'infanzia, quando sono gli adulti significativi che "prestano" al bambino pensieri, parole, considerazioni circa le emozioni che il bambino manifesta e quelle che manifesta l'ambiente intorno a lui. Gli adulti lo guidano anche nella gestione più opportuna di certe emozioni (si pensi alla rivalità fraterna), ma soprattutto forniscono un esempio diretto con il loro comportamento.

Non sempre però questo apprendimento ha luogo. In questi casi, i soggetti crescono con una sorta di "analfabetismo emozionale". Può avvenire, per esempio, che alcune esperienze emozionali dei genitori rimangano inesprese e agiscano sotterraneamente, come nel caso di gravi lutti dei genitori, o addirittura delle generazioni ancora precedenti, mai sufficientemente elaborati. O che a loro volta i genitori non abbiano appreso a riconoscere e nominare le proprie emozioni, ma procedano per agiti, vivendo in qualche modo "appiattiti". Anche nel percorso educativo si dà pochissimo spazio al parlare, analizzare e apprendere a regolare le emozioni. Anche se esistono buoni esempi del contrario, la scuola non sempre annovera questo compito tra quelli da perseguire. Imparare a mediare un conflitto, esprimendo collera con le parole anziché con la violenza fisica; apprendere a dare un nome all'attrazione verso un'altra persona e a comunicare i propri sentimenti; capire la gelosia, la rivalità, l'invidia... Ma l'alfabetizzazione sentimentale, di importanza così fondamentale, è spesso rimpiazzata dalla "educazione sessuale", che si riduce a una mera informazione sul funzionamento riproduttivo.

Il volontariato può costituire una importante “palestra” per incontrare, nominare e regolare le proprie emozioni; una seconda possibilità, quindi, per i giovani.

Come abbiamo visto nella prima parte di questo saggio, perché una emozione venga riconosciuta, nominata e accolta occorre che venga predisposto un adeguato “spazio mentale” che la collochi nello specifico contesto di vita relazionale. In questo modo viene avviato un processo di interiorizzazione che consente al soggetto di apprendere a relazionarsi con gli altri e, in definitiva, a conoscere qualcosa di sé.

Se l'ambiente intorno non è predisposto a riconoscere le emozioni, le persone non apprenderanno a loro volta a riconoscerle oppure, nella continua disconferma, tenderanno a non dargli valore, svalutando se stessi e impoverendo il proprio mondo interno. Molti aspetti della vita non verranno riconosciuti, gli incontri tenderanno ad avere solo una valenza funzionale, la creatività verrà sacrificata. Secondo Galimberti (1997), “regolare le emozioni vuol dire quindi far sì che esse possano essere presenti in schemi cognitivi più sofisticati e forniscano alla vita cosciente una nuova dimensione qualitativa”.

Come afferma un testimone, “controllare” le emozioni consente di apprendere:

comunque se tu piangi, se ti fai prendere dalle emozioni, non riesci comunque a vivere quel momento, comunque *sono momenti forti che ti possono insegnare tante cose...* ehm... poi ognuno col suo carattere, come è capace di viverli...

Gli intervistati si pongono generalmente in posizione critica rispetto alla poca attenzione dedicata alla psicologia nei corsi di formazione. Una particolare carenza è inoltre individuata nella scarsa attenzione che la formazione dedica a problemi emotivi molto comuni, relativi soprattutto al rapporto tra soccorritori, e tra questi e la propria organizzazione:

La formazione è molto tecnica ma poco psicologica, inoltre si guarda sempre dal lato soccorritore-paziente, ma mai tra soccorritore e soccorritore, mai tra soccorritore ed ente, mai tra soccorritore e persone che si trovano intorno alla situazione in cui si presta soccorso, che ci vedono e ci parlano, questo manca nei protocolli formativi.

Sembra piuttosto diffusa la coscienza della necessità che in squadra si

parli delle esperienze vissute, che non ci si tenga “tutto dentro”. Eppure le cose vanno diversamente. Il terreno dei sentimenti è sentito come troppo privato, qualcosa che “non c’entra” con le consuetudini di una squadra:

Dei sentimenti no, non parliamo. Più che altro parliamo della tecnica, dei problemi tecnici, dovevamo fare quell’operazione per far meno fatica... Il problema del proprio sentimento è personale, uno ne parla con un amico. Qui siamo tutti conoscenti ma non siamo amici. *Io ne parlo con mia moglie, in casa, ma con altri no.* Ci può essere quello che capisce, quello che non capisce, quello che non c’era, non sa. Io non esterno molto questi sentimenti miei, perché devo far partecipare un altro di un mio dolore, non so se si può chiamare piuttosto che intimità, privacy. Non mi viene il termine giusto. Se capita una cosa eclatante magari se ne parla, “quella volta lì mi è capitato che...”, però solo per casi particolari, la routine è routine non si discute.

Lo scambio tra colleghi avviene spesso a livello informale, come necessità immediata di rielaborazione. La possibilità di aprirsi sembra dipendere in larga misura, oltre che dalla disponibilità individuale, dal clima di squadra:

Quando si riceve la telefonata si va in ambulanza incoscienti, si cerca di immaginare degli scenari che ipoteticamente si potranno trovare quando si arriva sul posto, si arriva, si lavora tutti e tre assieme, ognuno ha le proprie sensazioni, ci si confronta un po’ su cosa fare, magari si trasporta il paziente in ospedale, si scarica la barella e poi *il viaggio di ritorno dall’ospedale alla sede, è quello il momento in cui si rielabora, si fa un’analisi.* Molte volte avviene al proprio interno, cioè si ripensa all’esperienza e agli eventuali errori commessi, poi, se si vuole condividere, si parla con i colleghi, però tutti bene o male lo fanno interiormente *poi se c’è qualcuno più aperto, che vuole avere un confronto o vuole sapere l’opinione altrui su un errore che crede di aver commesso, esterna il suo pensiero.* Noi, per esempio, nei corsi consigliamo sempre di fermarsi nel parcheggio del pronto soccorso e scambiarsi subito le idee, perché il ricordo è immediato, c’è subito un confronto rapido, e poi c’è una specie di privacy *perché sono in tre, che si confrontano, solo loro tre,* non sono esaminati dai colleghi. Non tutti però purtroppo lo fanno.

La composizione delle squadre di soccorso è prevalentemente maschi-

le. Gli intervistati non fanno mai riferimento a questo particolare, ma sembra indubbio che la scarsa attitudine a parlare di emozioni sia anche da attribuire a una certa cultura “maschile” non incline alle introspezioni. Difficile, soprattutto per il maschio, ammettere di avere a propria volta “fragilità” o, ancora peggio, bisogno di aiuto. Non sempre naturalmente le cose vanno proprio così. Ma anche là dove c'è una maggiore consuetudine a parlare delle proprie emozioni, in particolare attraverso l'introduzione di momenti di *de-briefing*, la cosa viene razionalizzata come necessità di autoprotettersi, un dovere prioritario per il soccorritore.¹⁰

Lo studio delle emozioni dei soccorritori e della loro gestione

Alcuni studi sulle emozioni in situazioni di emergenza hanno individuato delle strategie adottate dai soccorritori impegnati in missioni difficili. Uno di questi,¹¹ uno studio etnografico della durata di sei anni su un gruppo di soccorritori “Search and Rescue” in ambiente montano negli USA, è una fonte molto interessante di indicazioni sulle emozioni dei soccorritori e sulle strategie adottate per la loro gestione. Le pagine che seguono traggono ampio spunto da questo saggio, i cui risultati vengono di volta in volta confrontati con quelli della presente ricerca.

Una strategia molto comune adottata dai soccorritori americani studiati è la *depersonalizzazione* delle vittime. I soccorritori raccontano di pensare attivamente, quando si trovano di fronte a una persona martoriata, che quella che hanno di fronte è solo una “carcassa”, non un essere umano. Essi testimoniano anche di non guardare la vittima in faccia, pena la perdita di concentrazione e ripercussioni emotive pesanti.

Testimonianze informali raccolte in Italia,¹² invece, indicano come qualche responsabile del soccorso raccomandi alla propria squadra di considerare il corpo della persona deceduta come “persona”, e quindi di procedere con il recupero rispettando la sua integrità fisica, in primo luogo per rispetto ai parenti.

¹⁰ Abbiamo presenti, in particolare, le squadre di Protezione Civile del Friuli Venezia Giulia, all'interno delle quali operano su base stabile gli psicologi di Psicologia per i popoli.

¹¹ Lois J., *Heroic efforts, the emotional culture of Search and Rescue volunteers*, New York University Press, 2005, nel quale si descrive uno studio di tipo etnografico su un gruppo di soccorritori impegnati nel recupero in alta montagna. Il libro fa anche riferimento agli studi di “sociologia delle emozioni”.

¹² Corso di formazione *La relazione di aiuto*, Idea Solidale, Torino, maggio 2005.

Sempre secondo lo studio già citato, ma anche in base alla nostra diretta esperienza, per i soccorritori riveste molta importanza la *rielaborazione narrativa* dell'esperienza vissuta, la quale consente di attuare interpretazioni retrospettive. La narrazione consente di collocare in uno spazio "pensato" le emozioni sperimentate nel contesto del soccorso, rinforzandone il significato. La narrazione servirebbe inoltre ai protagonisti a "prendere le misure" dei propri limiti di tolleranza di determinate emozioni, limiti che tendono ad avanzare quando l'esito della missione è stato positivo e a retrocedere quando l'esito è stato negativo.

Anche l'elaborazione di eventuali sensi di colpa trova spazio di trattazione.

I soccorritori sono esposti al senso di colpa, specie quando la missione è stata un insuccesso. Essi allora cercano di fronteggiarla allontanando da sé le proprie responsabilità. In questo vengono aiutati dalle regole interne, che impongono: primo, proteggi te stesso; secondo, i tuoi; terzo, la vittima. Il ruolo delle regole interne è di grande aiuto agli operatori, in quanto esse assicurano il mantenimento di una buona immagine di sé. In questo senso, una cultura antieroica, come quella citata qui sopra, è più funzionale a mantenere stabilità emotiva e ad assicurare la "tenuta" nel lavoro di soccorso. Ad aiutarli è anche la consapevolezza che quello che fanno va ben al di là di quello che normalmente fanno gli altri cittadini. Sembra aiuti anche incolpare un potere superiore, oppure la sorte (la sfortuna, il caso, il male), come il colpevolizzare le vittime, magari per la loro imprudenza o stupidità.

Di fronte a un insuccesso, giova ritornare con la memoria a esperienze positive, specie quelle in cui qualcuno è stato aiutato direttamente da noi.

Nel *fronteggiare le crisi degli altri*, i soccorritori sono chiamati a gestire le emozioni interpersonali su due fronti:

- 1) aiutare la vittima a gestire le proprie emozioni
- 2) gestire le proprie emozioni.

Per quanto riguarda l'aiuto alle vittime, tra queste e il soccorritore tende a svilupparsi una *relazione molto forte "compressa" nel tempo e nello spazio*. Quando questa relazione ha modo di svilupparsi, il ruolo del soccorritore non è solo cruciale nell'accoglimento e nel conforto, ma nell'aiuto alla vittima a controllare la definizione della realtà, e questo con due diverse modalità, a seconda dei destinatari.

Con le vittime primarie, cioè con coloro che hanno direttamente bisogno di aiuto, il soccorritore ricorre a indicazioni molto normative.

Lo stato emotivo infatti condiziona lo stato di salute. Il soccorritore perciò chiede alla vittima un atteggiamento di presenza a se stesso e cooperazione, come per esempio non piangere, non lasciarsi andare, seguire le indicazioni.

Tra le emozioni della vittima che il soccorritore deve più frequentemente gestire c'è *l'imbarazzo*.

A volte la vittima si vergogna per essere stata stupida, imprudente o malaccorta. Perché cooperi pienamente nel soccorso, occorre toglierla dall'imbarazzo, dichiarando che quel tipo di incidente, in quelle condizioni, succede a molti, ecc. In questo modo la vittima si concentra sulla sua sopravvivenza e sul da farsi. Sostenere l'autostima della vittima in modo che "salvi la faccia" è cruciale perché non si lasci andare; trattarla come una persona intelligente a cui è capitato un incidente o un disguido non imputabile alle sue mancanze può essere molto utile.

La seconda emozione da gestire è *l'ansia*. A questo fine è importante comunicare fiducia nel meccanismo dei soccorsi e nel controllo della situazione. Ogni eventuale dubbio va discusso tra i soccorritori senza che la vittima ascolti, e in particolare senza che la vittima intuisca conflitti e scoramenti. Il soccorritore, mentre si adopera nel soccorso, parlando con la vittima presenta la situazione in termini realistici ma rassicuranti. Mentire o generalizzare ("andrà tutto bene") è considerato deleterio; molto più utile è stimolare continuamente la vittima a restare vigile e a cooperare, dicendole che potrà lasciarsi andare una volta in mano agli specialisti (per es., in ospedale). Pur non negando la gravità della situazione, il soccorritore deve dare l'impressione di credere che in ogni caso la vittima sopravviverà. Questa fiducia nelle sorti del soccorso è ritenuta fondamentale per tenere alto il morale e quindi la capacità di reazioni fisiche da parte dell'infortunato.

Il soccorritore che opera in questo modo si impegna in una sorta di "disciplina drammaturgica" (Goffman, 1982) e dà l'impressione di mettere in atto azioni ben controllate, procedure standard e consapevoli.

In alcune circostanze, la relazione con la vittima è curata da un membro che ha questo specifico compito, il quale consiste nello starle vicino e nel farla parlare perché non si lasci andare; in altre parole, nel "tenerla connessa".

Con le famiglie, invece, vengono messe in atto strategie di gestione emotiva differenti. È importante che uno di loro stia con la famiglia. Il suo compito è di *fornire informazioni* minuto per minuto e di *incoraggiare i famigliari a parlare* dei propri sentimenti.

Il parlare aiuta il familiare a prefigurare molti scenari possibili, molti

esiti del soccorso, e quindi molte *definizioni della realtà*. Il soccorritore preposto svolge in questo modo il ruolo di *liaison*.

Attraverso questa forma di vicinanza, il dolore e il cordoglio della famiglia vengono validati, così come tutti i sentimenti connessi, nessuno dei quali va censurato: colpa; rabbia, amore, dolore, eccetera.

Il compito del soccorritore è, secondo le conclusioni della ricercatrice americana, *bilanciare speranza e realtà*. Si tratta di un ruolo regolatore della massima importanza perché avvicina il familiare alla realtà, che potrebbe essere infausta, mantenendo una giusta dose di speranza. Il soccorritore, pur non aggredendo il familiare per le sue speranze illusorie, cerca di ridurre il ricorso alla negazione. Nel caso, per esempio, di un anziano malato scomparso da alcuni giorni il soccorritore può “guidare” il ragionamento del familiare in modo che si aspetti anche il peggio; per esempio, facendo presente che “suo padre è demente... sono 4 giorni che è fuori...”, senza giungere a conclusioni ma “preparando” alla realtà.

Il compito più delicato è far presente al familiare il decesso del congiunto. Questo può capitare quando la famiglia si precipita sul luogo dell'incidente, dove la squadra di soccorso sta ancora operando. La gestione delle emozioni del familiare è in questo caso uno dei compiti più difficili e pesanti. Se la persona è stata ritrovata morta lontano, è importante dare la notizia per gradi, per esempio dicendo: “È stato rinvenuto il suo zaino...”. In questo modo si consente al familiare di avvicinarsi alla realtà autonomamente.

Le testimonianze offerte da queste persone impegnate nel “Search and Rescue”, di cui la ricerca americana ha raccolto le storie, fanno anche riferimento a come i soccorritori elaborano strategie per accompagnare i familiari nel loro lutto e nel loro dolore.

In questo campo i comportamenti adottati non sono univoci. Qualcuno piange con i familiari, esprimendo sentimenti di vicinanza, per esempio dicendo qualcosa su come saranno sempre nei suoi pensieri. Altri invece preferiscono “staccare” bruscamente. Su questo tema sembra si abbiano le incertezze più marcate. Qualcuno di loro, per esempio, dichiara che andare al funerale lo fa sentire un “impostore”, come se quello non fosse il suo posto e se stesse violando l'intimità della famiglia.

I sentimenti espressi fanno ritenere che il problema della elaborazione del lutto rimanga un nodo cruciale per i soccorritori, sia quelli americani che quelli che compongono il nostro campione, e che questo tema molto raramente venga affrontato. I volontari che si dedicano al soccorso, infatti, si coinvolgono in un tipo di attività che rende difficile lo sviluppo di una rela-

zione prolungata, e forse molti di loro scelgono questa attività proprio per questo.

Un soccorritore intervenuto nello scenario del terremoto dell'Umbria e delle Marche (vedi Fenoglio, 2003) dichiarò allo psichiatra preposto all'aiuto psicosociale che tutto gli si poteva chiedere - spalare, guidare mezzi in condizioni proibitive, ecc. - ma non di restare accanto a un vecchio che aveva perduto la sua casa!

La riconoscenza delle persone soccorse è comune, sia al di là che al di qua dell'oceano, specie se la missione ha avuto successo. I parenti e le vittime salvate continuano a mostrare riconoscenza per lungo tempo, scrivendo, mandando offerte, ecc. In taluni casi queste relazioni durano per anni, perché vi è da ambe le parti il desiderio di mantenere vivo il ricordo di una esperienza che ha fortemente inciso sulla loro vita e nella quale hanno sperimentato emozioni importanti e indimenticabili.

Mantenere la relazione servirebbe a rimanere connessi con quelle emozioni che tanto hanno rappresentato se pure per un breve lasso di tempo.

