

DOSSIER CON DATI E TESTIMONIANZE

Numero 25 – Aprile 2017

 **Caritas
Italiana**
organismo pastorale della CEI



Nepal



Il terremoto dentro

Gli effetti dei disastri naturali sulla salute psicologica



Introduzione	3
1. Il problema: l'equilibrio psicologico e l'importanza del benessere mentale	4
2. Disastri naturali e impatto sulla salute Disastri naturali e impatto sull'equilibrio psichico La sindrome da stress post-traumatico Non solo Ptsd Incidenza di Ptsd nelle catastrofi naturali: dati	6
3. Qualche dato sulla sofferenza psicologica post-disastro in Nepal Lo strumento di indagine Cosa raccontano i dati	10
4. Comprendere la sofferenza nel post-disastro La diagnosi da sola non cura Il significato dei linguaggi La sofferenza e il dolore non sono patologie La resilienza	12
5. Le emergenze naturali in Italia e il trauma psicologico Le emergenze naturali in Italia e le risposte sociali ai disastri Bisogni emergenti e risposte possibili Osservazioni conclusive Dall'esperienza Caritas in centro Italia	14
6. Storie e testimonianze Sonni agitati La vista sul fiume Koshi Colin, dall'Irlanda al Nepal Il dottor Praveen K., psichiatra dell'ospedale pubblico di Kathmandu	18
7. Alcune possibili risposte al problema della sofferenza psicologica L'approccio psico e sociale Il supporto psicologico alle "vittime" di Ptsd Terapie cognitivo-comportamentali Altre metodologie La prevenzione del Ptsd e delle patologie da stress in generale	21
8. La risposta del mondo ecclesiale dopo il terremoto del Nepal L'intervento di Caritas italiana a sostegno delle comunità colpite dal terremoto in Nepal: una sintesi a due anni dal sisma	24
Note	26

A cura di: Francesco Soddu | Massimo Pallottino | Paolo Beccegato

Testi: Beppe Pedron | Massimo Pallottino | Fabio Sbattella | don Andrea La Regina | Teresa Sassu

Ha collaborato: Flaminia Tumino

Foto: Teresa Sassu | Caritas Internationalis | Caritas Italiana

Editing, grafica e impaginazione: Danilo Angelelli

Introduzione

«Lo sviluppo non si riduce alla semplice crescita economica. Per essere autentico sviluppo, deve essere integrale, il che vuol dire volto alla promozione di ogni uomo e di tutto l'uomo» (Populorum Progressio, 14)

Nella prossimità della ricorrenza della *Populorum Progressio*, non si può non ricordare questa idea di “sviluppo umano integrale”, che ha trovato tra l'altro espressione in una nuova impostazione del Dicastero per il Servizio allo Sviluppo Umano Integrale, destinato a riassorbire le strutture precedentemente incaricate di seguire i temi della giustizia e pace, della salute, dei migranti e della carità. «Tutto l'uomo» è un'idea che parte certamente dalla cura per la salute fisica e psichica dell'uomo. E se l'afflizione fisica scuote gli animi delle persone, la sofferenza psichica, talvolta in maniera meno visibile, ma non per questo meno pesante, aggiunge un carico di stigma e di pressione sociale che pone la sofferenza in una dimensione “sociale” ancora meno sopportabile.

Non è la prima volta che Caritas Italiana tocca il tema della salute mentale¹; si vuole affrontare in questo caso il problema sotto un'angolazione particolare, ovvero il modo in cui le catastrofi naturali rappresentano un fattore di malessere non solo fisico, ma anche mentale: angoscia, senso di solitudine, frustrazione, sradicamento dalla propria comunità e dai propri legami, rappresentano esperienze tristemente presenti all'attenzione di chiunque abbia vissuto o anche soltanto conosciuto la condizione di chi è stato vittima di un tifone, di una inondazione, di un terremoto.

Accanto al problema della risposta e reazione agli eventi naturali distruttivi, il problema della ricostruzione, e quello della “resilienza” delle comunità, esiste infatti una dimensione che non viene sempre osservata con la dovuta attenzione. La sofferenza psicologica e mentale sperimentata a seguito di un grande evento



traumatico ha conseguenze meno visibili nell'immediato ma forse ancora più devastanti: spezza legami, toglie speranza, distrugge le radici, trasforma le persone da soggetti a “beneficiari”, quasi ridotti a “oggetto” di programmi di assistenza. Tutto questo può avere un impatto devastante sulla ricostruzione, non solo fisica ma anche sociale ed economica delle comunità locali. Ma la stessa esperienza può anche essere l'occasione per un percorso di consapevolezza, di nuova partenza...

Ed è da tutto questo che muove il presente dossier: come reagiscono le persone, le comunità ai grandi eventi, in questo caso naturali, che sconvolgono le loro vite? In che misura vedono il loro benessere psi-

Parleremo di “tutto l'uomo”, e in particolare della dimensione di benessere psicologico delle vittime dei disastri; e parleremo di “tutti gli uomini” mettendo a confronto l'esperienza delle comunità del Nepal colpite dal terribile terremoto di aprile-maggio 2015 con l'esperienza altrettanto terribile del recente terremoto in centro Italia

cologico e mentale posto a rischio da questi eventi? Che risorse trovano per reagire?

Parleremo di “tutto l'uomo”, e in particolare in questo caso della dimensione di benessere psicologico delle vittime dei disastri; e parleremo di “tutti gli uomini” mettendo a confronto l'esperienza delle comunità del Nepal colpite dal terribile terremoto di aprile-maggio 2015 con l'esperienza altrettanto terribile e per molti ancora in corso del recente terremoto in centro Italia.



1. Il problema: l'equilibrio psicologico e l'importanza del benessere mentale

L'Organizzazione Mondiale della Sanità definisce, nella sua stessa Costituzione, la salute come «uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non una semplice assenza di malattie o infermità»¹. La definizione, che resiste immutata da quasi settant'anni, rimanda a quadri di riferimento concettuali molto più antichi: l'idea di interrelazione tra le varie costituenti dell'essere umano e l'indissolubile interdipendenza delle stesse si trova in molte medicine antiche e particolarmente in quella buddista.

Ancora l'Oms definisce la salute mentale, o il benessere mentale, come uno «stato in cui ogni individuo realizza il proprio potenziale, è in grado di affrontare gli stress ordinari della vita quotidiana, può lavorare con successo e contribuire alla propria comunità di appartenenza»². I determinanti della salute mentale e dei disturbi mentali includono non solo attributi individuali quali la capacità di gestire i propri pensieri, le proprie emozioni, i propri comportamenti e le relazioni con gli altri, ma anche fattori sociali, culturali, economici, politici e ambientali, tra cui le politiche adottate a livello nazionale, la protezione sociale, lo standard di vita, le condizioni lavorative e il supporto sociale offerto dalla comunità. A seconda del contesto locale alcuni individui e gruppi sociali sono molto più a rischio di altri di soffrire di disturbi mentali.

Questi gruppi vulnerabili sono, per esempio (ma non necessariamente), i membri delle famiglie che vivono in situazioni di povertà, le persone affette da malattie croniche, i neonati e i bambini abbandonati e maltrattati, gli adolescenti che fanno uso per la prima volta di sostanze psicoattive, le minoranze, le popolazioni indigene, le persone anziane, le vittime di violazioni dei diritti umani, vittime di discriminazione in base all'orientamento sessuale, all'appartenenza politica o ideologica, i prigionieri e le persone che vivono situazioni di conflitto, catastrofi naturali o altre emergenze umanitarie³.

Le persone con disturbi mentali sperimentano tassi di disabilità e di mortalità notevolmente più elevati rispetto alla media. Per esempio persone con depressione maggiore e schizofrenia hanno una possibilità del 40-60% maggiore rispetto al resto della popolazione di morte prematura, a causa di problemi di salute fisica (come cancro, malattie cardiovascolari, diabete o infezione da Hiv), che spesso non vengono



affrontati. La revisione di 22 studi condotti su 825.754 pazienti affetti da patologie o eventi coronarici acuti ha dimostrato che coloro che erano affetti da patologie psichiatriche gravi ricevevano il 14% in meno di cure salvavita d'emergenza rispetto alla popolazione non affetta da patologie mentali, con il risultato di avere un tasso di mortalità superiore dell'11% rispetto al gruppo di controllo sano⁴.