Il compenso emotivo del lavoro del soccorso

Il volontariato del soccorso, così come in genere l'attività volontaria, trae il proprio compenso da fattori di tipo emozionale. Nella nostra ricerca già abbiamo trattato il tema delle soddisfazioni che il volontariato del soccorso procura.

Nella ricerca americana, uno dei compensi più significativi sembra essere *l'accrescimento del senso di autoefficacia* (Bandura, 1977). Con questo termine si intende quel senso di soddisfazione, già citato a proposito del nostro campione di ricerca, che deriva dal sentimento di essere parte attiva nella società, di poter "fare la differenza", cioè di poter esercitare un'influenza. Del resto, la sensazione di non avere un ruolo e di essere ininfluenti è assai diffusa nella nostra società, date le caratteristiche con cui essa si è ormai strutturata. Soccorrere gli altri può significare uscire dal senso di massificazione e alienazione che abitualmente proviamo, regalandoci il senso di essere utili e di contare.

Un altro "compenso" è costituito dallo *svolgere un'intensa attività fisica* che dà un senso di efficienza. Importante sembra il poter *raccogliere "storie personali di successo"*, cioè arricchire la propria biografia di elementi convalidanti, che consentono di aumentare la fiducia in se stessi, anche in prospettiva futura e su altri compiti.

Come abbiamo a nostra volta rilevato con gli intervistati italiani, risultano cruciali i compensi emotivi derivanti dal *legame con la propria squadra*, il sentirsi in famiglia e, non ultimo, il divertirsi, una sorta di *“utile divertimento”*.

Vi sono poi acquisizioni “moralì”: sentirsi socialmente a posto, se non “buoni”; sperimentare una crescita interiore e *ricevere lezioni di vita*. Vedere come altri riescono a sopravvivere a dure prove o il coraggio che spesso dimostrano equivale a procurarsi una sorta di “guida” esistenziale, da evocare per le proprie necessità. Alcuni degli eventi a cui si partecipa possono inoltre fornire molte lezioni fondamentali, delle quali fare tesoro e dalle quali trarre arricchimento.

Soccorritori e cultura delle emozioni

La rilettura in chiave trasversale delle interviste raccolte nella nostra ricerca consente di individuare un “sistema di convinzioni circa le emozioni” (Lois, 2003). Le organizzazioni di soccorso sembrano infatti sviluppare un proprio sistema di convinzioni implicite circa le emozioni appropriate in certe situazioni: quanto è lecito esprimerle, quanto devono essere controllate, ecc. Il significato che i soccorritori assegnano alle emozioni è perciò culturalmente determinato, e influisce sull’idea che i soccorritori si fanno di se stessi e degli altri e sul modo di vivere e rappresentare la propria organizzazione e la propria esperienza in essa.

Le emozioni ritenute appropriate dalla propria organizzazione

Se nel caso di alcune delle interviste (giovani con breve esperienza nel volontariato del soccorso e dell’aiuto) non è possibile rintracciare una precisa cultura delle emozioni, ma piuttosto una serie di motivazioni e incentivi che hanno spinto a entrare in quell’organizzazione, per un gruppo consistente di queste, rappresentate in particolare, ma non solo, da volontari delle “Croci”, è possibile delineare una “cultura delle emozioni”.

In questi casi essa risulta particolarmente evidente là dove gli intervistati parlano dei giovani e del loro ingresso nella organizzazione di soccorso. Parlare delle *new entry*, infatti, obbliga i soggetti a rendere più espliciti i valori di riferimento e la cultura condivisa della propria organizzazione. I testimoni infatti indicano con precisione quali sono ritenuti i sentimenti appropriati, e

quali quelli che la socializzazione all'interno della organizzazione deve favorire.

Sembra che all'inizio i nuovi membri, specie se giovani, tendano a dimostrarsi troppo "gasati". Dalle interviste e da un certo numero di osservazioni partecipanti risulta che la squadra cerca di correggere questo atteggiamento procrastinando l'esposizione del nuovo venuto alla situazione di soccorso (per es., l'uscita in ambulanza). Egli viene piuttosto incoraggiato a socializzare con la squadra e a saper aspettare. La "lezione" trasmessa sembra essere quella dell'umiltà e della capacità di attesa. Dai giovani ci si aspetta che non "spingano" per avere un ruolo, ma che di buon grado inizino là dove la squadra ritiene che inizino, accettando il ruolo che gli altri assegnano loro.

La "cultura delle emozioni" condivisa e trasmessa appare quella che potremmo definire "anti-rambo". Il protagonismo individuale; il mettere a rischio non solo la propria sicurezza ma quella della squadra; le aspettative di vivere situazioni eccezionali e di svolgere il ruolo di salvatori: questi atteggiamenti vengono con forza rintuzzati, a favore di emozioni legate alla socialità, alla modestia, allo spirito di squadra e alla cooperazione.

Questa sorta di *understatement* in realtà sembra sottintendere un orizzonte culturale di profilo piuttosto elevato. Il volontariato del soccorso è vissuto come una esperienza collettiva, di squadra e non individuale. Lo sforzo e il sacrificio individuali, laddove si manifestano, devono esprimersi con discrezione. Il riconoscimento di appartenenza alla squadra è qualcosa che deve essere guadagnato con fatica e nel tempo; occorre infatti dar prova di saper persistere, mantenere i propri impegni e di essere altamente affidabili.

Tale cultura delle emozioni sembra fondarsi su un valore anti eroico che in realtà propone un vissuto da "vero eroe". Mentre il "falso eroe" è centrato su se stesso, è spaccone e mette in pericolo sé e gli altri, il "vero eroe" è affiliato alla squadra, mantiene l'equilibrio tra volontariato e famiglia, "tiene" nel tempo ed è profondamente motivato prima di tutto dalla esperienza umana in senso allargato.

Questo "vero" eroe infatti si sente un po' speciale. Sul suo volontariato si regge infatti la possibilità per molti cittadini di ricevere un soccorso urgente, mission che deve essere garantita in quanto impegno assunto consapevolmente. Il soccorso, anche se volontario, non può infatti avere defezioni, e l'impegno preso va mantenuto. Certamente non tutti i volontari del soccorso sono disponibili a questo. L'organizzazione è così demandata a un "core group" di dirigenti esperti, il cui *commitment* è garantito, il quale assi-

cura anche la continuità culturale della organizzazione stessa.

La “cultura delle emozioni” investe naturalmente anche le emozioni che i soccorritori vivono e manifestano durante il servizio. Essi indicano anche attraverso quali strategie le emozioni stesse vengono gestite.

Gestire le emozioni

I testimoni indicano con frequenza quali emozioni risultano appropriate in situazioni di emergenza e il modo di tenere sotto controllo quelle inappropriate. Ne è un esempio la testimonianza con cui questo saggio si apre. Nel caso descritto, le emozioni sono tenute sotto controllo, anche se percepite. Viene indicata inoltre una precisa strategia di gestione (coping): concentrarsi sul compito ignorando tutto quello che non è direttamente concernente il rischio; guardare al problema tecnico, restringere il focus e dissociarsi.

Questo metodo di gestione delle emozioni risulta il più citato; diffuso sembra anche quello della breve discussione con la squadra, così come quello del relax dopo un intervento (mangiare o bere qualcosa insieme).

Più temute invece sembrano essere le situazioni in cui la vittima o i familiari appaiono poco gestibili, ostacolando il soccorso e minacciando i soccorritori con il proprio “caos”. In questi casi i testimoni affermano di non possedere un repertorio di contromisure appropriate e codificate, e l’ausilio di un professionista della relazione è indicato come opportuno.

In linea generale, però, la gestione “umana” dell’emergenza appare alla portata del soccorritore, che cita attenzione alla privacy, disponibilità a parlare per rassicurare la vittima, capacità di esprimere vicinanza. Questo aspetto del soccorso sembra rivesta un particolare valore per i volontari, dal momento che, non occupandosi a fondo dei problemi medici, sentono di avere energia per un aiuto di tipo più “umanitario”.

L’esposizione ai corpi gravemente martoriati suscita invece emozioni durevoli. Anche in questo caso le interviste non segnalano strategie particolari, ma l’impressione che questi episodi hanno suscitato nel protagonista resta permanente. Nelle interviste, così come in incontri informali, i testimoni sembrano interessati a raccontare per esteso, piuttosto che a interpretare, esperienze che hanno segnato la loro vita. Il racconto, il ricordo, il far partecipi altri di eventi così rilevanti sembrano costituire una spinta importante, che andrebbe maggiormente favorita. Iniziative che raccogliessero e valorizzassero queste esperienze potrebbero ottenere il risultato ulteriore di indi-

viduare strategie di fronteggiamento di situazioni “estreme”, e questo al fine di poter essere utili ad altri in circostanze presenti e future.

Bibliografia

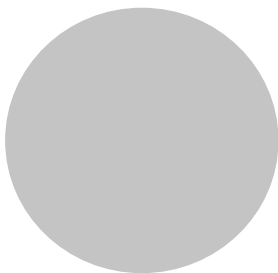
- AA.VV. (2002), *La carta dei valori del volontariato*, www.volontariato.org/interventi/cartavalori.htm.
- AA.VV. (2003), *L'intervento psichiatrico e psicologico negli eventi catastrofici. Linee di indirizzo*, Protezione Civile Regione Piemonte, Torino.
- Bandura A. (1977), *Social learning theory*, Englewood Cliffs, New Jersey, Prentice Hall.
- Bombardieri M. (2003), *Volontariato perché? Le motivazioni*, www.brescia.caritas.it/pdf/scheda03/pdf.
- Bonenti D. (2003), *Le attitudini e la scelta del personale di soccorso*, lezioni all'Università di Padova, Master in Psicologia dell'emergenza.
- Briante G., Brustia P. e Fenoglio M.T (1997), *Elementi di psicologia per il lavoro sociale*, Carrocci, Roma.
- Cannon W.B. (1956), *La saggezza del corpo*, Bompiani, Milano.
- Castelli C. e Sbattella F. (2003), *Psicologia dei disastri*, Carrocci, Milano.
- Cherniss C. (1980), *La sindrome del burn-out. Lo stress lavorativo degli operatori dei servizi socio-sanitario*, Centro Scientifico Torinese, Torino.
- Cox T. (1978), *Stress*, Mc Millan Education, Londra.
- Csikszentmihalyi M. (1990), *Flow: the psychology of optimal experience*, Harper & Row, New York.
- Dolce A., Ricciardi M. e Tarantolo T. (2002), *Lineamenti socio demografici e fattori di rischio di disagio psicologico nel soccorritore volontario della Protezione Civile italiana*, rapporto di ricerca, [http://www.ecomind.it/trauma_psicologico_e_ptsd/disturbo_post-traumatico_\(ptsd\).html](http://www.ecomind.it/trauma_psicologico_e_ptsd/disturbo_post-traumatico_(ptsd).html).
- Erikson E.H. (1984), *I cicli di vita*, Armando, Roma.
- M.T. Fenoglio (2003), *Psicologi di frontiera, la storia e le storie della psicologia dell'emergenza in Italia*, ed. Psicologi per i Popoli, Trento.
- Figley C.F (1995), *Compassion fatigue: coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized*, Brunner/Mazel, New York.
- Galimberti U. (1997), *Dizionario di psicologia*, Ed. Utet, Milano.
- Gardner H. (1985), *La nuova scienza della mente*, Feltrinelli, Milano.
- Gelardi C. (2003), *Il volontariato nell'emergenza: l'immagine del volontariato nelle calamità naturali*, www.volontariato.org/interventi/volontemergenza.htm.
- Gergen, K. e Gergen, M. (1990), *Psicologia sociale*, Il Mulino. Bologna.

- Goffmann E. (1982), *Interaction ritual: essays in face-to-face behaviour*, New York, Pantheon.
- Goleman D. (1996), *L'intelligenza emotiva*, Milano, Rizzoli.
- Lanzara P.F. (1993), *Capacità negativa*, Il Mulino, Bologna.
- Lois J. (2003), *Heroic efforts, the emotional culture of search and rescue volunteers*, New York University Press, New York.
- Mainardi Peron E. e Saporiti S. (1995), *Stress ambientale*, Nis, Roma.
- Maslach C. (1992), *La sindrome del burnout il prezzo dell'aiuto agli altri*, Cittàdella Editrice, Assisi.
- Maslow A.H. (1973), *Motivazione e personalità*, Armando, Roma.
- Menna S. (2003), *Volontarie e volontarie*, www.web.tiscali.it/no-redirect-tiscali/fivol/Banca%20Dati/ricerche.htm.
- Minissi E. (2003), *Un approccio costruttivista all'interpretazione del concetto di volontariato*, www.oikos.org/enzo/costruttivolontariato.htm.
- Pagliacci A. (2000), *Il profilo psicologico del soccorritore*. In AA.VV., *Come affrontare l'emergenza: dalla pianificazione alla verifica sul campo*, atti del II convegno nazionale ufficiali medici corpo militare C.R.I., Santa Margherita Ligure.
- Pagliaro N. (2003), *Coinvolgimento emotivo e volontariato di Protezione Civile*, "S.O.S. Protezione Civile. Periodico di protezione Civile", Anno 4, n. 3, Regione Umbria.
- Pancheri P. (1983), *Stress, emozioni e malattia*, ERI Mondadori, Milano.
- Pearce J.L. (1994), *Volontariato. Motivazioni e comportamenti nelle organizzazioni di lavoro volontario*, Raffaello Cortina, Milano.
- Pezzullo L. (2001), *Psicologia dell'emergenza. Interventi e modelli clinici integrati*, "Psicologia e Psicologi" v. 1, n. 3.
- Ranzato L. e Brivio P. (2002), *Vite spezzate: case per la vita*. In Caritas Italiana, *Ricostruire il domani*, Tecnografica, Roma.
- Ryan, W. (1976), *Blaming the victim*, Vintage, New York.
- Santoianni F. (2000), *Il comportamento collettivo in situazioni di emergenza. Il panico e il ruolo dell'operatore di Protezione Civile*, www.disastermanagement.it/panico.htm.
- Seynaeve G.J.R. (a cura di) (2001), *Psychosocial support in situation of mass emergency, european policy paper concerning different aspects of psychosocial support for people involved in accidents and disasters*, Ministry of Public Health, Belgium.
- Selye H. (1956), *Stress in life*, Mc Graw-Hill, New York.
- Trentini G. (1995), *Manuale del colloquio e dell'intervista*, UTET, Torino.
- Ursano J. et al (1994), *Trauma and disaster, the structure of human coping*,

Cambridge University Press, New York.

Young, H.B., Ford, J.D., Rusek, J.I., Friedman, M. J. e Gusman, F (2002),
*L'assistenza psicologica nelle emergenze. Manuale per operatori e organizzazioni nei
disastri e nelle calamità*, Erickson, Trento.

Maria Teresa Fenoglio è socia di Psicologi per i Popoli – Torino. *Revisione
della bozza a cura di Gian Carlo Franceschetti.*



Giulia Spalla

Onna: la rinascita di una comunità ferita dopo il terremoto

Nel presente articolo viene descritta l'esperienza svolta in Abruzzo, nel campo di Onna, durante i sei mesi successivi al terremoto del 6 Aprile 2009. L'intento dell'autrice è di far capire il senso della presenza degli psicologi nei contesti di emergenza, sottolineando l'importanza di interventi che mirino alla promozione del benessere delle persone, utilizzando le risorse che le comunità già posseggono e quelle che si possono costruire, per attivare dall'interno quei processi che possano contrastare la distruzione materiale, economica e sociale. Lo psicologo diventa così una pedina della comunità che si sta ricostruendo, opera all'interno di tutto il sistema dell'emergenza e si pone come facilitatore della complessa trama di relazioni che si sviluppano fra i soggetti dentro e fuori dal campo. Attraverso l'ascolto attivo l'osservazione partecipe, l'analisi della cultura locale sono stati individuati i bisogni emergenti e sono state promosse le iniziative che rimettessero in moto gli aspetti più vitali della comunità onnese.

Riassunto

Parole chiave: Onna, terremoto, psicologi, risorse, facilitatore.

This article presents the author's experience at Onna camp, in Abruzzo, during the six months following the April 6th 2009 earthquake. Its purpose is to explain the role of psychologists in emergency scenarios. The article underlines the importance, in that kind of contexts, of interventions aimed at promoting people well-being by using the already existing community's resources and the new resources that can develop within it, to stimulate internal processes that can fight back against the material, economical and social destruction. Therefore the psychologist, by operating within the emergency system as a mediator and facilitator of the complex relationships that develop inside and outside the emergency camp, plays an active role inside the community that is trying to rebuild itself. In the Onna case, through active listening, participative observation and analysis of the local cultural environment, the psychologists identified the emerging needs and promoted actions aimed at reactivating the liveliest aspects and resources of the community of Onna.

Abstract

Key words: Onna, earthquake, psychologists, resources, facilitator.

La committenza

Il mio arrivo a Onna è avvenuto quasi per caso. Appena appresa la notizia del terremoto, ho deciso di attivarmi con un gruppo di amici per dare una mano in Abruzzo come cittadini volontari. La scelta del luogo è scaturita da una telefonata che una professoressa della mia scuola di specializzazione aveva ricevuto da una amica di Onna; la donna le chiedeva aiuto per un sostegno psicologico nel suo paese, dove erano morti 40 dei suoi 350 abitanti e dove ancora non erano arrivati psicologi. Quando sono partita per Onna, il 9 aprile, ero mossa dalla voglia di dare una mano come volontaria più che dalla consapevolezza che avrei potuto svolgere lì un lavoro professionale, coinvolgendo anche diversi colleghi e docenti della mia stessa scuola. In emergenza la committenza solitamente è la Protezione Civile, che si muove a livello nazionale e regionale e chiama con sé le squadre di soccorso accreditate e pronte a partire; questo avviene tempestivamente, prima che vi sia una domanda da parte di singoli o di intere popolazioni. Quando sono partita non appartenevo a nessuna associazione e si è posto fin da subito, quindi, il problema dell'accREDITAMENTO. Durante i primi giorni avevo stabilito un rapporto di scambio, professionale ed emotivo, con gli psicologi dell'associazione Psicologi per i Popoli, accreditata con la Protezione Civile. Dopo averne condiviso il modello dell'intervento, ma anche le problematiche relative al nostro accREDITAMENTO, la proposta del presidente nazionale è stata di costituire una nuova associazione provinciale di Psicologi per i Popoli per continuare a lavorare sul campo. È così che abbiamo costituito Psicologi per i Popoli - Siena, con cui abbiamo potuto garantire la nostra presenza a Onna per i sei mesi dell'emergenza.