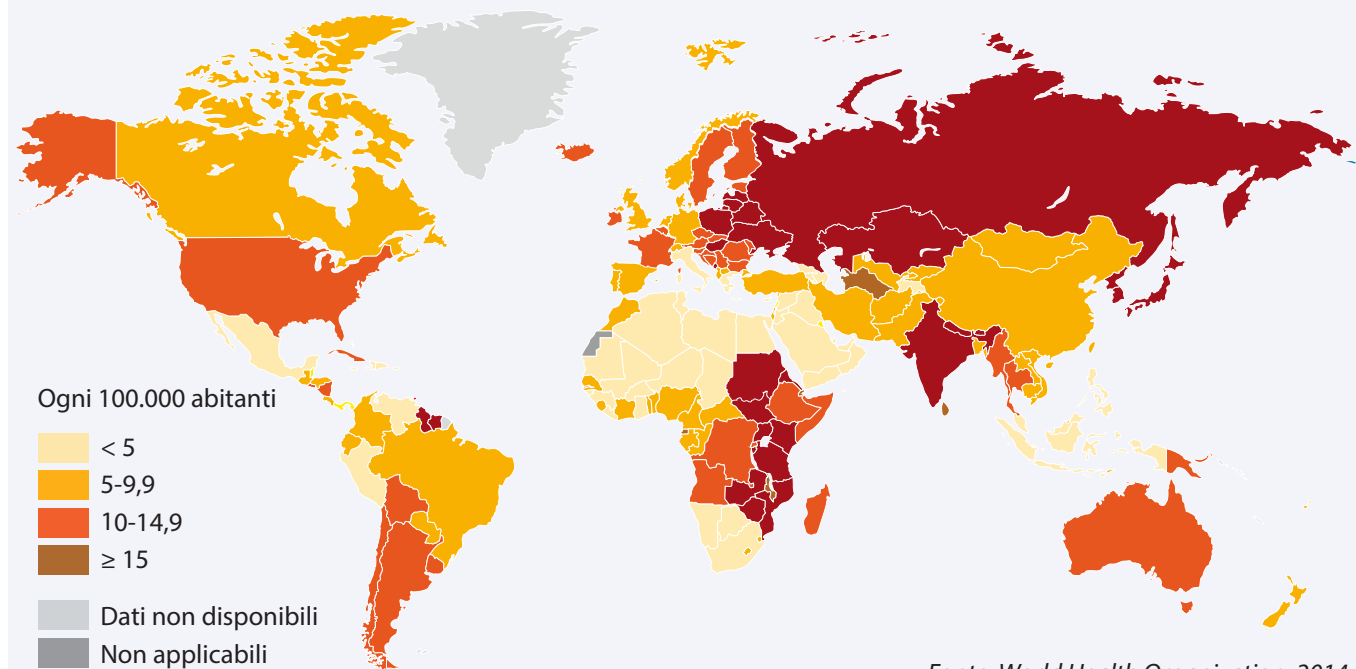
Se a questo si aggiunge che è stato dimostrato, per esempio, che la depressione può causare una predisposizione all'infarto del miocardio e al diabete, i quali, a loro volta, aumentano il rischio di insorgenza di una depressione⁵, e lo si confronta con quanto detto poc'anzi ovvero che in caso di eventi cardiaci il paziente

Le persone con disturbi mentali sperimentano tassi di disabilità e di mortalità notevolmente più elevati rispetto alla media. Per esempio persone con depressione maggiore e schizofrenia hanno una possibilità del 40-60% maggiore rispetto al resto della popolazione di morte prematura, a causa di problemi di salute fisica (come cancro, malattie cardiovascolari, diabete o infezione da Hiv), che spesso non vengono affrontati

psichiatrico riceve meno cure, allora è evidente la vulnerabilità di questo gruppo di persone e anche la necessità di attenzione aggiuntiva alla sfera del benessere mentale. Spesso i disturbi mentali influiscono su altre malattie, come il cancro e l'infezione da Hiv/Aids e anche sui tassi di suicidio⁶.

La cartina della pagina successiva fotografa la realtà sui tassi di suicidio e dimostra come lo stesso sia maggiormente praticato, per una serie di fattori ambientali, culturali, economici e sociali, nella regione asiatica. La stessa, come ci mostreranno i dati, è quella a più alto rischio di catastrofi naturali e le catastrofi stesse sono concause nel peggioramento dell'equilibrio psichico e nell'aumento dell'incidenza di patologie psichiatriche e disturbi psicologici.

Tasso di suicidi

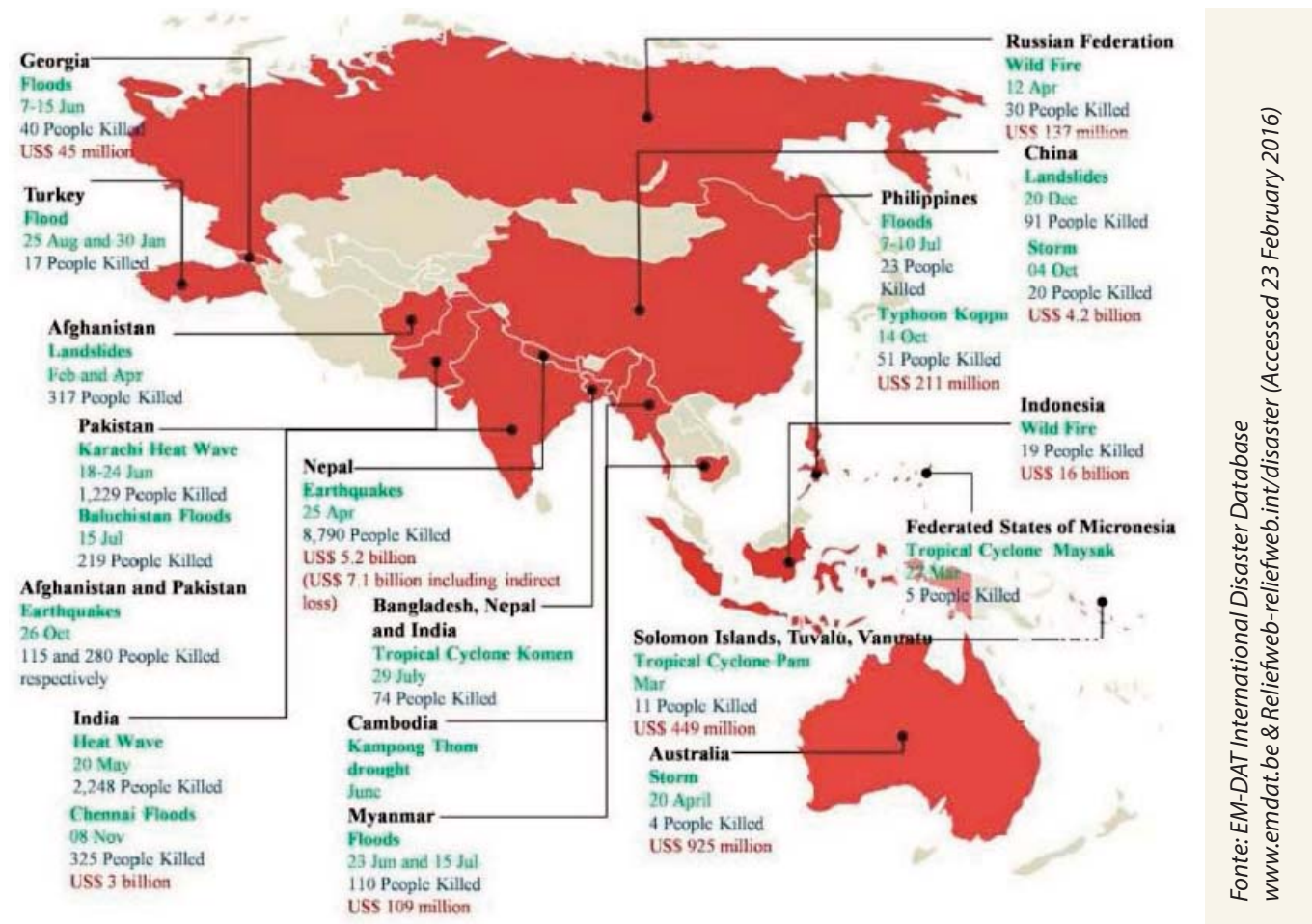


I dati quindi, confermano comunque che le regioni a maggior rischio ambientale sono anche quelle a maggior rischio di tendenze suicidarie⁷ e che la presa in

carico della salute mentale delle vittime di catastrofi ha motivi validi per essere nelle priorità di intervento dei governi e delle agenzie umanitarie tutte.

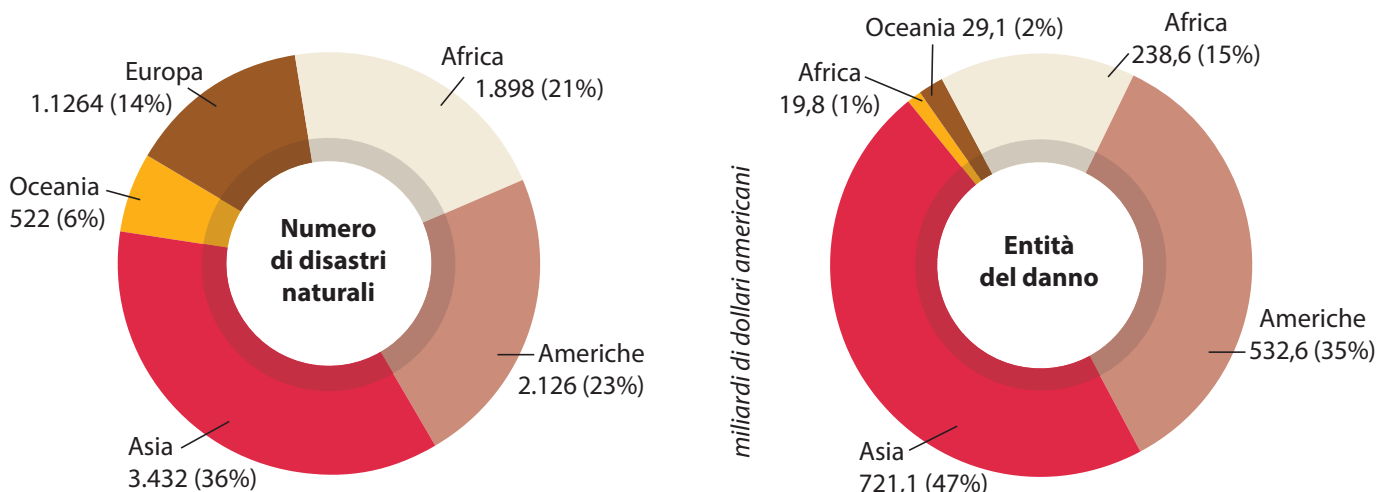


2. Disastri naturali e impatto sulla salute



I disastri e le calamità naturali sono ormai all'ordine del giorno in tutto il mondo e sembrano aumentare in maniera esponenziale. Da un lato perché la comunicazione globale ci permette di accedere a informazioni sui disastri in tempo reale ed eventi che un tempo sarebbero passati inosservati o menzionati solo molto dopo il loro accadimento, e che vengono invece "coperti" immediatamente da un punto di vista mediatico. D'altro canto fattori climatici, quali il riscalda-

mento globale ma anche le cicliche modifiche dei climi, e antropici, quali inquinamento, cementificazione, disboscamento ecc., hanno causato un indubbio aumento degli eventi calamitosi. Una delle regioni maggiormente esposte e colpite dagli stessi è, come anticipato, proprio l'Asia. L'illustrazione sottostante evidenzia come proprio la regione asiatica paghi il prezzo più alto in termini di perdita di vite, di danni e di costi economici, anche sanitari.



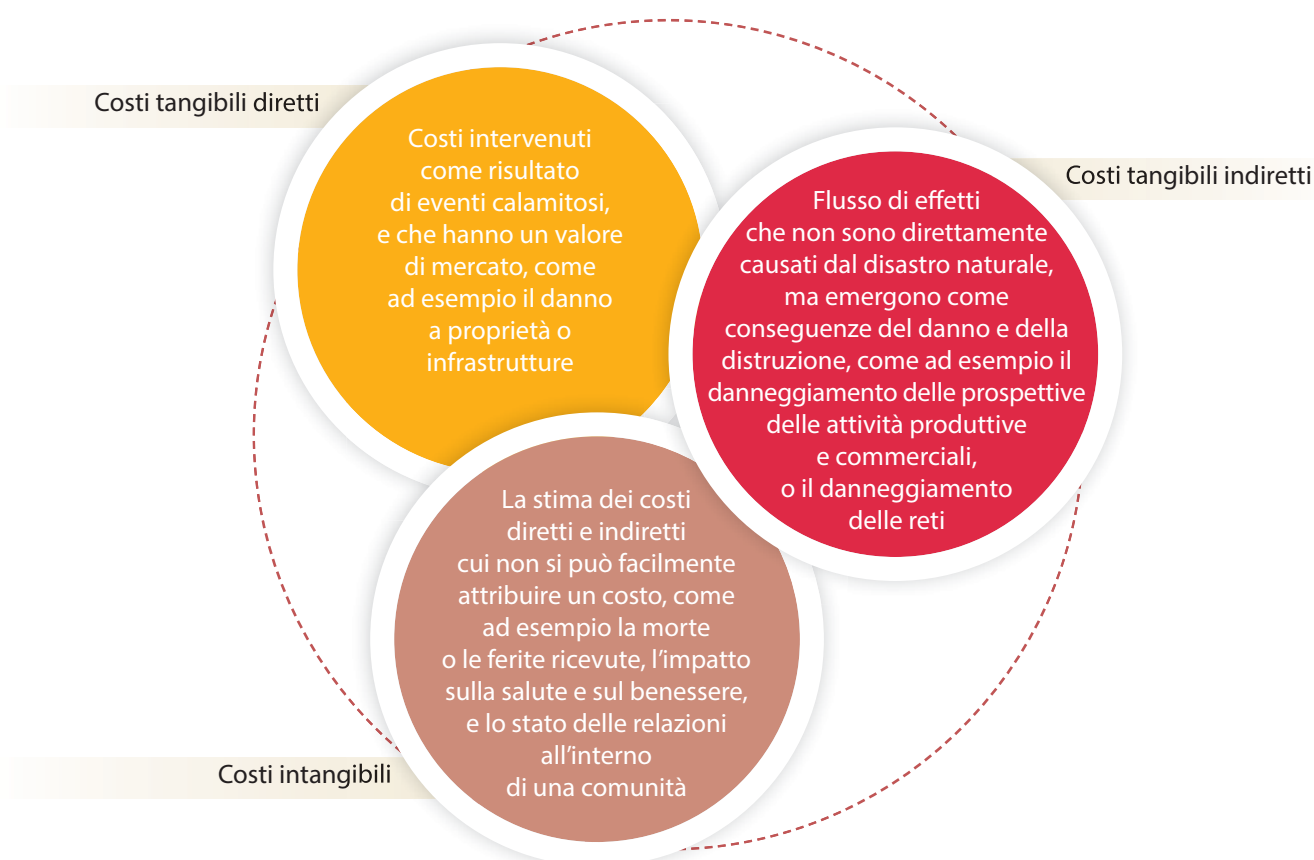
Fonte: Disaster prevention white paper by Cabinet Office, Government of Japan – 2010

L'attenzione ai disastri naturali e alle loro conseguenze, particolarmente in termini di distruzione, perdita delle fonti di guadagno, dissesto idro-geologico e vittime è alta da sempre. Negli ultimi decenni la stessa si è estesa anche ad aree geografiche in cui precedentemente gli eventi calamitosi erano visti come punizioni divine, l'accanirsi ingiustificato della natura o semplici accadimenti dell'esistenza. Da almeno trent'anni, infatti, anche in Asia, Africa o America Latina le competenze d'intervento in caso di disastri, l'attenzione dei media, la presenza di organizzazioni di soccorso statali, parastatali o non governative e il tenta-

tivo di fornire una rapida risposta hanno cominciato a svilupparsi e consolidarsi in un crescendo di iniziative, strategie politiche e allocazioni specifiche di risorse. L'elemento "sanitario", ovvero ferite, invalidità, disabilità e patologie fisiche che derivano dai disastri, è sempre molto presente e i primissimi soccorritori, di solito immediatamente dopo l'esercito, sono medici e paramedici.

I costi per la sanità, in termini meramente economici, sono quei costi definiti intangibili e contribuiscono sensibilmente, anche sul lungo periodo, all'impatto economico generale delle calamità naturali.

Totale del costo economico dei disastri naturali



Fonte: *The economic costs of the social impact of natural disasters*, Australian Business Roundtable for Disaster Resilience & Safer Communities, March 2016

Gli effetti che i disastri naturali provocano sul "sistema salute" (a parte i costi economici) sono principalmente di quattro tipi:

- **impatto diretto sulla salute individuale:** ferite, malattie infettive, patologie acute (es. malattie respiratorie in seguito all'eruzione dei vulcani, o contaminazione dell'atmosfera con gas e spore in seguito a terremoti) e in alcuni casi acutizzazioni di preesistenti patologie;
- **impatto diretto sui sistemi sanitari del Paese:** di-

struzione degli ospedali e dei presidi sanitari, e morte del personale sanitario;

- **impatto indiretto sulla salute individuale:** il cambiamento degli stili di vita, il minor accesso al reddito, ai farmaci e al cibo di qualità causano sul medio-lungo periodo danni sanitari ai singoli individui;
- **impatto indiretto sui sistemi sanitari del Paese:** interruzione della fornitura di acqua ed energia elettrica da cui dipendono le strutture sanitarie¹.



359 miliardi
INONDAZIONI



314 miliardi
TERREMOTI



223 miliardi
TSUNAMI



167 miliardi
CICLONI



34 miliardi
CARESTIE

Fonte: Centro per la ricerca sull'epidemiologia dei disastri (Cerd), School of Public Health, Brussels

È invece storicamente – e si parla di storia recentissima nel caso della risposta professionalizzata e prevenzione dei disastri naturali – dimenticata o quantomeno poco considerata la salute mentale e il suo deterioramento post-disastro. La letteratura sull'emergenza nei disastri naturali e i documenti delle organizzazioni umanitarie ne parlano diffusamente – come accennato nel paragrafo precedente – da tempo ma l'esperienza dimostra sia che, da un lato, gli effetti psicologici individuali e sociali sul lungo periodo possono essere anche molto pesanti in termini di qualità della vita e di costi sociali per i governi, sia, dall'altro, che gli interventi di supporto psicologico e psico-sociale sono spesso considerati differibili o di secondaria importanza.