Le premesse epistemologiche

Come psicologa della salute mi sono affacciata al campo di Onna innanzitutto con l'idea che la lettura della realtà non fosse neutrale ma venisse determinata dalle lenti interpretative, dal metodo, dalla cultura, dalle interazioni in cui come osservatrice ero coinvolta. Il processo di conoscenza, per il paradigma della complessità, implica l'apertura mentale, la scoperta di problemi più che l'individuazione delle soluzioni; un pensiero complesso è pertanto un pensiero che mentre pensa, pensa anche a se stesso pensante (Zanarini in Telfener, 2003). Secondo questa impostazione, il soggetto, perdendo la posizione esterna, "si sporca le mani con le operazioni soggettive del conoscere"

(Telfener, 2003). Entrare in un contesto significa muoversi continuamente entro sistemi in relazione fra loro: è imprescindibile conoscerne le caratteristiche, le dinamiche relazionali, i posizionamenti, i ruoli assunti, gli equilibri, la cultura locale (Braibanti, 2004). È importante focalizzarsi sul rapporto costruttivo che emerge dall'interazione fra l'osservatore e il sistema osservato: il contesto assume valore in quanto luogo che fornisce significato a ogni azione o comunicazione. La psicologia della salute ribalta la lente attraverso cui osservare il mondo e di conseguenza ribalta il modello di intervento: non privilegia la ricerca di malattie, ma si concentra sulle sorgenti di salute e le risorse che esistono nei diversi contesti e che sono reperibili nell'ambiente di vita delle persone a cui è rivolto l'intervento (Bertini, 2001). La salute non è, quindi, intesa come assenza di malattia ma è considerata uno stato positivo o "un esserci nel mondo, un essere insieme ad altri uomini, un essere occupati attivamente, positivamente, dai compiti particolari della vita" (Gadamer, 1994). È la malattia che diventa, in questa prospettiva, assenza di salute, e la cura, aiuto all'organismo per esprimere e realizzare le sue potenzialità. Il benessere, cioè il riconoscimento e lo sviluppo delle competenze e delle risorse individuali, relazionali, ambientali, è qualcosa che l'individuo è chiamato a valutare partendo dai propri criteri personali. La promozione del benessere è legata alla partecipazione attiva e all'autonomia di individui, gruppi e comunità entro cui si opera. Lo psicologo diventa, secondo questa visione, un facilitatore di processo, che opera all'interno della trama di relazioni del terreno dove sta agendo, modulandolo in base ai bisogni e alle risorse proprie di quel particolare ambiente.

Il contesto

L'ingresso nel contesto

Una situazione come quella di un'emergenza non permette un inserimento graduale nel contesto: si viene catapultati improvvisamente in una realtà nuova, del tutto ignota e a contatto con persone sconosciute, ma che diventano improvvisamente molto vicine, data la condivisione di ogni aspetto di quel momento della loro vita. L'ingresso nel contesto si riferisce alle scelte relative al proprio posizionamento, alla costruzione di un ruolo professionale e sociale, alla negoziazione del ruolo stesso con tutti i soggetti presenti, all'analisi del contesto. La scelta del posizionamento era legata alla consapevolezza che, come psicologi in emergenza, andavamo a operare a 360 gradi,

con tutti i nodi del contesto, occupandoci anche di questioni che spesso potevano risultare distanti da quelle tradizionalmente affidate agli psicologi: l'idea di uno psicologo che fosse una pedina del campo, in movimento, presente nei diversi luoghi, in ascolto, ma anche molto attiva, era distante dal classico immaginario dello studio (seppur disposto in una tenda) dove lo psicologo ti aspetta e ti incontra soltanto su richiesta. La costruzione del nostro ruolo è partita proprio dall'esplicitazione di tale posizionamento a tutti i soggetti a cui era diretto l'intervento: era importante essere chiari da subito circa il nostro mandato, spiegare il tipo di lavoro che potevamo fare, stabilire dei confini chiari; non dovevamo assumere atteggiamenti di onnipotenza, facendo promesse infondate, né dedicarci soltanto a poche persone che ci chiedevano più spesso aiuto, ma avere uno sguardo verso tutta la cittadinanza. Come psicologi, assumevamo una funzione non solo a livello professionale ma anche a livello sociale, come pedine di una nuova comunità che si stava delineando, quella del campo di Onna; ci ponevamo come agenti di analisi e cambiamento di un contesto ma al tempo stesso appartenevamo ad esso: vivevamo insieme alla popolazione e ai soccorritori e condividevamo con loro le difficili condizioni igieniche, il freddo e il caldo, la scomodità della tenda, la promiscuità, la cucina della mensa, il tremare della terra. Il ruolo professionale e sociale dello psicologo non solo va costruito a partire dalle dinamiche presenti nel contesto ma deve essere di volta in volta rinegoziato con tutti i soggetti dentro e fuori dal campo. In emergenza, la richiesta di un intervento psicologico non avviene quasi mai direttamente dagli utenti dell'intervento, ed è molto importante considerare questo elemento, entrando nel contesto con delicatezza e rispetto, cercando di capire quale sia la domanda più o meno implicita della comunità. Nel nostro caso era stato un membro della comunità a chiamarci; questo, se da una parte ci spingeva a lavorare dietro a una specifica richiesta, dall'altra ci poneva ulteriori problemi di negoziazione del nostro ruolo: era necessario chiedersi se la popolazione fosse al corrente della richiesta di intervenire fatta a noi psicologi e quale fosse il ruolo della donna che ci aveva contattato all'interno della comunità; dovevamo interrogarci sulle aspettative circa la nostra presenza e sul modo in cui esplicitare la nostra posizione, in un contesto dove comparivamo senza credenziali specifiche o divise di riconoscimento. Al tempo stesso dovevamo esplicitare il nostro mandato e negoziare un ruolo con la Protezione Civile al campo, che era deputata a fare richiesta di psicologi accreditati, e con l'organo di direzione e controllo (DICOMAC) della Protezione Civile Nazionale. L'ingresso al campo è stato pertanto un momento molto delicato: se, da una parte, ci dovevamo confrontare con le emozioni scaturite da una situazione di devastazione

materiale e umana, dall'altra ci siamo dovuti attivare subito per costruire un ruolo come psicologi nel campo, renderlo noto, trasparente, ricontrattarlo, modificarlo.

L'analisi del contesto: Onna prima del terremoto

Onna era un piccolissimo paese nel comune de L'Aquila: una strada principale, due traverse e alcune case sparse, circondato dal verde e dalle montagne innevate, a 600 metri di altitudine, vicino alla catena del Gran Sasso, ai piedi del Parco Nazionale d'Abruzzo; ubicato tra il fiume Aterno e la ferrovia, circondato dalla campagna, molto vicino alla strada statale 17 per L'Aquila, da cui lo separavano pochi chilometri. Il villaggio era piuttosto isolato ma nei dintorni sorgevano alcuni abitati e, lungo la statale, diversi negozi e centri commerciali. Le case erano un centinaio, tutte a più piani: al piano seminterrato erano ubicate le cantine, dove venivano conservati i prodotti alimentari derivanti dal lavoro dell'orto; quasi tutte le case avevano giardinetti con orti privati; oltre al fiume, attraversando un piccolo ponte, si arrivava ad altri terreni coltivati. Nel paese vi erano alcuni servizi: un ambulatorio medico, un centro anziani, la sede della pro loco, un asilo, un forno, un bed and breakfast e due piazze: in una si trovava la chiesa, nell'altra il giardino pubblico; l'asilo raccoglieva 60 bambini di tutta la zona ed era gestito dalle suore di Onna; le scuole elementari e le medie erano nei paesi limitrofi, le superiori a L'Aquila. Prima del 6 aprile gli abitanti erano 350, di età media piuttosto elevata: molti anziani, adulti e pochi giovani; quella di Onna era una popolazione quasi tutta imparentata, come si può notare dal ripetersi dei cognomi. Gli onnesi erano soliti ritrovarsi per la strada o accogliere le persone nelle proprie case; un altro luogo di ritrovo era il Pinnerone, una pietra cilindrica posta a un incrocio; nel forno, in passato, le donne portavano a cuocere il pane e le pizze tutte insieme, cosa che attualmente avveniva soltanto a Pasqua con le torte pasquali. La domenica le persone si incontravano alla messa; legato alla chiesa c'era il coro di Onna, che coinvolgeva diversi abitanti. Nel centro anziani si svolgevano alcune iniziative, soprattutto durante le festività, e serate di balli. La pro loco era molto attiva a Onna: aveva curato l'edizione di alcuni libri e diffuso alcuni volumi scritti da onnesi; aveva dato vita a importanti appuntamenti enogastronomici come la sagra dei prodotti ortofrutticoli a settembre, o eventi storico culturali come la festa della transumanza o la commemorazione dei martiri del quarantaquattro. Un'altra ricorrenza importante era la festa della Madonna del 10 maggio con

la processione per le strade del paese. La maggior parte degli adulti possedeva piccoli terreni con animali e raccontava di dedicarsi spesso alla cura della terra, anche come semplice passatempo. Il tenore di vita delle famiglie era medio-alto: molti abitanti avevano case di proprietà e a volte anche seconde case. Le professioni svolte erano svariate: gestori di esercizi commerciali (c'era chi aveva appena aperto un'attività e chi la gestiva da anni), lavori nel pubblico impiego, maestre delle scuole elementari e dell'asilo di Onna, liberi professionisti, medici, casalinghe, pensionati e via dicendo.

L'analisi del contesto: il campo di Onna

Il terremoto ha provocato la morte di 40 persone di cui 17 sotto i 25 anni; di cento case ne erano rimaste in piedi una decina; i pochi edifici pubblici sono stati distrutti, la piazza e la chiesa erano un cumulo di macerie. Nel primo periodo, la ferrovia aveva interrotto i collegamenti, la strada statale era ancora percorribile ma tutti gli esercizi che vi si trovavano avevano chiuso. L'Aquila città era stata evacuata ed era inaccessibile; quando scendeva il buio, lo spettacolo era impressionante: il capoluogo appariva come una macchia nera, priva di luci; sembrava di arrivare in un paese fantasma. Ristoranti, bar, negozi, tutto era fermo; i pochi esercizi aperti li distinguevi dalle tende poste fuori, dove il gestore abitava di notte per poi lavorare di giorno. Sparsi qua e là erano posti i campi con le tende della Protezione Civile. Onna era diventata un campo formato da tende, adibite a case, chiesa, ambulatorio, ludoteca, sala mensa, magazzini, segreteria organizzativa; all'inizio gli onnesi erano circa 170 ma il numero è andato via via aumentando, dopo che molte persone rientravano dalla costa o dalle case di parenti dove si erano rifugiate. I soccorritori invece, dapprima un centinaio, sono andati sempre più diminuendo, fino a restare, dopo l'estate, poco più di una ventina. La tendopoli era ubicata a pochissimi passi dalle macerie, circondata dagli stessi prati e dalle stesse montagne; a dividere le due Onna c'erano la stradina che portava al fiume e un grande prato, dove adesso sorge nuovamente Onna, con le sue casette di legno. A livello architettonico il campo ha subito profonde modifiche nei sei mesi: dalle tende giganti a 25 posti siamo passati a quelle più piccole a 8 posti, dove le famiglie allargate si sono in qualche modo riunite, iniziando a ritrovare un po' di intimità. Ad un certo punto sono iniziati a spuntare qua e là piante, sedie e tavolini fuori dalla tenda; dentro, quasi tutti avevano la televisione, qualche mobile recuperato e i letti sempre rifatti. L'ubicazione delle tende è variata nei mesi, sono stati aggiunti container e

gazebo e il campo si è via via allargato, per poi restringersi di nuovo e far posto alle fondamenta delle casette di legno. All'inizio il campo era recintato e l'ingresso era controllato, per evitare lo sciacallaggio: venivano chiesti tesserini di riconoscimento anche alla popolazione, che doveva girare per il campo con un cartellino. Pian piano la situazione si è normalizzata. Nel campo sono stati inseriti anche elementi architettonici simbolici, recuperati dalle macerie, come le campane storiche della chiesa, poste su un'impalcatura adibita a campanile accanto alla tenda-chiesa, che hanno ripreso a suonare per chiamare le persone alla messa. Un altro recupero è stato il Pinnerone, adagiato, dopo pochi giorni dal terremoto, vicino alla mensa: quella pietra è diventata un luogo simbolico importante, dove le persone si ritrovavano e parlavano della loro storia passata, dei molteplici incontri fatti proprio lì.

Gli atteggiamenti della popolazione

Entrare in relazione con un onnese voleva dire entrare in relazione con una persona che, quasi sicuramente, aveva perso la casa, una o più persone care e spesso il lavoro; quella di Onna è stata infatti una comunità colpita collettivamente dalle perdite e dai lutti. L'elaborazione del lutto doveva riguardare, secondo noi, un processo collettivo, in cui la solidarietà diffusa, la partecipazione al dolore altrui e l'attenzione all'altro erano elementi essenziali. La solidarietà è stata indubbiamente una molla forte per le persone che, fin dai primi giorni, chiedevano informazioni sullo stato di salute di altri membri della comunità e ci suggerivano di parlare con chi, secondo loro, era più bisognoso. Anche nei racconti sulla notte del sisma emergeva spesso che gli abitanti si erano aiutati a vicenda, tirando fuori corpi dalle macerie a mani nude, dando la precedenza ai vivi, anche se non erano loro parenti; alcuni si ritenevano fortunati rispetto a chi aveva perso di più ma questi ultimi non si definivano come più sfortunati. Molti onnesi dichiaravano di volersi iscrivere alla Protezione Civile, una volta "tornati alla normalità", per ricambiare il sostegno ricevuto, aiutando le persone in difficoltà. Non sono mancati, comunque, i paragoni e le invidie, che sorgevano soprattutto riguardo ai risarcimenti post-terremoto, sia rispetto alla popolazione che agli altri campi: la paura, che sfociava spesso in un atteggiamento di vittimismo, era che agli altri sarebbero spettate maggiori risorse economiche. In realtà, quella di Onna, proprio perché particolarmente colpita e quindi simbolo della tragedia, è stata una comunità molto sostenuta a livello di risorse sia umane che materiali. Se, da una parte, tanta solidarietà veniva accolta con gioia dagli onnesi e conside-

rata un piccolo risarcimento, dall'altra era comunque alto il rischio di strumentalizzazioni. Le televisioni erano sempre presenti sul campo e il governo mandava spesso una sua rappresentanza a fare visita a Onna: questo piccolo paese veniva preso come un esempio rappresentativo della gestione dell'emergenza Abruzzo ma in tanti altri campi le cose andavano molto diversamente. Non è un caso che sia stato proprio quello onnese uno dei primi campi ad essere smantellato e a compiere il passaggio alle casette di legno, laddove ancora si dormiva nelle tende quasi in tutto il territorio aquilano. Anche in questa occasione sono sorti paragoni fra gli abitanti, sul tipo di cassetta o sulla vicinanza alla strada anziché al fiume. Gli onnesi erano soliti rappresentare l'abruzzese come "una persona riservata, spesso chiusa ma anche tenace, autonoma, forte, difficilmente incline ad abbattersi" e descrivere le relazioni con i paesi limitrofi come piuttosto insignificanti. Rispetto al terremoto, le persone raccontavano spesso di come avevano vissuto quella notte, ricordandosi molti dettagli, anche se nei primi mesi la parola terremoto non veniva mai pronunciata: il sisma era nominato come fosse una persona, un mostro, un'entità con cui sembrava possibile entrare in relazione e verso cui si esprimevano emozioni come la rabbia, il disgusto, il disprezzo. Si parlava di ingiustizia, destino, miracoli, coincidenze; c'era una forte paura che venissero distrutte nuovamente le loro vite. Col passare del tempo il terremoto è stato nominato per quello che era, una catastrofe naturale, ma restava forte il senso di ingiustizia e soprattutto la rabbia per una tragedia che si sarebbe potuta evitare; dai racconti emergeva il senso di colpa per non essersi messi ai ripari, cosa che, secondo gli onnesi, le generazioni passate avrebbero fatto senza esitare.

Il posizionamento

Quando ci siamo affacciati per la prima volta al campo di Onna, il 9 aprile, tante domande ci attraversavano la mente. Come fare a risollevarne una comunità così duramente colpita? Come fare a farsi accettare da persone che ci vivevano come estranei e che non avevano richiesto direttamente il nostro aiuto? Mentre ti interroghi e cerchi una risposta alle tue domande, devi attivarti e iniziare a lavorare. La nostra idea era che, per lavorare in emergenza, uno psicologo dovesse innanzi tutto saper sospendere l'azione, cosa che poteva apparire paradossale, nel momento in cui la parola emergenza faceva pensare al movimento, all'urgenza, alla necessità di attivare tempestivamente risorse dall'esterno. Ci è sembrato invece da subito importante conoscere e

capire la realtà che ci circondava, per attivare dall'interno quei processi che potessero contrastare una simile distruzione materiale, economica e sociale. Ci siamo posti in ascolto della comunità, osservando in modo partecipe, entrando a stretto contatto con la cultura locale, operando all'interno di tutto il sistema dell'emergenza: il campo e i soggetti che lo abitavano, la relazione fra i diversi campi, le istituzioni locali e nazionali, gli aiuti provenienti da svariate parti del paese e del mondo, l'informazione e i suoi attori. Il tentativo era di promuovere iniziative che individuassero gli aspetti più vitali delle persone e che rendessero gli abitanti attivi di fronte a un evento traumatico, che rischiava altrimenti di trasformarli in vittime impotenti. Lo psicologo poteva posizionarsi, quindi, come facilitatore di questa complessa trama di relazioni nello spazio e nel tempo: studiare il passato, ponendo attenzione ai racconti individuali ma anche alla trama della storia collettiva, alle narrazioni che esprimevano la cultura locale, raccontando di abitudini quotidiane, di rituali e festività; analizzare il presente, nei termini di bisogni personali e sociali, all'interno di un contesto che poneva i limiti ma anche le risorse per intervenire; mantenere uno sguardo costante verso il futuro, terreno di una possibile realizzazione dei desideri individuali e collettivi, all'interno di una nuova comunità che si sarebbe costituita. Proprio dall'incontro fra la storia, le tradizioni, le abitudini precedenti e le necessità, le aspettative, gli stimoli che sarebbero emersi dopo il terremoto, si sarebbe determinata una rinascita. Ci siamo posti da subito in ascolto degli abitanti nei diversi luoghi del campo. Ci è sembrato naturale incontrare le persone nelle strade e sedersi accanto a loro alla mensa; da allora non abbiamo mai saltato un pasto: il pranzo e la cena diventavano momenti di conoscenza e di scambio importantissimi; è lì che le persone si incontravano, si fermavano, ricostruivano pian piano una routine; lì iniziava a delinearsi la nuova comunità. Ci ritrovavamo perfino nei bagni, la sera per lavarsi i denti, di giorno per fare la doccia. Nel pomeriggio andavamo insieme alla messa, a prescindere dalle nostre credenze religiose, semplicemente per condividere un momento corale e denso di emozioni. Siamo andati spesso con le persone a fare passeggiate nei campi, a cogliere gli asparagi selvatici, a recuperare qualche uovo dalle galline sopravvissute. Abbiamo costruito insieme spazi ricreativi come la ludoteca e siamo andati in biciclette con i ragazzi, dopo aver girato con loro i pochi negozi aperti per cercare di ripararne alcune. Abbiamo condiviso la passione per gli animali, andando a dare da mangiare ai cani, assistendo, nella notte di luna piena, alla nascita di un asinello. Ci è sembrato questo l'unico modo per entrare in contatto con le persone: vivere con loro e provare a capire le loro emozioni, rispettando la riservatezza e i tempi di ognuno; provare a empatizzare con

chi ci stava di fronte, sapendo che non ci saremmo mai potuti immedesimare fino in fondo con i suoi sentimenti ma provando comunque a conoscerli e a capirli. Ci siamo posti in ascolto dei soccorritori, delle loro emozioni, delle difficoltà incontrate nel relazionarsi quotidianamente con il dolore di altre persone ma anche del loro punto di vista sulla popolazione e sulle possibili strade da percorrere per un nuovo sviluppo. Ci siamo infine posti in ascolto dei colleghi, della peculiarità del lavoro in altri campi, dei tratti comuni degli interventi e delle risorse umane e materiali da poter condividere.

L'analisi dei bisogni e l'attivazione delle prime risorse

I bisogni e le risorse presenti nel contesto andavano inquadrati alla luce dei continui mutamenti a cui assistevamo nel periodo dell'intervento e di quelli che sarebbero potuti avvenire in futuro. Cambiavano gli spazi: il campo si allargava, si restringeva, le tende diventavano più numerose, poi più solide; aumentavano le strutture da poter sfruttare per i diversi servizi. Le risorse materiali, all'inizio scarse, aumentavano di colpo, poi mancavano di nuovo, poi erano in eccesso; anche le presenze umane mutavano: il numero dei soccorritori aumentava poi diminuiva, i volti erano diversi, si modificavano i ruoli di potere e le decisioni prese da governo e istituzioni locali. Cambiavano le condizioni naturali: il terremoto si placava, poi continuava a farsi sentire; piano piano la neve si è sciolta, cadeva la pioggia, il sole iniziava a bruciare. Spesso i bisogni indicati dalle persone riguardavano aspetti molto pratici e concreti ma anche bisogni sociali, di sostegno psicologico ed emotivo, di accesso alle informazioni e al potere decisionale. Si poneva, da parte nostra, la necessità di indicare una gerarchia dei bisogni, in base al momento dell'emergenza e alle risorse disponibili. La necessità maggiormente citata da tutta la popolazione, dai bambini agli anziani, era "il ritorno al quotidiano, alla normalità"; sembrava impossibile che questo bisogno si realizzasse, anche in minima parte, data la perdita delle persone care, delle case, del paese intero, spesso del lavoro. Si è rivelato invece molto importante lo studio delle abitudini quotidiane, proprio per far sì che la comunità si riattivasse, partendo dalle piccole cose. Per i bambini era importante tornare a scuola, ritrovare i compagni di classe, riprendere a giocare. Il periodo della riapertura delle tende-scuola è stato, infatti, un momento decisivo per gli scolari: in quell'occasione abbiamo creato un'iniziativa di corrispondenza fra i bambini delle diverse scuole, che sono stati stimolati a scrivere e a disegnare, esprimendo così le loro emozioni sull'accaduto. Un altro passatempo era girare

con le biciclette, che purtroppo erano andate distrutte; abbiamo pertanto istituito un laboratorio per ripararle e costruirne di nuove insieme ai bambini, che potevano così riappropriarsi di un gioco ma anche di uno spazio di libertà e contatto con la natura. Quello che chiedevano gli adolescenti era di poter riprendere a giocare, incontrare i coetanei, utilizzare i computer, uscire la sera; li abbiamo quindi aiutati nel farsi promotori, verso gli adulti, di alcune richieste, come un'area dove poter giocare a calcino o ping pong e alcuni computer con la connessione a Internet. Una sera li abbiamo portati a un concerto organizzato da giovani di un campo limitrofo, mentre con alcuni ragazzi più grandi abbiamo cercato di organizzare una cena in pizzeria, sia per stimolarli a uscire dal campo, sia per provare un graduale inserimento nei luoghi in muratura. Gli adulti desideravano soprattutto riacquistare la propria autonomia e il potere decisionale, tornare a lavorare, gestire in prima persona la propria vita, ritrovare l'intimità familiare e la privacy con il partner. È stata proprio questa fascia di età, infatti, a rendersi da subito molto attiva, occupandosi della gestione del campo e delle questioni relative al processo di ricostruzione. Il nostro ruolo è stato di stimolarli e seguirli nella realizzazione delle diverse iniziative. I primi giorni abbiamo accompagnato una ragazza onnese nell'attività di raccolta di dati sulla situazione demografica del campo (parentele, età dei residenti, impiego, nucleo familiare, divisione nelle tende). Tale censimento permetteva, in un certo senso, di iniziare a costruire la nuova comunità di Onna; finalmente si iniziavano a contare i vivi e non i morti, come si era fatto, invece, fino a quel giorno. Abbiamo seguito la costituzione di un comitato operativo, che ha poi dato vita a un'associazione, Onna Onlus¹, per permettere una presa di decisione collettiva sulla gestione dei soldi, delle risorse offerte, di tutti gli aspetti riguardanti la comunità. Abbiamo stimolato costantemente le persone a farsi promotrici, verso la Protezione Civile, di una serie di richieste, che permettessero loro di riacquistare un certo grado di autonomia e di intimità all'interno del campo (aiuto in cucina, disposizione all'interno delle tende, gestione degli spazi comuni, orari delle attività, ecc.). Con lo stesso spirito abbiamo seguito le vicende relative alla ripresa dell'attività lavorativa, nei termini di rapporti con i sindacati, le istituzioni, le università, i privati. Un'altra esigenza che gli adulti, ma soprattutto gli anziani, esprimevano, ri-

¹ La Onlus era composta all'inizio da circa 100 onnesi, un direttivo di 9 persone, un presidente, un vicepresidente e un segretario. Non tutti gli abitanti avevano, infatti, deciso di aderire all'associazione. Da aprile 2009 a oggi, Onna Onlus è cambiata ma sta ancora mantenendo attiva la sua funzione. Dopo l'esempio onnese, sono nate, in molti altri territori dell'aquilano, associazioni come forme di rappresentanza partecipata.

guardava la cura degli animali e la coltivazione della terra; quasi tutti gli onnesi possedevano orti privati ed erano soliti coltivarli e gestirli personalmente, per poi utilizzare i prodotti come scorte alimentari per tutto l'anno; a primavera sarebbe dovuta iniziare la semina ma il terremoto aveva reso inaccessibili i terreni, sia quelli adiacenti alle case, sia quelli oltre il fiume, a causa del crollo del ponte. L'idea è stata di provare a realizzare un orto collettivo, recuperando il lavoro della terra e tentando una riconciliazione simbolica con il suolo, percepito come minaccia. La maggior parte degli adulti e degli anziani andava a messa tutti i giorni e la chiesa era anche un luogo di ritrovo per la comunità; subito dopo il terremoto è stata disposta una tenda-chiesa dove tutti i pomeriggi alle 18 e ogni domenica alle 10 veniva celebrata la messa. A volte, in situazioni così critiche, ci sono abitudini che possono sembrare superflue, come quella di tagliarsi i capelli o farsi una messa in piega; una mattina sono arrivati a Onna dei parrucchieri volontari che hanno istituito una tenda-parrucchiere: le persone si affrettavano e facevano la fila per farsi acconciare i capelli, riacquistando, in un certo senso, la dignità di prima. Anche il giorno in cui sono arrivati i trucchi è stato per le donne un momento di orgoglio e riappropriazione della propria femminilità e cura del corpo. In un contesto così diverso, come quello di un campo in emergenza, non potevano che emergere anche abitudini nuove, a cui la popolazione si è infine legata, fino a farle diventare parte della futura progettazione del paese. Una novità era, per esempio, che le persone si ritrovavano quotidianamente in un grande spazio comune: se da una parte questa era una situazione obbligata, a causa della distribuzione dei pasti, lo stare insieme era comunque diventato una risorsa per tutti. E così è sorto un nuovo bisogno, per cui la popolazione si sarebbe spesa, dopo il passaggio alle casette di legno: gli onnesi hanno fatto pressione affinché, nel paese futuro, fossero istituiti alcuni spazi comunitari.

La costruzione degli obiettivi

In un contesto così mutevole come quello di una comunità colpita dal terremoto, anche gli obiettivi dell'intervento si modificavano continuamente, dovendo seguire i cambiamenti a tutti i diversi livelli; cambiavano gli obiettivi perché cambiavano il contesto, i bisogni e le aspettative delle persone, i vincoli spaziali e temporali, le risorse a disposizione. Sullo sfondo avevamo individuato obiettivi generali, come tracce che indicavano il cammino da seguire ma dove la meta finale non era data ma anzi in continua costruzione ed

evoluzione. Non esisteva, infatti, una soluzione ottimale, stabilita a priori. La nuova Onna che si andava costruendo non sarebbe stata la somma delle singole fantasie ma una comunità dove l'identità passata si sarebbe contaminata con elementi inediti, relativi alle perdite e ai lutti ma anche alla forza di aver superato collettivamente un momento così difficile, ai nuovi rapporti nati, alla riscoperta di emozioni, sentimenti e valori, come la solidarietà. Gli obiettivi generali sono scaturiti dall'analisi del contesto e dallo studio di interventi passati in realtà simili a quella dove si stava operando; entro questo ambito, abbiamo costruito, insieme alla popolazione, anche obiettivi più specifici, tenendo conto dei bisogni emergenti e delle risorse presenti nelle diverse fasi dell'emergenza (vedi Tabella 1 nella pagina seguente).

La metodologia e gli strumenti di lavoro

Il metodo di lavoro, come già specificato, ha riguardato l'ascolto attivo delle persone, l'osservazione partecipe, ponendo attenzione a tutti i nodi del contesto e allo scambio con i colleghi nel campo e fuori. Due aspetti, su cui mi vorrei soffermare, riguardano la modalità di funzionamento del gruppo di lavoro e gli incontri di supervisione. Il nostro gruppo di lavoro era formato da circa 25 persone, soprattutto ragazze e ragazzi giovani, provenienti da diverse regioni d'Italia. Alcuni di noi non si sono mai incontrati sul campo, dato che ci eravamo organizzati con turni settimanali di due psicologi alla volta. I contatti con gli altri componenti del gruppo erano, comunque, molto frequenti, tramite scambi di e-mail o telefonate; il gruppo, in un certo senso, era sempre presente per chi lavorava sul campo: un luogo mentale di confronto, conforto e condivisione in cui i ruoli non erano rigidi e la forza stava nella fiducia reciproca. Alla fine di ogni turno veniva compilato un report, dove si evidenziavano le dinamiche fra tutti i nodi del sistema, i problemi incontrati, gli appuntamenti futuri e tutto ciò che sembrasse utile per facilitare l'ingresso nel campo dei due colleghi in arrivo, senza che questa alternanza inficiasse la continuità del lavoro. Il passaggio di consegne doveva avvenire nel rispetto di tutti, evitando di suscitare sentimenti di abbandono, chiarendo bene i tempi di un eventuale ritorno al campo. La condivisione di un'esperienza così intensa, infatti, spingeva gli onnesi, in particolare i soggetti più fragili e isolati, a legarsi molto ai volontari, trovando in loro nuove figure di riferimento; se il nostro era prevalentemente un lavoro di comunità, questo non escludeva comunque l'instaurarsi di relazioni più strette con alcune persone. Andava prevista la sovrapposizione di qualche ora con il collega in ingresso per poter indicare gli aspetti più importanti (luoghi, persone da te-

Tabella 1. Obiettivi generali e specifici dell'intervento.

Obiettivi generali

A breve termine

La promozione della capacità di riconoscere le risorse personali e sociali entro il contesto di appartenenza.
La promozione di un comportamento attivo rispetto alla conoscenza e all'utilizzo dei servizi del territorio.
Il contenimento di eventuali impulsi autodistruttivi.
Il rafforzamento del potere decisionale e dell'assunzione di una responsabilità personale e collettiva.
Il mantenimento di un tessuto di comunità, laddove vi era un rischio di sfaldamento.
La spinta a individuare gli aspetti di resilienza presenti nella comunità.
L'implementazione o la costruzione (dove assente) di legami con gli altri paesi colpiti e la messa in comune delle risorse condivisibili.
La diffusione delle informazioni necessarie per la gestione dell'emergenza in corso.
La promozione della comunicazione tra i diversi soggetti presenti nel campo.
La chiarificazione e il rispetto dei diversi ruoli e limiti delle persone e la capacità di posizionarsi in relazione ad essi.

A lungo termine

L'avvio di un processo di elaborazione del lutto.
Il ripristino delle reti sociali esistenti o l'implementazione delle stesse.
L'aumento del senso di autoefficacia rispetto alla gestione del post-emergenza.
La promozione di conoscenze adeguate per gestire eventuali nuove catastrofi.
Il ritorno a un impegno nella quotidianità, tenendo conto dei cambiamenti avvenuti.
La spinta a un processo di promozione e protezione del bene comune.
L'aiuto nel processo di costruzione di una nuova identità collettiva, tramite la promozione dello sviluppo di comunità e del senso di comunità.

Obiettivi specifici

Il ripristino di alcune abitudini quotidiane.
Il ripristino, dove possibile, dell'attività lavorativa.
La circolazione delle informazioni entro il campo e la promozione di un atteggiamento di trasparenza circa le decisioni prese dai soccorritori e della rappresentanza della popolazione.
L'aiuto nella presa di decisione rispetto a questioni specifiche (casa, lavoro, sussidi, ecc.).
L'aumento degli scambi con i campi limitrofi.
La gestione delle emozioni legate a situazioni contingenti.

nera maggiormente sotto controllo, figure chiave) e fare le dovute presentazioni; queste ore servivano agli psicologi uscenti per salutare e prepararsi al distacco e ai colleghi in entrata, per inserirsi con calma nel contesto, senza passare subito all'azione; spesso, infatti, chi entrava lamentava un senso di "disorientamento e inutilità", tendendo ad abbattersi o al contrario a mettersi subito in moto per colmare tale sensazione. Anche l'uscita dal campo era un momento denso di emozioni; alcuni colleghi hanno riferito una forte commozione e ansia nel gestire l'uscita dal campo e nel salutare le persone con cui erano stati più a contatto o anche senso di colpa per la sospensione di un progetto. Era utile prendere consapevolezza di questi vissuti e parlarne in un apposito spazio, quello della supervisione. Ogni due settimane era prevista, infatti, una riunione di supervisione per condividere informazioni ed emozioni, ricevere feedback e permettere un adeguato passaggio di consegne. La supervisione era intesa come spazio di fiducia e di confronto ma anche come un momento di distacco (le riunioni si tenevano a Roma), di pausa e di sospensione del tempo. Alcuni di noi arrivavano in supervisione direttamente dal campo di Onna, carichi di vissuti e pensieri; era quello il primo luogo per staccare e riconnettersi con il mondo fuori dall'emergenza. In supervisione era importante abbassare le difese e dare spazio al gioco e all'ironia, rispettando i silenzi e avendo il coraggio di viverli, e dare il tempo alle emozioni di emergere per poterle elaborare entro uno spazio protetto.