Disastri naturali e impatto sull'equilibrio psichico

La psichiatria e la psicologia per i disastri e/o dell'emergenza sono settori relativamente nuovi dello studio del comportamento umano e nascono proprio dalla necessità urgente di avere sul campo specialisti che, al fianco di chi si occupa del ritorno alla normalità fisica e infrastrutturale, si prendano cura delle ferite interiori lasciate o aggravate dai disastri naturali.

L'Oms nel maggio del 2005, con una risoluzione approvata dall'Assemblea Mondiale della Sanità sottolineò l'importanza della gestione dei traumi psicologici causati dai disastri (e dalle guerre) e spinse le organizzazioni a pianificare gli interventi di soccorso tenendo in considerazione questo aspetto². Le organizzazioni umanitarie si sono adeguate e gli standard universalmente riconosciuti in ambito umanitario prevedono una specifica e particolare attenzione allo stress generato dalle calamità sia per le popolazioni sia per i soccorritori/operatori³. E sono numerosi gli studi condotti in seguito sia a disastri naturali sia a guerre e attacchi terroristici che hanno dimostrato, e continuano a dimostrare, quanto i danni provocati sulla psiche dagli eventi calamitosi siano ingenti sotto molto punti di vista, in primis per quanto concerne il benessere e la stabilità sociale degli individui e dei gruppi. Ecco gli effetti dei disastri naturali sulla psiche, nella classificazione utilizzata dagli specialisti⁴.

- **Effetti emotivi:** shock, terrore, irritabilità, rabbia, senso di colpa, tristezza, anestesia emotiva, senso di inutilità, perdita di interesse verso attività altrimenti ritenute piacevoli e familiari, difficoltà nel sentirsi felici e amati.
- **Effetti cognitivi:** mancanza di concentrazione, incapacità nel prendere decisioni, confusione, sfiducia, incubi notturni, perdita di autostima, senso di colpa, auto-accuse, pensieri intrusivi, ricordi intrusivi, dissociazione.
- **Effetti fisici:** stanchezza, sfinimento, insonnia, ipervigilanza, iperattività, ridotta risposta immunitaria, ridotta soglia del dolore, emicrania, problemi gastro-intestinali, diminuzione dell'appetito, diminuzione della libido, vulnerabilità alle malattie.
- **Effetti relazionali:** aumento dei conflitti interpersonali, isolamento sociale, riduzione dell'intimità relazionale, alienazione, ridotta performance professionale, diminuita soddisfazione dalle relazioni, sfiducia, senso di abbandono.

La sindrome da stress post-traumatico

La sindrome da stress post-traumatico (Ptd) è un disturbo che nasce in seguito a un evento calamitoso, quale uragano, terremoto, tsunami o a un incidente e si caratterizza per una serie di sintomi psicologici e comportamentali che influenzano, poi, anche il fisico. Possono esserne vittime sia le persone direttamente coinvolte ma anche altre che assistono da lontano alla scena o sentono i racconti relativi all'evento traumatico stesso.

I sintomi della sofferenza psicologica che accompagna il disturbo da stress post-traumatico sono molti e sfaccettati ma, secondo i manuali di diagnostica, perché la sindrome possa essere diagnosticata con certezza sono necessarie alcune caratteristiche, tra le quali:

- l'esposizione a un trauma, sia esso reale o riferito, avvenuto o anche solo minacciato;
- presenza di sintomi intrusivi: in seguito all'evento la persona soffre di ricordi ricorrenti, pensieri ripetitivi e sensazione di rivivere l'incidente;

- evitamenti degli stimoli associati all'evento traumatico: le persone cercano di evitare luoghi, persone ed emozioni che ricordino il trauma;
- variazioni importanti della sfera emotiva: emozioni negative legate a sé (senso di colpa, sfiducia, depressione), eccessi emotivi (rabbia, tristezza) che generano anche pensieri distorti sulla realtà.

La sindrome da stress post-traumatico è una patologia relativamente nuova che nasce, in termini di classificazione diagnostica, solo dopo la guerra del Vietnam per rispondere, anche relativamente ai compensi assicurativi, ai numerosissimi veterani che rientravano traumatizzati e feriti nella psiche.

Non solo Ptsd

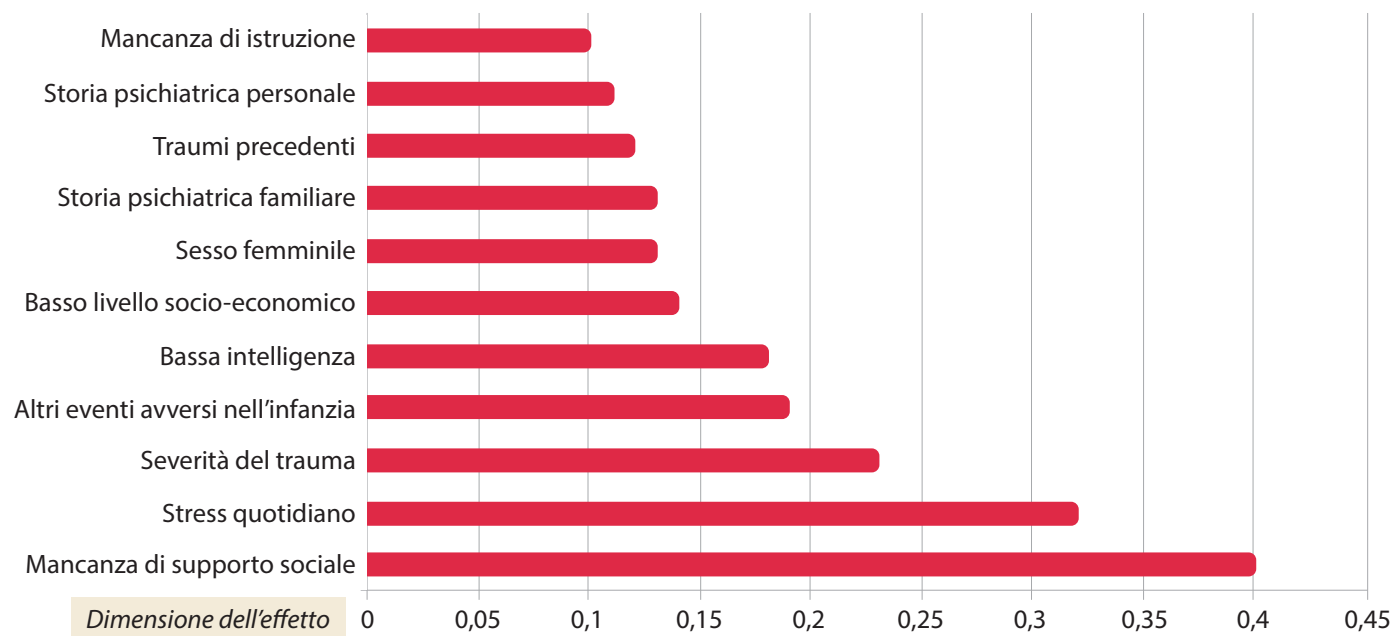
La sindrome da stress post-traumatico è solo una tra le più frequenti⁵ patologie mentali che derivano dai disastri naturali, ma non l'unica. Se una buona parte della popolazione, come dimostra la realtà, non sviluppa Ptsd in senso stretto (ovvero la loro condizione non risponde e non rientra nei criteri diagnostici accettati), presenta chiari segni e sintomi di stress elevato con manifestazioni comportamentali quali: ANSIA, PAURA GENERALIZZATA, SENSO DI INSICUREZZA, RABBIA E AGGRESSIVITÀ, APATIA, DISTURBO DA STRESS ACUTO⁶.

Incidenza di Ptsd nelle catastrofi naturali: dati

Gli studi sull'incidenza del Ptsd dopo i terremoti forniscono dati molto diversi e che poco dicono sul reale impatto nella psiche delle calamità. Secondo i dati, a nove mesi dall'evento sismico, quasi un quarto della popolazione colpita è affetta da disturbo da stress post-traumatico. Alcuni studi relativi a disastri naturali in generale⁷, e non specificamente terremoti, fotografano un'incidenza di Ptsd variabile tra il 5 e il 60%, con una frequenza collocata nella metà inferiore della scala, perciò intorno al 20-35%. Fattori importanti che influenzano sul numero di casi di Ptsd dopo le catastrofi sono:

- il ruolo nell'emergenza, ovvero vittima diretta, indiretta, soccorritore, familiare di una vittima;
- la vicinanza fisica all'evento traumatico;
- l'età (dove nei bambini l'incidenza è statisticamente inferiore);
- il sesso (le donne sono più a rischio di Ptsd⁸);
- l'intensità dell'evento stesso (ad es. un terremoto di scala 5 incide meno di uno di scala 7 a parità di vicinanza fisica, età e ruolo);
- livello di istruzione;
- danneggiamento dell'abitazione;
- pregresse malattie psichiatriche;
- ferite sofferte durante l'evento calamitoso;
- tipologia dello strumento utilizzato per l'indagine⁹.