Per quanto riguarda gli strumenti, nella Tabella 2 (vedi pagina seguente) specifico gli obiettivi e le fasi dell'intervento in cui sono stati utilizzati. Riporto in Appendice gli strumenti che ho espressamente costruito per lavorare sul campo.

Le attività svolte

Come psicologi abbiamo posto una particolare attenzione ai processi di convivenza nel campo e abbiamo stimolato e sostenuto gli onnesi nell'ideare e costruire alcune iniziative. Per descrivere le attività svolte potremmo suddividere il nostro intervento in cinque fasi e riportare in modo schematico i diversi passaggi.

Prima fase (aprile 2009). Primo contatto con la popolazione e con tutti i soggetti coinvolti per individuare i bisogni principali e conoscere il contesto:

- ingresso nel campo e costruzione di un ruolo professionale e sociale;

Tabella 2. Strumenti, obiettivi e fasi dell'intervento.

STRUMENTO	OBIETTIVI	FASE
Mappatura per l'ingresso nel campo.	Permettere un ingresso dello psicologo nel campo funzionale.	Ingresso al campo.
Griglia per l'analisi del contesto (Appendice 1).	Conoscere approfonditamente il contesto dell'intervento.	Primo periodo nel campo.
Colloqui informali (Appendice 2).	Conoscere le abitudini precedenti, i bisogni e le risorse attuali, i desideri della popolazione.	Durante tutte le fasi.
Colloqui strutturati.	Dare un sostegno individuale, permettere la rimozione di un'eventuale sintomatologia pericolosa per il soggetto.	Durante tutte le fasi (solo su richiesta esplicita).
Colloqui con i soccorritori (Appendice 3).	Conoscere difficoltà e risorse a tutti i livelli, avere un altro sguardo sulla popolazione, sostenere i soccorritori.	Durante tutte le fasi.
Report con il gruppo di lavoro (Appendice 4).	Permettere un corretto passaggio di consegne, garantendo la continuità del lavoro psicologico.	Durante tutte le fasi (alla fine di ogni turno).
Riunioni e resoconti con i colleghi di altri campi (stesso COM; Appendice 5).	Mettere in comune bisogni e risorse.	Durante tutte le fasi.
Report non strutturati (e-mail, resoconti, discorsi, seminari, ecc.).	Permettere la diffusione del lavoro svolto, ottenere suggerimenti da altri colleghi.	Durante tutte le fasi e anche dopo l'emergenza.
Griglia per il report delle attività costruita dagli onnesi.	Informare tutta la popolazione in merito alle attività svolte dagli psicologi.	Durante tutte le fasi.

- negoziazione del ruolo con tutti i soggetti coinvolti;
- sostegno alla popolazione e costruzione di una relazione di fiducia, attraverso l'ascolto e i colloqui informali;
- accompagnamento nell'attività di censimento della popolazione;
- spinta alla costruzione di una banca dati per gestire tutte le risorse presentate ad Onna;
- accreditamento attraverso l'Associazione Nazionale Psicologi per i Popoli;
- avvio di un coordinamento con tutti gli psicologi presenti sul territorio;
- contatti con la stampa per descrivere lo stato della popolazione e il tipo di intervento.

Seconda fase (maggio-giugno 2009). Accompagnamento nell'esplicitazione dei bisogni emergenti verso un recupero della quotidianità:

- organizzazione di colloqui più strutturati, in seguito all'emersione crescente di domande di ascolto psicologico da parte della popolazione;
- costruzione di eventi ludico-ricreativi con bambini e ragazzi;
- allestimento e organizzazione della tenda ludoteca e sostegno alla genitorialità;
- spinta nell'allestimento di una segreteria - dove poter accogliere tutte le persone che arrivavano al campo per prestare aiuto - per avere una gestione centrale e coordinata;
- collaborazione con le suore per l'organizzazione della tenda-asilo e riflessione sull'organizzazione di spazi per l'infanzia;
- promozione di un censimento dei ragazzi in età scolare e avvio di un coordinamento fra gli insegnanti, gli altri psicologi del COM 5 e una rappresentanza istituzionale, per gestire la ripresa delle scuole;
- organizzazione di una carovana con un'asinella per una corrispondenza scritta fra i bambini dei diversi campi, in concomitanza con l'apertura delle scuole-tenda;
- promozione di un lavoro di rete tra le diverse associazioni presenti nel campo;
- accoglienza e coordinamento delle offerte di servizi di sostegno

- e animazione provenienti da altri campi (clown, artisti, animatori);
- avvio di alcune iniziative con i ragazzi, per facilitare l'uscita dal campo e la connessione con le reti e le associazioni giovanili del territorio;
- aiuto nell'accesso ai servizi attivati (sindacati, ordini professionali, associazioni, università);
- costituzione dell'associazione Psicologi per i Popoli – Siena.

Terza fase (luglio-agosto 2009). Passaggio a un lavoro per progetti:

- partecipazione (e creazione di una documentazione) al Tavolo Tecnico per la ricostruzione del paese, con l'intento di facilitare la comunicazione tra le diverse componenti presenti;
- collaborazione alla progettazione e alla conduzione degli incontri multidisciplinari per il progetto "La terra trettoca... Ji no!" (a cura dell'INGV);
- tutoraggio per la creazione di un blog e di un gruppo su Facebook con gli adolescenti;
- studio di verifica della qualità del servizio svolto dai Vigili del Fuoco del Comando Regionale del Lazio;
- focus group con la popolazione (donne, ragazzi, giovani adulti e uomini), con la finalità di creare un maggior coinvolgimento e definire alcuni aspetti della convivenza al campo;
- gruppi di discussione con i volontari della Protezione Civile, per ridefinire le modalità del loro intervento;
- costituzione di un laboratorio di ceramica con la popolazione e due ceramiste volontarie;
- promozione di un laboratorio di costruzione e utilizzo della bicicletta con i ragazzi, tramite l'associazione Ri-Ciclo e il Comune di Firenze.

Quarta fase (settembre 2009). Avvio alla chiusura dell'intervento:

- preparazione all'uscita dal campo della popolazione e dei volontari;
- accompagnamento durante il processo di ingresso nel villaggio di legno.

Quinta fase (ottobre- dicembre 2009). Implementazione di alcuni progetti con una presenza saltuaria sul territorio (in via di sviluppo):

- prosecuzione di due attività ancora da terminare (laboratorio di ceramica e focus group per la scrittura di un libro insieme alla popolazione);
- ricerca di risorse economiche per promuovere nuove iniziative sul territorio (partecipazione a un bando del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali).

Inoltre, al campo di Onna abbiamo realizzato le seguenti attività trasversali all'intervento psicologico:

- ascolto della popolazione;
- accompagnamento nelle case distrutte con i Vigili del Fuoco;
- ascolto, sostegno e collaborazione con i volontari presenti, per favorire la rielaborazione emotiva dei vissuti emergenti e riflettere sulla motivazione dello stare al campo;
- sostegno alla popolazione nel rimettere in moto le iniziative tradizionali del paese (ricorrenze, iniziative culturali, sagre);
- gestione del volontariato in materia di psicologi animatori ed educatori;
- partecipazione a riunioni con il capo campo;
- partecipazione a riunioni con una rappresentanza della popolazione;
- partecipazione alle riunioni di coordinamento con i volontari psicologi (DICOMAC e COM5), per condividere le diverse esperienze di lavoro, mettere in comune bisogni e risorse, e coordinarsi con i servizi sanitari territoriali.

In generale, l'intervento psicologico al campo di Onna si è ispirato ai seguenti principi guida trasversali:

- ridefinizione continua dell'intervento rispetto ai bisogni emergenti;
- attenzione focalizzata sull'accompagnamento in un processo di elaborazione emotiva del lutto e dell'evento traumatico subito, nel rispetto dei tempi e delle modalità di ognuno, stimolando le

- risorse presenti, per favorire e facilitare un processo di ricostruzione della quotidianità;
- particolare attenzione ai processi di convivenza al campo, con un lavoro strutturato su due livelli: la popolazione colpita dal sisma e gli operatori coinvolti nell'aiuto alla popolazione.

I nodi del contesto

Come già sottolineato, un aspetto importante del nostro lavoro di psicologi ha riguardato la relazione con tutti i nodi del sistema di aiuti, nel tentativo di agevolare la comunicazione e ottimizzare le risorse, attraverso la messa in rete delle competenze e delle disponibilità di ognuno, rispettando le differenze dei reciproci ruoli e mandati.

Per quanto riguarda i soccorritori (Protezione Civile Italiana e Tedesca, Vigili del Fuoco, medici del Punto Medico Avanzato/PMA, associazioni religiose), con loro la popolazione ha stabilito fin dai primi giorni un legame molto stretto mostrando riconoscimento e gratitudine, con il timore, però, che vi fosse un grande aiuto iniziale e un abbandono drastico in un secondo momento. Se, da una parte, c'era il bisogno di rendere attive le persone e metterle in grado di trovare le risorse per ricostruire la propria vita, dall'altra era importante accompagnarle in questo percorso, senza prevedere cambiamenti repentini da una fase di totale accudimento a una di totale autonomia.

La Protezione Civile è stata la pedina chiave del campo: lo ha montato, gestito in ogni suo aspetto organizzativo per sei mesi e infine smontato. L'obiettivo della Protezione Civile era di soddisfare il più possibile le esigenze della popolazione; come psicologi abbiamo tentato di rendere l'intervento il meno assistenziale possibile ma anche di rispettare la motivazione e il mandato dei volontari; dovevano partire proprio da loro le iniziative volte a favorire l'autonomia e la responsabilizzazione degli onnesi, come il coinvolgimento delle persone nella cucina e in altri lavori del campo, nella disposizione delle tende, nella pulizia, nella raccolta dei rifiuti e nella richiesta dei beni materiali. Il nostro lavoro si è coordinato con quello della Protezione Civile in ogni suo aspetto; siamo stati coinvolti nelle decisioni riguardanti la gestione del campo: dove ubicare le tende, come comunicare con le persone in merito ai cambiamenti strutturali, come gestire la mensa e così via; c'era la consapevolezza che anche questi aspetti avessero a che fare con il benessere di una comunità che stava cercando di riorganizzarsi.

I Vigili del Fuoco sono stati un'altra figura determinante, impegnati fi-

sicamente e anche emotivamente, fin dalle prime ore, per effettuare *in primis* il recupero delle persone e poi quello degli oggetti nei sei mesi di vita del campo. Anche con loro abbiamo lavorato a stretto contatto, nell'accompagnare insieme le persone all'interno delle case per il recupero di oggetti e mobili e nel fornire un supporto psicologico a chi lo richiedeva. Ogni giorno, per tutto il giorno, i vigili entravano nel paese per recuperare gli oggetti indicati dagli abitanti nelle case distrutte. Il loro lavoro era continuo, senza sosta, senza esaltazioni, nel silenzio e nel rispetto per quei momenti densi di emozioni. La sera il presidio dei vigili era diventato un luogo di ritrovo per i volontari e per la popolazione: le persone stavano lì a mangiare, bere e parlare fino a tarda notte; era un luogo che riportava alla vita, alla gioia di stare insieme, di scherzare. Ubicato accanto alle macerie, sembrava paradossale riuscire a sorridere proprio lì; tuttavia, era uno spazio fisico e temporale di speranza e leggerezza. Alcuni onnesi erano soliti trascorrervi spesso la serata e tenevano molto a quei momenti di scambio e conforto. Come associazione abbiamo anche condotto uno studio di verifica della qualità del servizio svolto dai Vigili del Fuoco, sottoponendo alla popolazione un questionario, che ha rilevato la positività di questa presenza coraggiosa, onesta e gentile. Anche il PMA è stato presente per tutti i sei mesi di vita del campo; il primo mese era un luogo molto frequentato: le persone si facevano curare le ferite causate dal terremoto. Poi, gradualmente, le richieste di intervento sono diminuite. Con medici e infermieri avevamo un rapporto quotidiano, per conoscere le problematiche e l'atteggiamento mostrato dalle persone. Dopo le prime settimane abbiamo cercato di fare incontrare il medico di base con i medici del PMA, per far sì che la comunicazione fra i due soggetti potesse agevolare il lavoro in emergenza e un successivo passaggio di consegne al medico ambulatoriale.

A Onna si è affacciata una miriade di associazioni o persone singole per offrire aiuto; due in particolare, la Lega Missionaria Studenti e Islamic Relief, hanno vissuto a Onna per sei mesi. Molto importanti sono stati anche gli aiuti ricevuti dai volontari, provenienti da tutta Italia, che mettevano a disposizione le loro competenze: si sono visti sul campo massaggiatori, parrucchieri, fornai, sportivi, educatori, animatori, clown, artisti e altri ancora.

Un altro soggetto che ha vissuto nel campo per diversi mesi è stato la Protezione Civile Tedesca. Per risarcire simbolicamente l'uccisione di 17 onnesi avvenuta nel 1944 per mano nazista, la Germania si è proposta come uno dei soggetti sostenitori del processo di ricostruzione del paese. Tramite l'ambasciata tedesca, infatti, è stato istituito un Tavolo Tecnico di progetta-

zione collettiva della futura Onna, dove fosse presente, oltre ai tecnici e alle istituzioni, anche una rappresentanza della popolazione. Come psicologi siamo stati invitati da subito a partecipare al Tavolo e quindi al percorso che avrebbe potuto portare gli onnesi ad una decisione condivisa circa il futuro del nuovo assetto.

Non poteva mancare poi la presenza della stampa, che ha abitato da subito il campo di Onna suscitando sentimenti contrastanti nella popolazione: rabbia verso chi sfruttava le sofferenze altrui ma anche paura, per il timore che la presenza dei giornalisti sarebbe venuta meno da un momento all'altro privandola della diffusione delle informazioni. Da una parte, infatti, il lavoro dei media garantiva una visibilità alla popolazione onnese, che stimolava una grande offerta di aiuti dall'esterno; dall'altra, la loro massiccia presenza creava non pochi problemi, generando stereotipi psicologici e luoghi comuni e rallentando ulteriormente il processo di un graduale ritorno a una vita il più possibile normale. Era importante che fossero soprattutto le risorse locali a rimettersi in moto: grazie all'attivazione delle associazioni del luogo o alla nascita di nuovi gruppi locali si sarebbero gettate le basi per la futura autonomia e autogestione del territorio.

In Abruzzo vi sono stati comitati e associazioni costituitisi dopo il 6 aprile che hanno promosso eventi e iniziative sulla rinascita del territorio. Anche gli studenti dell'Università si sono riuniti in assemblea per gestire il problema delle lezioni saltate, delle sessioni di tesi e degli esami. A Onna la pro loco aveva un ruolo molto importante e, con lo scoppiare del terremoto, tutti i membri si sono attivati e hanno contribuito a dare vita a Onna Onlus e a rimettere in piedi importanti iniziative culturali.

La chiusura dell'intervento

In genere, il percorso di uscita dall'emergenza rappresenta per le comunità una sfida impegnativa e protratta nel tempo: si possono manifestare oscillazioni emotive e decisionali, comportamenti contraddittori e mutevoli, l'espulsione di alcuni gruppi sociali e conflitti profondi. Come psicologi è quindi importante monitorare questo passaggio schierando le risorse adeguate, soprattutto quelle locali, per prevenire i rischi di dissoluzione del tessuto sociale; dobbiamo chiederci quanto, in questa fase, la comunità si stia impegnando nella ricostruzione dell'ambiente, dei gruppi e delle reti, se vi sia una presa di responsabilità collettiva e un adeguato accesso agli aiuti e ai servizi e se, infine sia stato dato il giusto riconoscimento ai volontari. Nel no-

stro caso, il passaggio alle casette di legno coincideva anche con la chiusura dell'intervento della Protezione Civile, dopo sei mesi dal terremoto, e con la fine della permanenza a Onna dei soccorritori. Per preparare la popolazione alla chiusura del campo, alla fine della presenza dei volontari, al passaggio a una gestione autonoma della propria vita quotidiana, a un ennesimo sconvolgimento del loro equilibrio, sarebbero stati necessari tempo e cura. Anche nei soccorritori questo evento avrebbe generato emozioni e vissuti che, come psicologi, avremmo dovuto gestire. Era già dall'estate che si vedevano le tracce di quella che sarebbe stata la nuova Onna; le fondamenta delle case e i primi tre abitati sono sorti in pochissimi giorni, il villaggio di legno è stato costruito con una velocità senza precedenti. A settembre erano presenti: il paese con le sue macerie, il campo ancora in piedi e le casette pronte con i fiori alle finestre. Si sapeva che il gran giorno sarebbe arrivato, che ci sarebbe stato un nuovo inizio, una vita più confortevole, entro una nuova intimità familiare. Si sapeva anche che, da quel giorno, le persone avrebbero dovuto fare i conti, ancor più da vicino, con i lutti subiti; secondo alcuni sopravvissuti a un terremoto, il senso della perdita di un familiare viene colto quando la famiglia può finalmente riunirsi a tavola così come faceva prima (Fenoglio, 2003). Si sapeva, inoltre, che l'abbandono della vita promiscua e comunitaria del campo significava anche separarsi da una condivisione quotidiana con le altre persone e ritrovare degli spazi di solitudine. Aleggiana nell'aria una data, il 30 settembre, entro la quale la Protezione Civile avrebbe dovuto lasciare l'Abruzzo e dare spazio alle risorse locali, ma non sapevamo esattamente quando sarebbe stato il turno di Onna. Il capo del campo aveva deciso di iniziare a smontare ogni giorno qualcosa per preparare la popolazione ma alla fine l'ordine di entrare nelle casette è avvenuto repentinamente, dal giovedì alla domenica, e per alcuni è stato come "rivivere un altro terremoto". Ad alcune famiglie, infatti, non erano ancora state date le chiavi e la loro tenda già veniva smontata; in altre case non erano stati effettuati i collaudi e mancavano luce e riscaldamento. Anche per noi psicologi è stato un momento difficile: non abbiamo avuto il tempo di seguire questo passaggio, di fornire alle persone e a noi stessi uno spazio temporale adeguato per affrontare questo momento, né di organizzare un evento rituale di saluti collettivi. Fortunatamente gli onnesi hanno organizzato successivamente, nell'ottobre del 2009, un momento per ringraziare i volontari; le occasioni poi non sono mancate per i saluti - su iniziativa individuale - e per tornare a trovare la comunità. A livello ufficiale, però, la direzione nazionale degli psicologi della Protezione Civile non ha previsto iniziative, né ha dato indicazioni chiare sulla gestione della chiusura dei campi; le riunioni nazionali si sono

svolte sull'onda dell'emergenza e, spesso, dopo che le decisioni erano già state prese dall'alto. Ritengo che questo sia stato un aspetto molto critico della gestione dell'emergenza Abruzzo, su cui sarebbe importante una riflessione generale fra tutti gli psicologi che hanno partecipato a questa esperienza, per poter fornire in futuro risposte sempre più adeguate.

La valutazione

Nonostante da parte della popolazione vi fosse un profondo senso di gratitudine verso i volontari, talvolta venivano espressi commenti polemici, soprattutto nei confronti della Protezione Civile. Questo ci ha indotti a riflettere, fin dai primi giorni, sui criteri con cui noi soccorritori ci accingevamo a intervenire nel tentativo di aiutare le persone. Ci ponevamo domande quali: quanto abbiamo presente l'utente per cui stiamo lavorando? Quanto consideriamo il suo parere nel riflettere sull'andamento del nostro lavoro? Si presentava, quindi, il problema di come valutare l'efficacia del nostro intervento per individuare le criticità ma anche le nuove strategie e proposte di lavoro, come importanti spunti per interventi futuri. Siamo riusciti a impostare una costante valutazione di processo così da poter implementare la nostra iniziativa in base alle criticità e ai punti di forza emersi; ci siamo avvalsi di strumenti quali l'analisi dei report, le riunioni di supervisione dell'associazione, un continuo confronto orale e scritto con i colleghi, le riunioni di coordinamento nazionale e quelle con gli psicologi dei campi limitrofi, le riunioni con il capo campo e con una rappresentanza della popolazione. Per quanto riguarda la valutazione finale dell'intervento, invece, non abbiamo provveduto, come gruppo di lavoro, a costruire indicatori o strumenti appositi. La valutazione generalmente dovrebbe riguardare i diversi stadi dell'intervento e andrebbe pianificata considerando dall'inizio alcuni elementi: definire correttamente gli obiettivi, usare misure di valutazione esistenti, decidere chi la condurrà, coinvolgere gli attori a cui abbiamo rivolto i servizi. Nel nostro lavoro, sono stati indicatori importanti il grado di attivazione delle persone e il livello di autonomia raggiunto ma resta da sviluppare una riflessione seria che porti a eseguire un'analisi complessiva dei sei mesi di intervento ad Onna. A livello nazionale, come Psicologi per i Popoli, abbiamo svolto un lavoro di analisi, seguendo il modello proposto dalle linee guida IASC, mettendo insieme i dati relativi alle esperienze nei diversi campi.

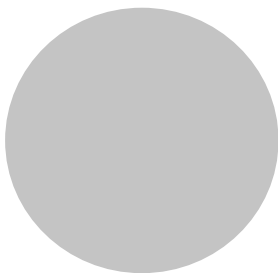
Il passaggio a un lavoro per progetti

Se ufficialmente il nostro intervento si è chiuso quando la Protezione Civile ha lasciato il campo, e la convivenza con la popolazione è finita in quel momento, la nostra presenza a Onna è andata avanti, anche se con ruoli e modalità diversi. Restavano due progetti da portare a termine: il primo era un laboratorio di ceramica, che tuttora (agosto 2010) prosegue e che vedrà la costituzione di uno spazio con forni e strutture per mandare avanti le sue attività; l'altro riguardava la raccolta del materiale, attraverso la conduzione di focus group con la popolazione, per la scrittura di un libro (Banti, Giorgetti e Sancassiani, 2010) in cui fossero gli onnesi in prima persona a raccontarsi, parlando del terremoto ma anche delle ricette tipiche della loro tradizione abruzzese. Abbiamo poi partecipato e vinto un bando del Ministero delle Politiche Sociali e del Lavoro per cercare i fondi per promuovere alcune attività sul territorio. Le attività, proposte e gestite direttamente da giovani abruzzesi in collaborazione con Psicologi per i Popoli, si svolgeranno a partire dall'autunno 2010 e prevedono iniziative quali: una mappatura dei servizi attivi sul territorio, un laboratorio di costruzione della bicicletta e educazione ambientale, un corso di promozione del volontariato e dell'associazionismo nelle scuole, eventi socioculturali per rafforzare i legami fra le diverse comunità del territorio.

Conclusioni

Penso che quello dell'emergenza Abruzzo sia stato per l'Italia un momento difficile ma anche importante. Un fenomeno così diffuso di solidarietà e di partecipazione collettiva fa ben sperare, in momenti in cui sembrano prevalere il rifugio nel privato, l'individualismo, la spettacolarizzazione della politica. Sul campo si sono alternate molte persone, desiderose di prestare aiuto e di relazionarsi con il prossimo, sviluppando un processo di convivenza sociale impensabile in un Paese dove le divisioni fra Nord e Sud sono ancora enormi. Le numerose offerte, materiali e umane, andavano comunque sapute gestire e valorizzare; in questo senso, sarebbe necessaria una formazione adeguata per chi si affaccia nei contesti di emergenza. Il volontariato è un ambito potente nel nostro Paese, che andrebbe però integrato con uno stato sociale in grado di garantire i diritti delle persone, in momenti di crisi ma anche di pace. Non è un caso che gli iscritti alla Protezione Civile siano prevalentemente persone provenienti da regioni in cui il lavoro nero e la

disoccupazione sono meno diffusi e i diritti dei lavoratori sono maggiormente garantiti. Anche rispetto al ruolo degli psicologi, dovremmo riflettere sull'importanza di tali garanzie per poter affrontare con serietà il lavoro in emergenza. In tali contesti sono necessari psicologi esperti che abbiano già vissuto esperienze simili ma sono altrettanto utili i giovani, con la loro tenacia, la creatività, l'ottimismo, la socievolezza che li contraddistingue e, naturalmente, con la dovuta preparazione. Attualmente, però, un giovane psicologo si trova in difficoltà nel poter intervenire in emergenza, dato che molte forme contrattuali negano le opportune garanzie. Ci auguriamo che le diverse esperienze e le loro narrazioni, come anche il presente lavoro, possano essere utili strumenti per ripensare al ruolo e alle competenze necessarie per uno psicologo che si trova a operare in contesti simili. Come federazione di Psicologi per i Popoli stiamo lavorando in diverse regioni per individuare un modello condiviso di intervento, anche grazie alle conoscenze acquisite negli ultimi anni, in particolare durante il lavoro in Abruzzo. Ritengo, infatti, che quella dello psicologo sia stata una figura chiave della macchina degli aiuti, non tanto nell'individuare e alleviare il trauma, quanto nel riattivare le comunità, non sostituendosi ai servizi e alle risorse locali ma anzi creando ponti fra la popolazione e il territorio. La nostra è una presenza a termine legata alla fase di emergenza ma l'obiettivo può essere di continuare a stimolare i processi vitali di una comunità che abbiamo accompagnato in un cammino inedito e complesso della sua storia, facendo emergere gli aspetti di resilienza. Onna e i suoi abitanti hanno reagito alla tragedia del terremoto generando democrazia, inventando forme di partecipazione comunitaria e progettando assieme il futuro. È l'esempio di una comunità ferita che reagisce in modo attivo, rafforzando gli affetti e i legami sociali, pensando a una vita nuova in equilibrio con l'ambiente, la cultura e i beni comuni del territorio. Potremmo definire quella di Onna una comunità resiliente, dove le perdite si sono poste anche come occasioni evolutive di crescita e di cambiamento collettivo, di riscoperta di valori messi da parte; una comunità forte, che ha reagito senza scordare il passato ma portandolo con sé nella costruzione di un nuovo futuro.



Appendice 1. Griglia per l'analisi del contesto

La griglia si ispira alla tecnica dei profili di comunità (modello Martini e Sequi, 1988) ma è calibrata sul lavoro in emergenza e prevede un'analisi che tenga conto del contesto pre-emergenza e di quello post-emergenza. Tale analisi scaturisce soprattutto dall'osservazione e da colloqui con la popolazione, con le figure chiave, da documenti reperiti via Internet o per canali informali. In genere non è possibile, in emergenza, come previsto invece nei profili di comunità, avvalersi di contatti con comuni, uffici del catasto o altri servizi, sia per questioni temporali, sia per la sospensione degli abituali servizi.

Un'analisi approfondita, che si svolge mentre siamo già a lavoro sul campo, è necessaria per identificare i bisogni ma soprattutto le risorse disponibili. Si può pensare di utilizzare un formato ridotto della griglia: per le prime ore le sezioni 1 e 2. Dalle ore successive, la 3 e la 4. La 5 e la 6 richiederanno alcuni giorni e saranno continuamente ampliate nel corso dei mesi.

1. Caratteristiche geografiche: estensione, clima, risorse naturali, rischi ambientali, infrastrutture.

Cambiamenti post-evento: quantità di superficie colpita, distanza dall'epicentro, infrastrutture distrutte o interrotte, durata e valutazione della ricomparsa dell'evento, perdita delle risorse naturali.

2. Caratteristiche demografiche e sociologiche: numero di abitanti, età, sesso, immigrati, disabili, impieghi, mezzi di trasporto privati, condizioni socioeconomiche, tradizione cooperativa e associativa, sistema di potere, struttura sociale.

Cambiamenti post-evento: numero ed età di morti e feriti, lavori persi, mezzi distrutti, cambiamento del tenore di vita, nascita di nuove associazioni o chiusura di altre, nuove dinamiche di potere e distribuzione delle ricchezze.

3. Caratteristiche politico-istituzionali: organizzazione politica, istituzioni presenti, eventuali rappresentanze istituzionali, rapporti con le altre istituzioni.

Cambiamenti post-evento: a chi è affidato il potere decisionale nell'emergenza, istituzioni non agibili, eventuali nuove forme di rappresentanza.

4. Servizi presenti: asili, scuole, circoli, piazze, chiese, luoghi di aggregazione, negozi, pro loco, sedi istituzionali, sistema di informazione, mezzi di comunicazione.

Cambiamenti post-evento: servizi distrutti e nuovi servizi attivati (servizi legali e assicurativi, sussidi, sindacati), mezzi di comunicazione presenti e loro accessibilità.

5. Caratteristiche antropologiche: divisione dei compiti, abitudini quotidiane, ruoli, reti sociali, festività, rituali, mitologia, atteggiamento rispetto alla memoria, produzioni artistico-culturali, rapporto con le comunità religiose, valori, livello di coesione e di apertura all'esterno, presenza di sottogruppi, ruolo degli anziani e delle donne nella comunità, autonomia data ai bambini e ai giovani; caratteristiche delle famiglie.

Cambiamenti post-evento: interruzione delle normali abitudini, gestione dei lutti (funerali, sepolture, riti), ridefinizione dei ruoli, formazione di capi espiatori, livelli di autonomia e di coesione, presenza dei leader spirituali, rapporti con gli altri territori colpiti.

6. Caratteristiche psicologiche: dinamiche affettive, senso di appartenenza, identificazione collettiva, partecipazione, collaborazione, coscienza rispetto ai propri diritti e capacità di farli valere.

Cambiamenti post-evento: cambiamenti nelle dinamiche affettive, nel senso di appartenenza alla comunità e nel processo di identificazione collettiva; grado di partecipazione al processo di gestione dell'emergenza; presenza di una domanda di aiuto; conoscenza dei propri diritti e doveri in emergenza.

Appendice 2. Griglia per i colloqui con la popolazione colpita

Questa griglia può essere una traccia mentale che aiuta lo psicologo nella conduzione dei colloqui informali con la popolazione durante tutto il periodo di permanenza al campo. Nei colloqui si vanno a indagare le aree seguenti.

1. Area personale

Il passato

- Le abitudini precedenti della vita quotidiana: ambito lavorativo, cura della casa, cura del corpo, interessi e tempo libero, rapporto con la spiritualità.

Il presente

- La presenza o meno di una richiesta di aiuto.
- Le problematiche sul piano fisico.
- I bisogni: urgenti, secondari, facilmente risolvibili, a lungo termine, materiali e psicologici.
- Le competenze: autonomia, senso di autoefficacia, empowerment, fiducia in se stessi, locus of control (interno/esterno), capacità di esprimere le emozioni.
- I rischi derivanti da particolari atteggiamenti o comportamenti messi in atto.
- Le paure presenti rispetto al presente e al futuro.
- Gli aspetti psicologici relativi all'evento: emozioni, meccanismi di difesa, rapporto con il tempo e la memoria, sonno, elaborazione del lutto, livello di attivazione e di ripresa di alcune attività.
- Le risorse presenti a vari livelli.

L'autonomia

- La conoscenza dei propri diritti in emergenza e il grado di attivazione per farli valere.
- Il grado di accesso ai servizi ancora attivi e la capacità di sopperire alla mancanza dei servizi distrutti.
- La capacità di individuare o di creare nuove risorse.

2. Area relazionale

Il passato

- Le relazioni familiari, amicali e sociali prima dell'evento.
- Gli atteggiamenti verso i concittadini o gli abitanti degli altri paesi.
- Il senso di comunità e la percezione del proprio ruolo.

Il presente

- Gli atteggiamenti presenti verso gli altri abitanti, i volontari, le istituzioni, i media, gli altri campi.
- I cambiamenti nelle relazioni familiari, nelle reti e nel capitale umano e sociale dopo l'evento.
- I rapporti con i soccorritori.
- La percezione del proprio ruolo e del senso di appartenenza nella comunità e il grado di partecipazione al processo di gestione dell'emergenza.

Appendice 3. Tracce per i colloqui con i soccorritori

Questa griglia si riferisce ai colloqui informali che dovrebbero avvenire durante tutti i mesi dell'intervento e non ai gruppi di debriefing o defusing, per il cui approfondimento rimando alla letteratura (Sbattella 2009).

Vigili del fuoco

Ci rechiamo al presidio per fare alcune domande ai vigili o solo al capo squadra.

- Quanti recuperi avete fatto nella giornata? Quali sono quelli previsti? Ricordatevi che potete chiamarci per accompagnarvi nelle case.
- Quali oggetti avete ritrovato?
- Come stavano secondo voi le persone che sono venute per i recuperi?
- Voi come state? Quali sono le principali difficoltà incontrate? Come le avete gestite?

PMA

Ci rechiamo al presidio per fare alcune domande al personale o al responsabile.

- Quante persone sono venute a farsi visitare oggi? Quali problemi hanno lamentato?
- Avete somministrato medicine durante la giornata? Se sì, anche psicofarmaci?
- Cosa avete notato rispetto all'atteggiamento non verbale delle persone?
- Avete ulteriori osservazioni circa la salute delle persone? Ricordatevi che potete chiedere il nostro intervento quando volete.
- Voi come state? Avete incontrato difficoltà particolari? Come le avete gestite?

Protezione Civile

Prevediamo almeno una riunione a settimana con il capo campo (il primo mese i colloqui saranno più frequenti) ed eventualmente con il responsabile della mensa (per evitare che le abitudini alimentari siano eccessivamente stravolte per tanto tempo).

Rispetto alla PC vi saranno approfondimenti relativi alle specifiche questioni del momento:

- Quali sono le principali problematiche che avete incontrato durante la settimana? Come vi siete comportati per risolverle?
- Come sono i rapporti fra i volontari e la popolazione?
- Ci sono aspetti su cui pensate che possiamo esservi utili?
- Come vedi i volontari? Hanno mostrato difficoltà? Come le hanno gestite? Tu come stai?

Appendice 4: Griglia per la stesura dei report per il gruppo di lavoro*

Periodo dal _____ al _____

Psicologi presenti al campo:

ATTIVITA' IN CORSO

Collaborazione/sostegno Vigili del Fuoco (max. 10 righe)

Collaborazione/sostegno Protezione Civile (max. 10 righe)

Collaborazione altri volontari, associazioni del territorio e istituzioni (max. 10 righe)

Collaborazione ambito sanitario (max. 10 righe)

Collaborazione psicologi del COM 5 e altri psicologi sul territorio (max. 10 righe)

Attività infanzia e giovani (max. 5 righe per attività)

Attività con la popolazione formali ed informali (max. 10 righe)

Rapporti con la popolazione e fra la popolazione e i soccorritori (max. 10 righe)

Consulenza e ascolto (colloqui in tenda dedicata) (max. 10 righe)

Atteggiamenti della popolazione (max. 10 righe)

NUOVE ATTIVITA'

Intraprese nella settimana (max. 10 righe)

ATTIVITA' SUGGERITE E NUOVI BISOGNI EMERSI

CONSEGNE

Da fare nella settimana (specificare il carattere di urgenza, la data di scadenza, gli interlocutori a cui rivolgersi o con cui collaborare).

CONSIDERAZIONI (max. 10 righe)

* Questa griglia è una versione leggermente rivisitata di quella che abbiamo costruito e utilizzato nei sei mesi del nostro intervento.

Appendice 5. Griglia per la stesura dei report di psicologi degli altri campi (stesso COM)*

COM:

Nome del campo:

Contatti: (numeri di telefono, e-mail, psicologo di riferimento)

Caratteristiche generali del campo: numero di abitanti prima dell'evento, numero di persone nel campo, decessi e case distrutte, numero di volontari, caratteristiche particolari di rilievo.