Fattori di rischio per lo sviluppo della sindrome da stress post-traumatico



Fonte: adattamento da Brewin et al. 2000, citato in "Post Traumatic Stress Disorder: Diagnosis and Assessment", The National Academies Press, Washington

Anche l'incidenza dei suicidi è un elemento che permette di capire di più sull'impatto psicologico delle catastrofi. Il Nepal, in termini di suicidi, è secondo, in Asia, solo allo Sri Lanka ma ciò che stupisce e supera le statistiche è proprio non tanto il fenomeno del sui-

icidio di per sé, ma l'aumento verticale dei casi, che è dimostrato, a sei mesi dal terremoto del 2015, dai dati della polizia nepalese. Esso indica chiaramente una maggiore debolezza e l'incapacità di fronteggiare le difficoltà derivanti dalla catastrofe.

3. Qualche dato sulla sofferenza psicologica post-disastro in Nepal

Lo strumento di indagine

In mancanza di dati precisi e accurati dopo i terremoti del 2015, e in presenza di numerosi segnali circa un accresciuto disagio tra le comunità colpite, si è ritenuto opportuno promuovere un'indagine nuova e indipendente utilizzando uno strumento accreditato quale il Pcl-5¹. Lo stesso, per poter essere somministrato alla popolazione nepalese, è stato tradotto a livello lessicale e semantico e somministrato attraverso interviste dirette a un campione scelto tra le comunità colpite. Lo strumento non ha lo scopo immediato, né è stato usato per diagnosticare, in senso clinico, la presenza di sindrome da stress post-traumatico, ma per fotografare la realtà della salute e della serenità degli abitanti del Nepal, a quasi due anni di distanza dai sismi.

Si è scelto, vista la vastità del sisma e il fatto che lo stesso abbia colpito "a tappeto" i distretti interessati, di somministrare il test a un campione eterogeneo di popolazione. Sono state perciò contattate, attraverso gli operatori locali, 270 persone di estrazione sociale varia, provenienti dai distretti di Gorkha, Kathmandu, Kaski, Kavrepalanchowk e Sindupalchowk, sia uomini che donne, di età compresa tra i 12 e i 75 anni, coniugati e non, scelti in nuclei familiari che hanno e che non hanno lamentato vittime a causa del sisma all'interno della famiglia.

Cosa raccontano i dati

Come si è detto, e nemmeno era questo lo scopo, non è possibile, con lo strumento utilizzato, ricavare una diagnosi di Ptsd e della sua incidenza nel campione. Risulta però evidente che, nonostante il lasso di tempo importante trascorso dai sismi, sono ancora presenti molti sintomi di disequilibrio emotivo e comportamentale.

Di seguito la tipologia della popolazione che ha risposto al questionario. Sono state 270 LE PERSONE: 100 uomini e 158 donne. *Non è stato fornito il dato da parte di 12 persone.* La loro età: 12-20 anni: 32; 21-30 anni: 83; 31-40 anni: 51; 41-50 anni: 42; 51-70 anni: 33; oltre i 70 anni: 9; *risposte mancanti: 20.* I distretti di provenienza: Valle di Kathmandu: 23; Sindupalchowk: 44; Kavrepalanchowk: 110; Kashi: 51; Gorkha: 31; *risposte mancanti: 11.*

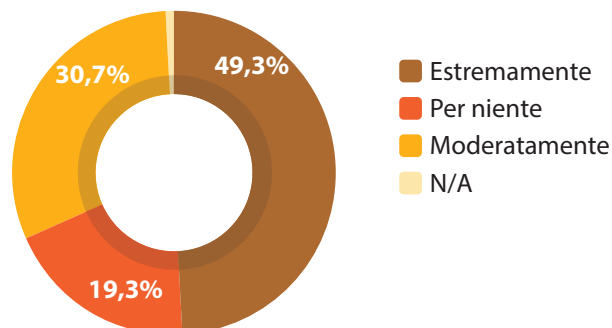
Dalle risposte emerge che sia per quanto concerne la sfera comportamentale e la modifica della stessa, sia per quanto riguarda quella emotiva e la sua attivazione, le persone che hanno risposto al test fotografano una realtà di alterazione rispetto alle condizioni pre-terremoto che di molto ("estremamente") o di poco ("moderatamente") supera sempre il 50%. Si registrano



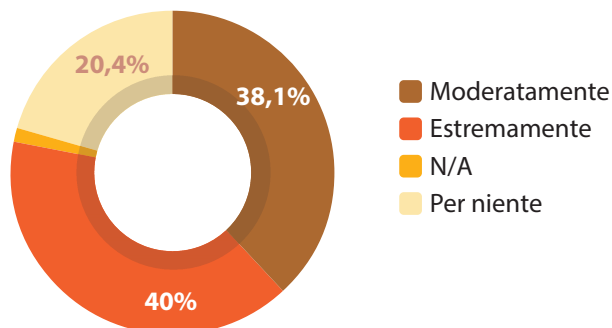
picchi elevati per quanto concerne il ricordo dell'esperienza traumatica (item 1 e 2), nervosismo ed emozioni intrusive (4 e 11), cambiamenti comportamentali come difficoltà di concentrazione, insonnia e iper-vigilanza (17,19 e 20) e la rimozione di parti dell'esperienza (8).

Ecco allora che i pensieri intrusivi vengono registrati da oltre il 68% della popolazione e disturbi nel comportamento quotidiano da circa il 60% dei rispondenti. Ciò significa che, a dispetto del tempo trascorso e delle statistiche, in Nepal ancora la popolazione, senza troppe distinzioni di età, sesso o provenienza, soffre anche psicologicamente per il trauma dei sismi del 25 aprile e 12 maggio 2015.

La presenza di pensieri intrusivi



La presenza di incubi relativi al sisma

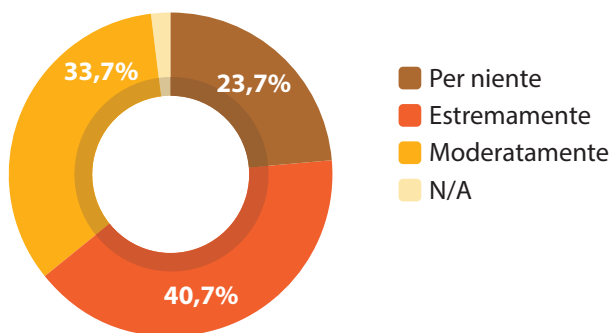


I grafici soprastanti illustrano l'impatto che ancora il ricordo del sisma ha sulla popolazione, sotto forma di pensieri intrusivi o di incubi.

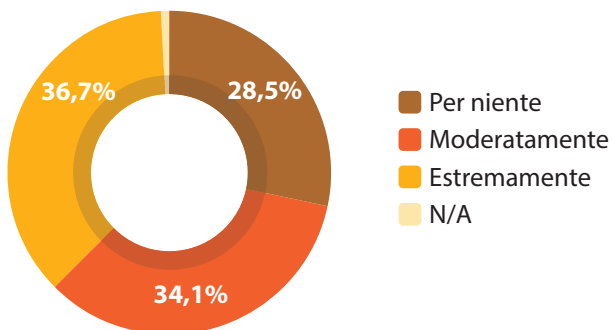
I grafici nella pagina successiva, invece, sottolineano gli effetti sul comportamento quotidiano, par-

ticularmente con una sensazione di ipervigilanza continua (il primo) e con la comparsa di sensazioni fisiche forti (palpitazioni, sudorazione, respiro affannoso) al solo ricordo dell'esperienza traumatica (il secondo).

Il grado di ipervigilanza soggettiva

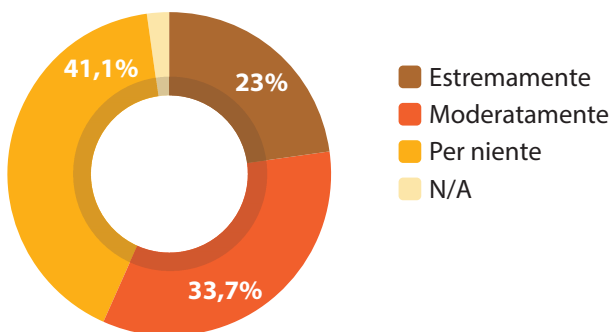


Comparsa di sensazioni fisiche spiacevoli al ricordo dell'esperienza



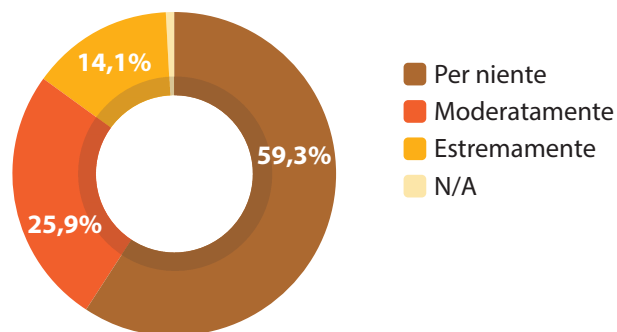
Molto interessante anche la lettura dei dati relativi agli indicatori soggettivi, ovvero al senso di colpa o ai pensieri negativi rispetto a se stessi che risultano essere bassi in tutto il blocco. Ciò indica l'efficacia e la validità delle risposte ricevute: in una società come quella nepalese, dove l'individualità è secondaria rispetto alla collettività (famiglia, villaggio, gruppo etnico, religioso o casta), è del tutto coerente che i sintomi relativi ad una svalutazione del sé siano bassi e poco considerati.