Psicologi: numero di psicologi del gruppo e previsione delle disponibilità future.

Altri volontari: presenza di altri soggetti che svolgono attività ludiche o di sostegno.

Attività: svolte e ancora corso, durata, livello di coinvolgimento della popolazione, condivisibilità con gli altri campi, generalizzazione.

Punti deboli: principali problemi incontrati, risorse mancanti.

Punti forza: Risorse da poter mettere a disposizione degli altri campi, attività ripetibili in altri campi.

Osservazioni:

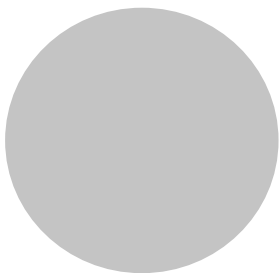
** Una risorsa importante, per il lavoro sul campo, è la condivisione dei problemi e soprattutto delle risorse con i campi limitrofi, sia per smistare le offerte in ambito psicologico, sia per facilitare le relazioni fra le popolazioni dei diversi campi, evitando le invidie e le chiusure reciproche. Come psicologi dobbiamo quindi lavorare in contatto con gli psicologi del nostro stesso COM; un report scritto può facilitare tale comunicazione; sarebbe utile prevedere inoltre riunioni settimanali.*

Bibliografia

- Banti, Giorgetti e Sancassiani (a cura di), *Onna. Le voci della sua gente*, Editori Riuniti, Roma, 2010.
- Bertini M. (2001), *Da Panacea a Igea: verso il delinearsi di un cambiamento di paradigma nel panorama della salute umana*, "Arco di Giano", 30.
- Braibanti P. e Zunino A. (2005), *Lo sguardo di Igea. Soggetti, contesti e azioni di psicologia della salute*, Franco Angeli, Milano.
- Castelletti P. (2006), *La metafora della resilienza: dalla psicologia clinica alla psicologia dell'assistenza umanitaria e della cooperazione*, "Nuove tendenze della psicologia", 2.
- Fenoglio M.T. (2006), *La comunità nei disastri: una prospettiva psicosociale*, "Rivista di psicologia dell'emergenza e dell'assistenza umanitaria", 0, 1.
- Francescato D., Tomai M. e Ghirelli G. (2002), *Fondamenti di psicologia di comunità. Principi, strumenti, ambiti di applicazione*, Carocci, Roma.
- Gadamer H.G. (1994), *Dove si nasconde la salute*, Raffaello Cortina Editore, Milano.
- IASC (2007), *Guidelines on mental health and psychological support on emergency settings*, www.humanitarianinfo.org/iasc.
- Lavanco G. (2003), *Psicologia dei disastri: comunità e globalizzazione della paura*, Franco Angeli, Milano.
- Leone L. e Prezza M. (1999), *Costruire e valutare i progetti nel sociale*, Franco Angeli, Milano.
- Pezzullo L. (2001), *Psicologia dell'emergenza. Interventi e modelli clinici integrati*, "Nuove tendenze della psicologia", 3.
- Pietrantoni L. e Prati G. (2009), *Psicologia dell'emergenza*, Il Mulino, Bologna.
- Psicologi per i popoli (a cura di) (2003), *Manifesto di Carcassonne*, presentato in rappresentanza del Dipartimento di Protezione Civile all'atelier europeo sul Sostegno psicosociale alla vittime e ai familiari delle vittime di incidenti gravi, Carcassonne, 1-3 aprile 2003.
- Psicologi per i Popoli (a cura di) (2008), *Vademecum per lo psicologo dell'emergenza Abruzzo*, 28 maggio 2008.
- Ranzato L. (2002), *Psicologia dell'emergenza, emergenza della psicologia?*, intervento al convegno Psicologi per i popoli", Bologna, 9 novembre 2002;
- Sbattella F. (2008), *Emergenza sociale e disgusto*, "Rivista di psicologia dell'emergenza e dell'assistenza umanitaria", 3, 1.
- Sbattella F. (2009), *Manuale di Psicologia dell'emergenza*, Franco Angeli, Milano.

Telfener U. e Casadio L. (2003), *Sistemica. Voci e percorsi nella complessità*,
Bollati Boringhieri, Torino.

Giulia Spalla è socia di Psicologi per i Popoli-Siena.



Daniela Rossini Oliva

Provando a dare la parola agli immigrati stagionali, spesso ultimi tra gli ultimi

In questo articolo l'autrice racconta la propria esperienza professionale come psicologa con Medici Senza Frontiere nel Progetto Stagionali con gli immigrati a Rosario (Calabria). Non viene solo raccontata un'esperienza di lavoro sul campo ma viene sollecitata una riflessione sul lavoro psicologico in contesti di emergenza e sul quello con gli immigrati in particolare. Viene anche data attenzione e "parola" alle emozioni che, come sempre, il lavorare "in emergenza" scatena.

Riassunto

Parole chiave: intervento, emergenza, stagionali, immigrati, progetto.

In this article, the author presents her professional experience as a psychologist for Medecins Sans Frontiers within the Progetto Stagionali project with immigrants in Rosario (Calabria). She describes her experience in the field and suggests a reflection on psychological activity in emergency contexts and on the one with immigrants in particular. A special attention is given to the emotions that working in an emergency setting implies.

Abstract

Key words: intervention, emergency, seasonal worker, immigrants, project.

Questo articolo nasce da un'esperienza professionale fatta nel 2009 con Medici Senza Frontiere/MSF in Calabria nell'ambito del "Progetto Stagionali" con gli immigrati. L'obiettivo non è solo quello di raccontare un'esperienza ma anche di riflettere sul lavoro psicologico in contesti di emergenza, e sul quello con gli immigrati in particolare.

Il progetto e il contesto di intervento

Sono arrivata in Calabria il 26 gennaio 2009 con un contratto con Medici Senza Frontiere - Belgio nell'ambito della Missione Italia per svolgere il mio lavoro di psicologa nel Progetto Stagionali. MSF è la più grande organizzazione medico-umanitaria indipendente al mondo e fu creata da medici e

giornalisti in Francia nel 1971. Oggi fornisce soccorso umanitario in circa 63 Paesi a popolazioni la cui sopravvivenza è minacciata da violenze o catastrofi dovute principalmente a guerre, epidemie, malnutrizione, esclusione dall'assistenza sanitaria o catastrofi naturali. MSF fornisce assistenza indipendente e imparziale a coloro che si trovano in condizioni di maggiore bisogno e si riserva il diritto di denunciare all'opinione pubblica le crisi dimenticate, di contrastare inadeguatezze o abusi nel sistema degli aiuti e di sostenere pubblicamente una migliore qualità delle cure e dei protocolli medici. Nel 1999, MSF ha ricevuto il premio Nobel per la pace.

Il lavoro che MSF porta avanti si basa sui principi umanitari dell'etica medica e dell'imparzialità. L'impegno di questa organizzazione è quello di portare assistenza medica di qualità alle popolazioni in pericolo, indipendentemente da razza, religione o credo politico. Inoltre è una organizzazione che opera in modo indipendente da qualsiasi agenda politica, militare e religiosa. Le equipe mediche effettuano delle valutazioni sul terreno per determinare i bisogni sanitari della popolazione prima di avviare un progetto. La capacità di MSF di rispondere a una crisi in modo indipendente è fondata sull'indipendenza dei suoi finanziamenti.

MSF è inoltre neutrale: è un'organizzazione che non si schiera in caso di conflitti armati, fornisce assistenza sanitaria basandosi unicamente sui bisogni della popolazione e si batte per incrementare l'accesso indipendente alle vittime del conflitto, come previsto dal diritto umanitario internazionale.

In tutti i Paesi in cui MSF è operativa, sono in corso una o più crisi: guerre, catastrofi, epidemie, malnutrizione, esclusione dall'assistenza sanitaria o calamità naturali. MSF dà inoltre assistenza alle persone vittime di discriminazioni o negligenze da parte dei sistemi sanitari locali o alle popolazioni altrimenti escluse dall'assistenza sanitaria.

Nell'intervenire, adotta una sua specifica modalità operativa; infatti, normalmente l'intervento prevede l'invio sul campo di una equipe multidisciplinare che può essere formata da medici, infermieri, logisti, psicologi, esperti di acqua e fognature, amministratori e altri professionisti qualificati per fornire assistenza sanitaria. Si tratta di equipe internazionali composte da operatori sanitari locali e dai loro colleghi provenienti da tutto il mondo.

Inoltre, MSF è un movimento internazionale con una sua precisa organizzazione: è infatti costituita da un ufficio internazionale con sede a Ginevra e da 19 sezioni: Australia, Austria, Belgio, Canada, Danimarca, Francia, Germania, Grecia, Olanda, Hong Kong, Italia, Giappone, Lussemburgo, Norvegia, Spagna, Svezia, Svizzera, Regno Unito e Stati Uniti. Le sedi nazionali reclutano gli operatori umanitari, promuovono l'organizzazione, le

campagne di stampa e di sensibilizzazione, fanno raccolta fondi contribuendo al finanziamento e allo svolgimento delle missioni.

Inoltre, alcune delle sezioni partner gestiscono dei progetti sul terreno, per delega di una delle sezioni operative. In questo ambito, MSF Italia gestisce, dall'inizio del 2005, dei progetti in Colombia, Haiti, Etiopia, Brasile e Malta nonché i progetti con gli immigrati nel Sud Italia.

Il mio lavoro con questa organizzazione nasce pertanto nell'ambito della Missione Italia, e più nello specifico all'interno del Progetto Stagionali, un progetto degli immigrati che vanno in Calabria e in Puglia durante i mesi autunnali e invernali per la raccolta di mandarini, arance e pomodori, per poi spostarsi in altri luoghi appena finita la stagione della raccolta.

La decisione di aprire un progetto in Italia, così come in altri Paesi d'Europa, è maturata alla fine degli anni Novanta, quando MSF si è resa conto che le stesse persone che cura e assiste a migliaia di chilometri di distanza si trovano anche qui, in Italia o in Europa, spesso in condizioni di precarietà e bisogno. MSF ha fornito assistenza agli sbarchi e in alcune località dove gli irregolari erano coinvolti nell'orto-frutta, e non in tutto il territorio nazionale.

Per questo, dal 1999 Medici Senza Frontiere - Missione Italia fornisce assistenza sanitaria agli stranieri regolari e irregolari con l'obiettivo di garantire l'accesso alle cure a queste persone e di assistere coloro che sbarcano sulle nostre coste.

Nell'estate 2003, gli operatori di MSF sono entrati per la prima volta in contatto con la drammatica realtà della provincia di Foggia, dove circa 1.400 richiedenti asilo vivevano in un edificio semidistrutto e fatiscente, privi dei più elementari servizi (acqua, energia, toilette, ecc.) e in condizioni di sovraffollamento. Tutti gli stranieri lavoravano alla raccolta del pomodoro come lavoratori stagionali. MSF ha deciso di indagare più a fondo la realtà degli stranieri impiegati in agricoltura e di offrire loro un'assistenza sanitaria. Una clinica mobile per tutto il 2004 ha visitato le regioni del Sud Italia in coincidenza con i periodi di raccolta, visitando e intervistando centinaia di stranieri.

Dall'analisi dei dati raccolti è nato un rapporto dettagliato sulle condizioni di vita e di salute dei lavoratori stranieri visitati e intervistati dagli operatori MSF. Il rapporto è stato pubblicato a fine marzo del 2005 (*I frutti dell'ipocrisia*, Sinnos Editore). In esso vengono denunciate le vergognose condizioni di vita e lavorative nonché il preoccupante stato di salute in cui gli stranieri versano. A distanza di tre anni, MSF ha potuto constatare che poco è cambiato. Tra giugno e novembre del 2007, infatti, MSF è tornata in Cala-

bria e ha riscontrato condizioni drammatiche, con caratteristiche riferibili a contesti di crisi umanitarie dove il valore della vita dei più vulnerabili è pressoché nullo. La stessa situazione è stata rilevata anche nel 2008. Le condizioni riscontrate sono spesso peggiori di quelle lasciate alle spalle: vessati, sfruttati, ricattati, picchiati, scacciati, gli stranieri vivono in alloggi totalmente inadeguati, case abbandonate, fabbriche in disuso, talvolta per strada. Sono vittime di esclusione sociale e in alcuni casi di episodi di violenza. Percepiscono un salario di circa 25 euro al giorno e per molti l'obiettivo di inviare risparmi alle famiglie nei Paesi di origine fallisce miseramente. Sebbene arrivino in condizioni di buona salute, alcuni di loro si ammalano per le durissime condizioni lavorative e di vita. Inoltre, molte malattie curabili con una semplice terapia antibiotica si cronicizzano perché non si hanno né un medico cui rivolgersi né soldi per le medicine.

Nel 2008, MSF ha pubblicato il rapporto *Una stagione all'inferno* con i dati raccolti nel corso del 2007. In esso, MSF denunciava le pessime condizioni in cui versavano migliaia di stranieri impiegati in agricoltura nelle regioni del Sud Italia: una situazione drammatica che richiama contesti di crisi umanitarie inaccettabili per un paese dell'Unione Europea e del G8.

MSF, nel suo rapporto, ha chiesto alle autorità regionali, là dove siano presenti migranti stagionali, di garantire condizioni minime di accoglienza (fornitura di acqua e servizi sanitari) a tutti gli immigrati, a prescindere dal loro status giuridico, e di facilitarne l'accesso alle cure mediche, come prescritto dalla normativa italiana.

Il Progetto stagionali nasce dunque dall'evidente necessità di seguire il fenomeno dell'immigrazione straniera presente nel nostro Paese legata alla stagionalità della raccolta agricola. Da vari anni, infatti, molti degli stranieri che sono sbarcati sulle nostre coste vengono usati come manodopera a basso costo per la raccolta di frutta e verdura in varie regioni del sud d'Italia.

Negli scorsi anni, quindi, nell'ambito di tale progetto, vari team di MSF (per lo più composti da un medico, un logista e un mediatore culturale) si sono dunque succeduti per soccorrere direttamente queste vittime. MSF ha anche direttamente aperto degli Ambulatori STP (in cui l'acronimo STP significa Straniero Temporaneamente Presente) in varie zone d'Italia comprese quelle ad alta concentrazione di immigrati stagionali come il Foggiano in Puglia o quello della Piana di Gioia Tauro in Calabria. Si tratta di ambulatori per stranieri senza permesso di soggiorno, dove queste persone possono venire assistite gratuitamente da medici dell'Azienda Sanitaria Locale.

Il Progetto Stagionali in Calabria ha assunto una sua tipicità, data ovviamente dal contesto geografico e culturale molto particolare nel quale si è

andati a operare. Stiamo infatti parlando di una zona depressa dal punto di vista economico, con un notevole tasso di disoccupazione e un forte fenomeno migratorio da parte dei giovani della zona. Qui gli immigrati sono prevalentemente concentrati nella valle di Gioia Tauro. In questa zona, i tre principali siti in cui MSF aveva già operato negli anni passati - quelli in cui si sono insediati "arbitrariamente" gli immigrati stagionali - sono stati prevalentemente tre:

- la Fabbrica, nel territorio di San Ferdinando (Reggio Calabria);
- la Collina, a Rizziconi (Reggio Calabria);
- la Rognetta, a Rosarno (Reggio Calabria).

La maggior parte degli immigrati che si trovano in questa zona sono "illegali", per un totale di circa 2.000. Il sito più grande è quello della Fabbrica. (Per delineare meglio il contesto, aggiungo che nel 2008 il Comune di Rosarno è stato sciolto per mafia e il Sindaco arrestato insieme a quello di San Ferdinando. Sono stati pertanto poi nominati tre commissari per Rosarno e uno per San Ferdinando.)

Ogni anno, durante i mesi della raccolta, il numero degli immigrati presenti nella zona di Rosarno quadruplica, raggiungendo circa 4.000 unità su una popolazione di 15.000 abitanti. Stando ai dati raccolti nel 2007, solo la metà di essi lavora nella raccolta di agrumi, e di questi nessuno è provvisto di un contratto di lavoro. In questa zona gli immigrati lavorano in media due giorni a settimana e l'85% di loro devono acquistare stivali e guanti da lavoro. Va ricordato che la Calabria rappresenta una tappa di transito quasi obbligata per gli immigrati appena sbarcati in Italia e che escono dai Centri di Prima Accoglienza.

L'intervento psicologico: aspetti specifici e metodologia

Il mio compito, discusso con l'equipe prima della partenza, era quello di effettuare, per la prima volta, uno screening delle condizioni mentali degli immigrati presenti nei tre principali siti calabresi in cui MSF aveva già operato negli anni passati e dove sono prevalentemente insediati gli immigrati. Nel portare avanti questo lavoro, si era concordato che avrei avuto il supporto e la collaborazione del team di MSF già presente lì da mesi e costituito da un medico, un mediatore culturale e un *social worker*. Loro stavano già lavorando

con l'obiettivo di fornire prevalentemente assistenza medica e un orientamento legale.

Il lavoro psicologico pertanto sarebbe consistito prevalentemente nell'effettuare un primo screening delle condizioni mentali degli immigrati per capire meglio le condizioni in cui vivono, non solo da un punto di vista fisico e materiale, ma anche mentale. Ciò non solo per avere un quadro più ampio delle loro condizioni (non solo salute fisica o carenze materiali), ma anche per migliorare poi gli interventi da mettere in atto. Nel fare ciò si era concordato di somministrare un questionario standardizzato, precisamente il Self Reporting Questionnaire/SRQ. Si tratta di un questionario elaborato dalla Divisione di Salute Mentale dell'OMS come strumento per fare uno screening dei disturbi psichiatrici, soprattutto nei Paesi sviluppati. Può essere usato sia nella forma di autosomministrazione che come intervista. Rileva fondamentalmente i disturbi nevrotici; infatti non contiene item per la rilevazione di disturbi psicotici. È costituito da 20 item che prevedono una risposta di tipo SI/NO.