Percezione negativa di sé, degli altri e del mondo



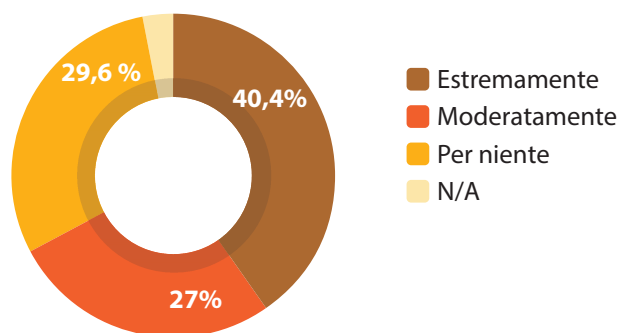
Ed è altrettanto coerente e in linea con i valori societari il non cercare le colpe negli individui o nei comportamenti soggettivi: in Nepal, infatti, le solide fondamenta religiose spostano spesso le responsabilità e le cause su un piano divino e ultraterreno.

Colpevolizzare se stessi e gli altri per ciò che è successo

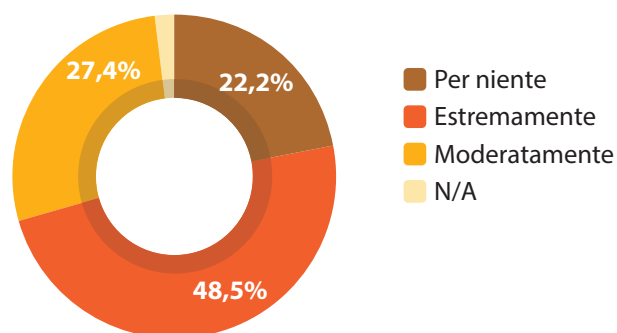


Anche altri sintomi che influiscono sulle capacità di recupero, di ripresa delle attività lavorative, degli equilibri relazionali e della normalità della vita si presentano con una frequenza ancora elevata, nonostante la distanza temporale dall'evento.

Difficoltà di concentrazione



Difficoltà nell'addormentarsi e insonnia



Gli interventi messi in atto sino ad ora si sono poco concentrati sulla salute mentale delle popolazioni per prediligere la ricostruzione delle abitazioni, degli edifici pubblici e la creazione di opportunità di lavoro per le comunità. Anche queste attività, come spiegheremo a breve, sono in realtà un aiuto fondamentale per la riabilitazione integrale delle vittime e quindi anche per il ripristino del loro equilibrio mentale.

Ma di per sé non sono sufficienti. L'incidenza di sintomi da stress post-traumatico, infatti, chiede, nel silenzio confuso del mondo emotivo, che si intervenga in modo più preciso, competente e "curativo" per l'integralità della persona, con il suo bisogno di sicurezza, senso e speranza.

4. Comprendere la sofferenza nel post-disastro

La diagnosi da sola non cura

Fotografare una realtà di sofferenza e poter, in alcuni casi, anche dare un nome ai sintomi o classificare i disagi non è di per sé né sufficiente né curativo. La diagnosi delle patologie chiama in causa i professionisti della cura, ovvero i medici di qualsiasi specialità. Ciò, particolarmente per quanto concerne le patologie psichiatriche, sposta il “problema” dal teatro sociale a quello clinico.

Così facendo, però, si rischia di eliminare, insieme ad alcune pratiche inadatte e nocive delle cure tradizionali, anche un insieme di meccanismi e competenze proprie della comunità che possono essere di estremo aiuto nella riduzione dei sintomi, nella scomparsa del problema e nella prevenzione degli effetti collaterali che una diagnosi psichiatrica porta con sé (stigma, isolamento, evitamento sociale).

Ecco allora che una mera diagnosi e il solo invio ad uno specialista non è curativo ma, anzi, potenzialmente nocivo. Analizziamo nei prossimi paragrafi approcci più comprensivi, più centrati sull’universo culturale di provenienza delle vittime delle catastrofi che, quando integrati saggiamente con un intervento psico-terapeutico e farmacologico, conducono a soluzioni più durature nel tempo, a minori ricadute e disabilità sociali.

Il significato dei linguaggi

Il concetto di “trauma” in Occidente è diventato sintomo di stress¹ e di sofferenza, ma questo non è sempre vero in altre culture ove vi sono riferimenti concettuali diversi utilizzati per descrivere l’esistenza. Lo studio delle lingue e dei linguaggi usati per definire il trauma, lo stress e la risposta agli stessi sono di fondamentale importanza per capire quando ci siano veramente gli effetti di un trauma sulla psiche, quanto i soggetti siano in grado di rispondervi autonomamente e quanto necessitino, al contrario, di un supporto specifico.

Proprio sulla situazione del Nepal alcuni studiosi hanno analizzato il significato dei termini e come spesso la traduzione degli stessi dalle lingue occidentali alla lingua locale sia complicato. Gli studiosi riportano, ad esempio, l’uso del termine “trauma o shock” che in nepali si traduce *aghata* (आघात). Seppure la traduzione è corretta, per la popolazione “laica”, il termine che meglio viene compreso è *paagal* (पागल) e *ris* (रीस) – che significano rispettivamente “pazzo” e “rab-



bia” – e l’uso del termine *aghata*, da parte di counselors o professionisti del settore, ha un potenziale effetto negativo nei pazienti e nelle loro famiglie perché il concetto è associato ad una condizione altamente stigmatizzata².

Nella traduzione dei significati un elemento da tenere fortemente in considerazione è quello dello stigma. La patologia psichiatrica, infatti, in moltissime culture porta con sé un elevato livello di sanzione sociale e se, in Occidente, la situazione sta lentamente migliorando, in molte altre parti del mondo ancora il malato mentale è da tenere segregato, fonte di vergogna o da emarginare. Spesso lo stigma peggiora l’esperienza della malattia e porta ad un ridotto ac-

La sofferenza e il dolore che colpiscono gli individui dopo una catastrofe naturale, dopo la perdita dei propri cari, della propria abitazione, dei mezzi di sostentamento e di un equilibrio sociale sono del tutto naturali e, altrettanto naturalmente, necessitano di essere espressi ed elaborati

cesso alle cure, a maggiore isolamento sociale e sentimenti di colpa, vergogna e inferiorità³. Ovvero si peggiora o si cronicizza la malattia.

La sofferenza e il dolore non sono patologie

Il lavoro che le organizzazioni internazionali fanno, le strategie operative che i dipartimenti di salute mentale dei diversi Paesi mettono in atto e gli approcci diagnostici – seppure declinati secondo il suddetto processo di inculturazione simbolica e semantica – sono certamente atti importanti e utili per la risposta al disagio mentale, la prevenzione di ulteriori danni e per l’equilibrio psichico delle società. Ma c’è un rischio, tra gli altri, estremamente pericoloso e con un impatto che va ben al di là dello spettro temporale operativo delle istituzioni e delle organizzazioni umanitarie: la patologizzazione del naturale, ovvero la trasformazione di reazioni naturali, umane e segno di equilibrio

in disordini del comportamento, o dell'umore o della personalità.

La sofferenza e il dolore che colpiscono gli individui dopo una catastrofe naturale, dopo la perdita dei propri cari, della propria abitazione, dei mezzi di sostentamento e di un equilibrio sociale sono del tutto naturali e, altrettanto naturalmente, necessitano di essere espressi ed elaborati. Ecco allora che per comprendere quale sia la soglia di cosiddetta "normalità" – che usiamo ora come vocabolo di facile comprensione ma dando per scontato che non esista una normalità di per sé – dobbiamo riferirci al concetto di persona che è legato indissolubilmente ad una specifica cultura, in uno specifico momento storico e risponde a delle specifiche richieste implicite della società in cui si forma o vive.

Ciò significa che anche di fronte a un trauma, a uno shock e allo sconvolgimento interiore che i disastri naturali possono portare ogni individuo risponderà e reagirà a seconda del proprio bagaglio genetico, della propria competenza psico-affettiva, dei riferimenti culturali e dei costrutti di senso interiorizzati. La diagnosi delle patologie, la ricerca dei sintomi anche silenti e lo screening delle popolazioni nel post-disastro sono fondamentali ma gli stessi devono avvenire solo con una profonda e competente conoscenza sia dei criteri diagnostici sia delle dinamiche personali, sociali e relazionali delle popolazioni riceventi il servizio: altrimenti il rischio è quello di creare la patologia dove non c'è, di aumentare lo stigma e l'esclusione sociale e di prescrivere i sintomi etichettando come "malattia" quella che è la normalità delle emozioni umane.

La resilienza

Il termine "resilienza" si riferisce originariamente alla capacità dei metalli di assorbire gli urti senza rompersi e, per estensione, in campo psicologico indica il processo di adattamento di fronte alle avversità, ai traumi, alle tragedie, alle minacce e anche di fronte a significativi fattori di stress⁴. In realtà la resilienza è più complessa della sua definizione ed è composta e influenzata da fattori sociali, culturali, biologici e psicologici; non è granitica ma cambia nel tempo e varia anche da contesto a contesto, motivo per cui una persona può essere estremamente resiliente in caso di disastro ma per nulla nelle relazioni affettive e viceversa⁵.

L'impatto dei traumi quindi diventa soggettivo, come naturalmente avviene essendo ogni individuo a sé e risultato di numerosissimi fattori spesso anche sconosciuti, e riguarda il ritrovare un senso. Il trauma,

infatti, secondo studi condotti in contesti culturali diversi, ha molto a che fare con una "crisi di senso" o con un "frantumarsi del sé"⁶. Emerge perciò fortemente come l'impatto dei traumi, la sindrome da stress post-traumatico, i disturbi dell'umore e della personalità derivanti dalle catastrofi e il superamento di tutto ciò sia strettamente legato al concetto di persona e alla socializzazione, o per essere più espliciti alla resilienza individuale e a quella sociale.

E nella categoria di resilienza individuale rientrano le caratteristiche psicologiche individuali (naturale tendenza alla risoluzione dei problemi più che al rimuginamento sugli stessi, visione positiva e ottimista dell'esistenza, flessibilità ed elasticità, capacità nell'espressione delle emozioni, ...) ma anche la presenza di un credo: un quadro di riferimento spirituale (non necessariamente religioso!) aiuta i sopravvissuti a sviluppare una comprensione coerente dell'essere uomini e donne e il credere in una entità superiore allevia l'ansia del quotidiano e aiuta le anime alla ricerca di un significato⁷.

Di pari importanza la rete sociale. Essa, infatti, gioca un ruolo di primissimo ordine nell'equilibrio psichico degli individui e anche nel risultato psicologico dell'impatto degli eventi calamitosi. Alla rete primaria, che è formata da tutte le persone che un soggetto incontra durante la vita quotidiana (membri della fami-

Il trauma, secondo studi condotti in contesti culturali diversi, ha molto a che fare con una "crisi di senso" o con un "frantumarsi del sé". Emerge perciò fortemente come l'impatto dei traumi, la sindrome da stress post-traumatico, i disturbi dell'umore e della personalità derivanti dalle catastrofi e il superamento di tutto ciò sia strettamente legato al concetto di persona e alla socializzazione, o per essere più espliciti alla resilienza individuale e a quella sociale

glia, del villaggio, amici, colleghi di lavoro, appartenenti della comunità di riferimento, ecc.), si associa la rete secondaria, che è costituita dalle istituzioni sociali (scuole, ospedali, amministrazioni) che hanno la responsabilità di definire i bisogni della popolazione⁸ e la rete soggettiva. Essa si definisce così, soggettiva, perché è una entità sociale che dipende totalmente dalla visione e dal punto di vista del soggetto che la descrive e alla quale appartiene. È essenzialmente una rete di amici a cui il soggetto è legato e che, a loro volta, sono legati ad esso⁹. Da queste riflessioni e ricerche nascono le fondamenta per un approccio psico-sociale o, più precisamente, psico sociale.

5. Le emergenze naturali in Italia e il trauma psicologico

Testo di Fabio Sbattella, Unità di ricerca in Psicologia dell'emergenza e assistenza umanitaria, Università Cattolica Sacro Cuore, Milano

Le emergenze naturali in Italia e le risposte sociali ai disastri

Anche la storia d'Italia, come quella di gran parte dell'umanità, è punteggiata da disastri e catastrofi naturali, che hanno segnato la memoria delle comunità locali e inciso sulla cultura e sulle istituzioni chiamate a sostenere i sopravvissuti. Frane, valanghe, alluvioni, terremoti, eruzioni vulcaniche, trombe d'aria e perfino tsunami hanno sfidato e interrogato le capacità intellettive, emotive e relazionali di ogni generazione¹.

Limitandoci ai soli terremoti più significativi degli ultimi 50 anni, possiamo ricordare i terremoti in Sicilia (1968), in Friuli (1976), in Irpinia (1980), in Umbria e Marche (1997), in Molise (2002), in Abruzzo (2009), in Emilia Romagna (2012) e nuovamente in centro Italia (2016-17). Eventi di portata limitata, con le loro 4.900 vittime complessive, se paragonati con i dieci terremoti più disastrosi in Italia, che dal 1110 al 1915 hanno causato complessivamente circa 352.500 morti². Una serie di eventi drammatici, tuttavia, che ribadiscono il fatto che la penisola bella non è una "base sicura" su cui radicare slanci vitali, bensì una fascia di monti in movimento, che freme e si spezza periodicamente in alcuni punti, a causa di persistenti tensioni profonde.

Accanto agli interventi pastorali e alle riflessioni teologiche, che da secoli e senza interruzione fino ad oggi hanno sostenuto e motivato azioni di solidarietà e risposte resilienti tra gli italiani, un certo ruolo hanno iniziato a svolgere, negli ultimi anni, anche la psicologia e i professionisti impegnati nella difesa della salute mentale³. Tali azioni si collocano all'interno di un sistema sanitario capillare nel territorio, che integra tra loro interventi pubblici e privati e che si connette al sistema preposto alla gestione delle emergenze catastrofiche. Peculiare del modello italiano di risposta ai disastri è, infatti, il sistema di protezione civile, voluto e realizzato in Italia dopo il terremoto irpino del 1980⁴. Tale sistema prevede di portare soccorso alle popolazioni colpite non più attraverso un esercito popolare, governato a livello centrale, bensì attraverso nuclei locali di volontari e istituzioni decen-



trate, che si aggregano in azioni di soccorso reciproco, secondo un modello di coordinamento di funzioni diverse, chiamato inizialmente "metodo Augustus"⁵ e poi progressivamente migliorato.

Il radicamento di tale sistema nei territori locali facilita la presa in carico delle problematiche emergenti nel post-emergenza, dando continuità tra tempo ordinario e tempi straordinari. Si tratta anche di un sistema che individua nella prevenzione (fatta di previsione, percezione dei rischi e formazione al loro fronteggiamento) una risorsa chiave, non solo per limitare i danni, ma anche per uscire a testa alta dalle sconfitte che la natura impone comunque.

È all'interno di questo modello che gradualmente si è fatta strada l'idea di dedicare interventi special-

Accanto agli interventi pastorali e alle riflessioni teologiche, che da secoli e senza interruzione fino ad oggi hanno sostenuto e motivato azioni di solidarietà e risposte resilienti tra gli italiani, un certo ruolo hanno iniziato a svolgere, negli ultimi anni, anche la psicologia e i professionisti impegnati nella difesa della salute mentale. Tali azioni si collocano all'interno di un sistema sanitario capillare nel territorio, che integra tra loro interventi pubblici e privati e che si connette al sistema preposto alla gestione delle emergenze catastrofiche

stici alla tutela della salute mentale delle persone colpite e al sostegno delle risorse di resilienza. Oltre alle "cose" (risorse materiali, strutture, tecnologie, organizzazioni, corpi viventi, ...), c'è bisogno di proteggere, salvare, recuperare le menti umane e le reti relazionali (gruppi, famiglie, associazioni locali) e le loro capacità (operative e culturali) di rispondere alle sfide ambientali.

Concretamente, sono state dunque messe a punto all'interno del sistema di protezione civile in Italia, nel 2006, delle indicazioni di massima per il sostegno psicosociale nelle gravi emergenze naturali nazionali⁶.

Recependo le indicazioni e le riflessioni internazionali, esse prevedono l'investimento di risorse dedicate alla tutela della salute mentale, prima, durante e dopo i disastri. Tali risorse sono individuate prioritariamente all'interno del sistema sanitario nazionale e, come rinforzo, all'interno delle risorse offerte dal mondo del volontariato.

I primi interventi sistematici e integrati di ordine psicosociale in Italia, sono dunque ben documentati a partire dal terremoto del 2009, sebbene non fossero mancate significative esperienze nel 1980, nel 1997 e perfino nel 1908, durante il terribile terremoto di Messina⁷.