Metodologia e intervento

Da un punto di vista metodologico, nelle linee guida del questionario SRQ vengono individuati alcuni punti fondamentali per la procedura di somministrazione:

- è fondamentale stabilire una procedura standard da usare sempre con tutti;
- occorre decidere, per tutti, se usarlo come strumento di autosomministrazione o in forma di intervista;
- serve sia come strumento di screening che per identificare facilmente le persone che soffrono di disordini mentali e che quindi avrebbero bisogno di aiuto e trattamenti specifici;
- per garantire una standardizzazione, è meglio stabilire una procedura di somministrazione semplice;
- l'intervistatore deve essere solo con il soggetto intervistato;
- occorre stabilire un'introduzione standard, una presentazione in cui lo psicologo spiega perché rivolgerà all'intervistato le domande contenute nel questionario;
- al soggetto va detto di non rivelare il contenuto delle domande

- ad altri durante la somministrazione;
- l'intervistatore non deve discutere gli item con l'intervistato durante la somministrazione, però può farlo in un secondo momento (il cosiddetto secondo round), dopo che l'intervistato ha risposto a tutte le domande;
- il secondo round serve per far sentire all'intervistato che siamo disponibili ad ascoltarlo e per rimandare ogni commento a una fase successiva;
- si può ripetere una stessa domanda prima di passare alla successiva;
- bisogna incoraggiare gli intervistati a rispondere SI/NO a tutte le domande, anche se questa risposta così netta può apparire una forzatura;
- è importante che la procedura standard sia seguita da tutti gli intervistati e gli intervistatori, nel caso siano più d'uno.

L'SRQ permette di individuare quattro fattori:

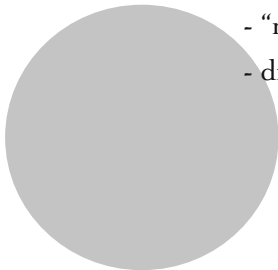
- il primo, relativo agli item cognitivi, ci dà informazioni sulla diminuzione delle energie;
- il secondo riguarda i sintomi somatici;
- il terzo concerne i sintomi di ansia e l'umore depresso;
- il quarto attiene ai pensieri depressivi.

È stato molto interessante vedere la prima reazione degli immigrati al questionario. Infatti, la prima volta lo abbiamo somministrato alla Collina, essendo un sito dove si trovano meno persone. È stata un'esperienza molto utile perché ancora una volta è servita a capire che tutti gli strumenti che noi possiamo usare vanno comunque testati e provati prima sul campo per eventualmente apportare alcune piccole modifiche nelle strategie di somministrazione. Infatti, non è stato assolutamente facile all'inizio motivare gli immigrati a collaborare nel rispondere alle domande. Prima di tutto perché molti di loro erano abituati a percepire gli operatori di MSF come persone che forniscono un aiuto solo in risposta ai bisogni primari, in primo luogo quelli relativi alla salute e all'allestimento di un luogo idoneo dal punto di vista igienico-sanitario, e che forniscono un sostegno "materiale", visto che a fine anno è stata effettuata dagli operatori una distribuzione a tappeto di un sacco a pelo e un kit igienico. Pertanto è stato necessario un lavoro preliminare, in cui

abbiamo spiegato bene perché fosse importante il lavoro che stavamo loro proponendo. Ognuno è sempre stato lasciato libero di partecipare o meno. In questa fase è stata fondamentale la figura di un altro mediatore culturale, un africano che quasi tutti conoscevano essendo un punto di riferimento nel paese di Rosarno. Quest'uomo era considerato “uno di loro”, poiché viene dal Burkina Faso, parla il bambarà ed è andato in Calabria circa dieci anni fa per tentare, come loro, di migliorare le sue condizioni e cercare un futuro migliore. Oltre a esserci stato utile durante tutta la fase di lavoro, è stato particolarmente per me perché mi ha insegnato tante cose circa la sua gente, mi ha permesso di “avvicinarmi” molto al loro mondo e soprattutto al loro modo di pensare. Credo che senza tutto questo sarebbe stato impossibile cogliere gli aspetti più importanti di questa esperienza. Infatti, è impossibile effettuare qualsiasi tipo di intervento senza tenere conto della cultura di provenienza dei destinatari, quella cultura di cui ognuno di noi è portatore e che fornisce una chiave di lettura per capire i comportamenti, la capacità di tollerare alcune cose e di reagire con certi tipi di comportamenti e fa sì anche che ognuno reagisca con certi sintomi piuttosto che altri. Sappiamo infatti che anche la sintomatologia e i disturbi mentali sono fortemente condizionati dalla cultura, e trovano espressione diversa proprio in base ad essa. Tutti gli studi della psichiatria transculturale ci hanno insegnato molto in tal senso, e quindi non si può prescindere da tutto ciò.

Dopo la prima somministrazione alla Collina siamo tornati a casa e abbiamo avuto la assoluta necessità di fermarci un attimo a riflettere e ad analizzare ciò che era successo. Sono emerse le seguenti osservazioni:

- impossibilità di alcuni immigrati di intendere la lingua francese, quindi di capire da soli le domande del questionario (il questionario l'abbiamo tradotto infatti in due lingue: francese e inglese);
- scetticismo: nonostante le spiegazioni date, alcuni immigrati sono apparsi restii a compilare il questionario;
- alcuni si sono rifiutati di farlo;
- “analfabetismo”;
- scarsa collaborazione;
- “resistenze”;
- difficoltà nel motivare alla collaborazione.



È stato pertanto necessario, dopo questa prima esperienza, elaborare alcune proposte per migliorare il nostro lavoro, tra le quali:

- insistere di più su un lavoro preliminare alla somministrazione vera e propria;
- “accompagnare” e affiancare gli immigrati nella compilazione, cercando comunque di interferire il meno possibile nelle risposte;
- usare l'SRQ come questionario/intervista, poiché da soli gli immigrati faticavano a compilarlo;
- ricorrere al mediatore culturale per somministrare il questionario alle persone che non sono andate a scuola e che pertanto non possono capire né l'inglese né il francese, ma solo il bambarà.

Effettivamente ciò ha permesso di aggiustare il tiro; infatti non abbiamo avuto più problemi nella somministrazione e siamo riusciti a raggiungere circa il 10% della popolazione di immigrati presenti in ciascuno dei tre siti. Va però chiarito che abbiamo usato l'SRQ come strumento di intervista: ognuno di noi leggeva le domande nella lingua più consona al rispondente, per esser certi che si capisse perfettamente ciò che veniva chiesto.

Per qualcuno il questionario è stato uno stimolo per poi iniziare a parlare dei propri problemi e di ciò che magari in quel momento faceva stare più male, sebbene sia stato impossibile implementare un vero e proprio lavoro di presa in carico psicologica visto che queste persone vanno via nell'arco di breve tempo, ossia appena finita la stagione della raccolta di arance e mandarini. Comunque è stata portata avanti una fase di lavoro di supporto psicologico e di ascolto; infatti, la somministrazione del questionario è diventata l'occasione per creare un “punto di attenzione psicologica”.

Finita la fase di somministrazione, abbiamo raccolto i dati e li abbiamo elaborati (non verranno qui discussi poiché a breve verranno pubblicati da MSF).

Prime settimane di lavoro: la danza delle emozioni

Le prime settimane di lavoro sono servite a conoscere il progetto, ma soprattutto i siti e le persone. Confesso che non è stato facile; io, tra l'altro, non avevo mai lavorato con immigrati “clandestini”. Quindi, come sempre,

ho iniziato a fare i conti soprattutto con le mie emozioni, con le parti di me che si andavano “muovendo” e mettendo in discussione. Ho subito scoperto che inizialmente, vista più dall'esterno, tutta questa gente scatenava in me sensazioni contrastanti: da una parte la voglia di dire loro di tornarsene a casa propria, di non continuare ad accettare queste condizioni “disumane”, di smetterla di aspettare che non cambi nulla, di finirla di pretendere da noi chissà che cosa, di cessare di pensare che possiamo accoglierli tutti come una grande madre. Poi, lentamente, grazie soprattutto all'ascolto lento e paziente delle loro storie, alla maggiore “prossimità” con loro, le cose, ma soprattutto le mie emozioni, il mio cosiddetto controtransfert è andato cambiando di giorno in giorno. Ho invece cominciato a sperimentare un senso di impotenza, unito al desiderio di fare ogni giorno qualcosa di più per loro, per le loro vite, per i loro svaniti sogni. Il vero “pugno nello stomaco” sono le loro condizioni di vita: i siti dove vivono sono davvero incredibili, privi di adeguate condizioni igienico-sanitarie e di un tetto vero dove ripararsi; senza doccia, senza cucina, allestiti alla meglio, pieni di roba rotta raccolta vicino ai cassonetti, di cose che noi non vogliamo più e di cui non ce ne facciamo più nulla ma che lì, nelle loro finte case, assumono un'importanza enorme. Carrozze sgangherate usate per trasportare taniche d'acqua che poi scaldano sul fuoco per lavarsi in docce inesistenti, inventate con lamiere o mettendo insieme cartoni o cassonetti vecchi in disuso. Sedie a rotelle prive di tutto, tranne che delle assi e delle ruote, anche esse usate per trasporto, o anche per sedersi, e tanta altra vecchia roba raccattata qua e là. Stanze inventate con cartone, lamiere, dove vivono in tanti l'uno ammassato all'altro. E il racconto potrebbe continuare a lungo, ma non renderebbe comunque l'idea che solo gli occhi in questi casi possono darci. E poi i racconti sono sempre privi di odori, di puzze, di quegli odori che ti restano addosso e che insieme alle immagini fanno sì che tutto ti entri dentro e vi resti, vi resti nel tentativo di trovare un senso, un posto, qualcosa che permetta di trovare un significato a tutto questo. Sono queste le emozioni con le quali all'inizio ho dovuto fare i conti. Poi lentamente tutto ti entra dentro e le urla che inizi a sentire cambiano; infatti nasce e cresce il desiderio di fare qualcosa.

Considerazioni conclusive

L'intero intervento è stato condotto partendo dal presupposto, ormai ben noto a tutti, che lo stato di salute e quello di malattia appaiono sempre più collegabili a cause comportamentali, sociali, individuali e collettive. Il

concetto di salute definito dall'OMS, infatti elimina il concetto negativo di assenza di malattia e promuove il concetto positivo di salute come "stato di completo benessere psico-fisico-sociale che riguarda l'individuo nella sua interezza e nell'ambito in cui vive".

La salute mentale e il benessere emozionale sono parte integrante, dunque, della salute della popolazione e della qualità della vita in senso ampio. I disturbi mentali causano una sofferenza in più settori della vita quotidiana. I meccanismi che causano i disturbi mentali sono multipli e complessi; è la congiunzione di un insieme di fattori biologici, genetici, psicologici e sociali che determinano la comparsa, la natura e l'evoluzione di un disturbo mentale. Nel corso della vita, le diverse situazioni e i diversi avvenimenti possono, per il loro impatto emozionale, indurre o precipitare disturbi psicopatologici. La psichiatria e la psicologia, a partire dal riconoscimento di questa possibilità, hanno introdotto il concetto di reazione a eventi. Ciò significa che gli avvenimenti esterni hanno la capacità di influenzare la nostra psiche, di invaderla, di destrutturarla e, d'altra parte, significa che la nostra psiche ha la capacità di metabolizzare, elaborare, trasformare gli effetti degli avvenimenti. La realtà esterna e la psiche umana sono dunque due sistemi aperti e interagenti. La psiche concorre a determinare gli eventi; gli eventi concorrono a trasformare la psiche; la psiche modifica, con la sua attività elaborativa, il senso e il ricordo degli eventi stessi. Inoltre, la comparsa di un disturbo o di una sintomatologia è spesso legata a degli avvenimenti dell'esistenza che appaiono difficili da sopportare alla persona che li vive. In tal senso, riguardo al nostro studio, possiamo pensare che gli avvenimenti che hanno portato all'immigrazione in Italia possano giocare un ruolo nello sviluppo della sintomatologia degli immigrati cui abbiamo somministrato il questionario. Gli atti di violenza subiti nei loro Paesi di origine, per esempio guerre, persecuzioni, torture e genocidi, sono tipicamente degli avvenimenti che possono portare dei disturbi mentali simili a stati di stress post-traumatico o a depressioni. Gli atti di violenza o la privazione di libertà possono ugualmente essere stati subiti dopo l'arrivo in Italia, tenendo conto che le nostre politiche instaurano dei processi di esclusione e discriminazione sociale importanti nei loro confronti. Anche altri fattori predispongono ai disturbi mentali, per esempio le persone più a rischio per un episodio psicopatologico sono quelle che hanno già avuto un disturbo precedentemente. Parlando di condizioni mentali, va comunque tenuto conto della soggettività di ogni individuo nel reagire agli eventi stressanti e traumatici. In tal senso, noto è il concetto di coping. Le strategie di coping sono l'insieme di competenze e abilità con cui l'individuo fa fronte alle situazioni problematiche e potenzialmente stressanti

e consistono nel progettare, pianificare e mettere in atto una propria strategia di soluzione delle difficoltà.

Ritengo che, al di là dell'obiettivo specifico dello studio effettuato (screening mentale), un aspetto "secondario" estremamente importante del nostro intervento è stato tutto ciò che il questionario "ha messo in moto" nei tre siti dove lo abbiamo somministrato, ossia il fatto che è divenuto occasione per parlare di sé e per riflettere su alcuni aspetti personali del tutto "nuovi".

Al di là dello specifico delle risposte date alle varie domande del questionario, emergono alcune conclusioni interessanti:

1. si è visto che le percentuali di alcune risposte agli item variano in base al sito in cui abbiamo somministrato i questionari, soprattutto le risposte inerenti all'area depressiva e dell'ansia;
2. abbiamo preso in considerazione alcune possibili variabili che possono avere avuto un'incidenza sulle singole risposte al questionario. Tra queste, la principale è stata la nazionalità, seguita dall'età;
3. il punto di vista di persone di un'altra cultura non è facilmente accessibile con gli strumenti che solitamente usiamo nella nostra cultura;
4. occorre tenere conto delle diverse appartenenze culturali degli immigrati intervistati;
5. c'è il rischio di interventi errati sul piano conoscitivo, dato che le identità hanno valenze diverse rispetto alle nostre;
6. ogni contesto di partenza contribuisce alla formazione dell'identità;
7. il nostro punto di vista rischia di produrre distorsioni nella percezione delle competenze dell'altro;
8. l'immigrato incontra un contesto nuovo e deve agire in un modo diverso da quello appreso nella terra di origine.

La cultura è certamente uno dei principali elementi da prendere in considerazione ogni volta che interveniamo in contesti "altri". Si tratta di un insieme di norme, comportamenti e valori accettati da un certo popolo. È la stessa cultura che legittima certi comportamenti o altri; per esempio, vi sono culture dove il ricorso ad azioni violente è molto diffuso e rappresenta un modello educativo legittimo. Le stesse modalità di accudimento, le pratiche di allevamento, le reazioni sintomatologiche possono variare da una cultura

all'altra. È l'approvazione culturale che crea le condizioni per l'aumento o la riduzione di un certo comportamento o fenomeno. È la cultura che definisce cosa è normale e cosa è patologico: molti comportamenti diventano pratiche legittime e normali in una certa cultura mentre sono patologici in un'altra. Di tutto ciò dobbiamo ovviamente e necessariamente tenere conto quando leggiamo i risultati e proviamo a trarne delle ipotesi interpretative. Difatti, anche dai risultati di questo studio si è visto che la variabile nazionalità ha influito sulle risposte degli immigrati ad alcuni item relativi alla perdita di fiducia in se stessi, all'incapacità di sentire di giocare un ruolo importante nella vita, al costante senso di stanchezza, alla sofferenza nello svolgere attività quotidiane e al pensiero suicida.

Sono poi da considerare alcune dimensioni importanti ai fini della comprensione dei risultati, ossia il contesto nel quale i soggetti vivono, alcune caratteristiche del fenomeno migratorio, l'organizzazione di vita del momento, la storia passata, le strategie di coping dei soggetti, la condizione mentale attuale e precedente, la situazione lavorativa. Tenendo conto di tutto ciò, sarebbe stato interessante poter ripetere la somministrazione del questionario SRQ 20 a distanza di alcuni mesi per confrontare le risposte date.

Infine...

Personalmente è stata una esperienza estremamente arricchente sia umanamente che professionalmente. Per questo mi sembra doveroso ringraziare i miei tre compagni di squadra (Saverio, Fabiola e Francesco) e poi ovviamente Antonio e Alessandra (coordinatori del progetto). Un grazie particolare va ovviamente a tutti gli immigrati, nella speranza che ciascuno di loro possa trovare il proprio posto in qualche parte del mondo.

Si ringrazia infine tutta l'organizzazione di Medici Senza Frontiere - Italia, precisando che le informazioni contenute nella parte iniziale di questo articolo (informazioni sull'Organizzazione e sul Progetto Stagionali) sono prese dal sito ufficiale di MSF Italia. Si invita pertanto a visionare il sito in cui possono essere reperite queste e altre informazioni.

Vorrei infine chiudere con una frase di Shakespeare: "Date parole al dolore: il dolore che non parla bisbiglia al cuore sovraccarico e gli ordina di spezzarsi".

Daniela Rossini Oliva lavora presso il Servizio di Tutela Minori del Comune di Alcamo (TP).