Bisogni emergenti e risposte possibili

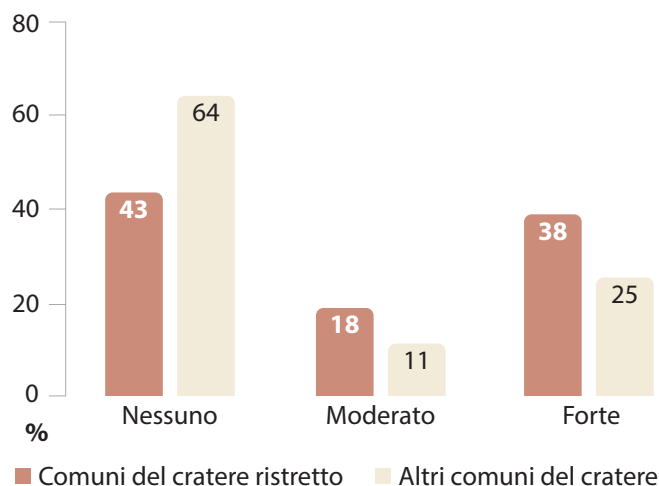
Grazie a questa recente attenzione, è stato possibile monitorare negli ultimi anni l'impatto psicologico, sanitario e sociale dei terremoti, nonché verificare, in alcuni casi, limiti ed efficacia di diverse strategie di intervento e sostegno.

Un primo studio sistematico dell'impatto di un terremoto sulla salute mentale della popolazione fu realizzato in Abruzzo, nel 2010. Per descrivere le conseguenze del sisma del 2009, furono selezionati alcuni indicatori chiave e vennero confrontati i dati rilevati dopo il terremoto con quelli raccolti e disponibili, sullo stesso territorio, negli anni 2007-2008⁸. La disponibilità di dati pre-sisma rende particolarmente significativa la ricerca, superando i limiti di tutti coloro che evidenziano il dolore osservato dopo le tragedie senza poter misurare i cambiamenti occorsi rispetto al passato. Lo studio mostrò che:

- i sintomi depressivi erano diventati più frequenti rispetto alle rilevazioni effettuate all'Aquila prima del sisma e i disturbi da stress post-traumatico erano più frequenti rispetto alle stime degli studi italiani di riferimento;
- i comportamenti nocivi per la salute erano più diffusi dopo il sisma: la frequenza di persone sedentarie era più elevata; la frequenza degli ex-fumatori era più bassa; fumo e consumo di alcol eccessivo tra i giovani di 18-34 anni erano maggiori rispetto ai dati nazionali, sebbene il consumo eccessivo di alcolici nella popolazione generale non fosse aumentato rispetto alla situazione pre-sisma;
- la percezione dello stato di salute e della qualità della vita connessa alla salute non erano significativamente peggiorati rispetto alle rilevazioni effettuate prima del sisma. Non si registrarono significativi peggioramenti di questa percezione in relazione ai danni subiti (perdite umane ed economiche) e allo stress per la delocalizzazione. Neppure si trovò una correlazione statisticamente significativa tra percezione di peggioramento di qualità di vita e sintomi depressivi o sintomi di

stress post-traumatico, nonostante la loro frequenza fosse assai elevata. Addirittura, nel gruppo composto da persone con sintomi depressivi, tali indicatori risultavano migliori.

Pensiero intrusivo nelle persone 18-69enni per residenza al momento del sisma in comuni del cratere ristretto o in altri comuni del cratere



Fonte: Istmo

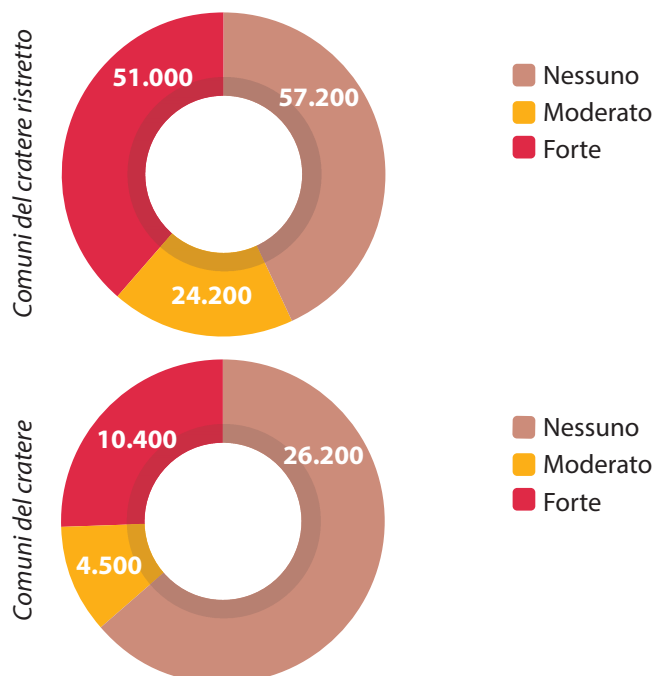
Anche per il terremoto emiliano del 2012, un'indagine accurata ha verificato l'impatto sulla salute fisica, lo stile di vita e gli stati emotivi della popolazione, raccogliendo dati anche a distanza di due e di tre anni dal sisma⁹. Tra i risultati evidenziati, segnaliamo quelli relativi ai sintomi intrusivi del PTSD, all'ansia e alla depressione.

Per quanto riguarda i sintomi intrusivi (connessi alle sindromi da stress post-traumatico) la popolazione emiliana è risultata significativamente ferita ancora a distanza di due e tre anni dal sisma. Ben il 52% della popolazione adulta (18-69 anni) residente nei comuni colpiti riferiva presenza di pensieri intrusivi: il 35% della popolazione in modo forte e il 17% in modo moderato.



La prevalenza di pensiero intrusivo forte era significativamente maggiore nell'area del cratere ristretto e in particolare in uno dei comuni colpiti (Mirandola). A queste percentuali corrispondono migliaia di persone in disagio: si stimò infatti che nei comuni colpiti, oltre 61.000 persone adulte pensasse ancora fortemente all'evento sismico anche quando non voleva. Tra essi, 51.000 erano residenti nell'area del cratere più ristretto (vedi figure).

Stima di popolazione 18-69enne con pensiero intrusivo per residenza al momento del sisma in comuni del cratere ristretto o in comuni del cratere



Fonte: Istmo

Per quanto riguarda l'ansia, l'indagine Istmo ha rilevato che il 14% delle persone 18-69enni residenti nei comuni colpiti dal sisma ha riferito che un medico almeno una volta nella vita gli ha diagnosticato o confermato un disturbo d'ansia: il 5% prima del sisma, il 7% dopo gli eventi sismici e il 2% sia prima che dopo.

La prevalenza di persone che hanno riportato diagnosi medica di disturbo d'ansia solo dopo il sisma non mostra particolari differenze tra l'area del cratere ristretto e i restanti comuni. Questa stima corrisponde a poco meno di 12 mila persone con 18-69 anni, di cui oltre 8 mila nell'area del cratere ristretto.

Intrecciando questi dati con le variabili sociodemografiche rilevate (sesso, classe d'età, istruzione, difficoltà economiche, cittadinanza), non appare un'associazione significativa tra la presenza di stati d'ansia clinicamente rilevanti e il fatto di aver subito ferite, perdite o rotture affettive.

L'ansia risulta invece complessivamente maggiore tra le persone che hanno subito danni materiali gravi

a causa del sisma (11,5%), in particolare tra coloro che hanno perso il lavoro (16,7%).

Infine, per quanto riguarda la depressione, la percentuale di persone con sintomi clinicamente rilevanti è più elevata tra chi è rimasto ferito o ha subito perdite o rotture affettive tra i propri cari a causa del sisma. Nelle analisi statistiche si conferma l'associazione significativa tra i sintomi depressivi e l'aver avuto ferite, perdite o rotture affettive.

Va anche segnalato, tuttavia, che nei comuni colpiti, la percentuale di persone con sintomi di depressione si ridusse dopo il sisma, passando dal 10,3% al 7,2%. Questa diminuzione non si riscontrò nei comuni non colpiti della stessa provincia.

Questo fenomeno è simile a ciò che era stato rilevato all'Aquila, dove si era registrato un incremento dei sintomi depressivi nell'anno dopo l'evento sismico e un successivo calo nel triennio successivo¹⁰.

Simili indagini sono state avviate anche in connessione agli ultimi sismi che hanno colpito il centro Italia. La caratteristica di questi nuovi eventi è che sono andati a colpire gruppi di popolazione ancora turbati da terremoti recenti e che erano ancora impegnati in azioni di ricostruzione e rielaborazione emotiva dei traumi subiti. Inoltre, la durata protratta delle scosse ha mantenuto in tensione continua le comunità e i singoli, limitando la possibilità di "sentirsi al sicuro" al fine di riorganizzare la propria vita.

Osservazioni conclusive

I dati che sono stati qui brevemente richiamati suggeriscono alcune considerazioni:

- È possibile utilizzare in modo sistematico indicatori (facilmente rilevabili e per i quali esiste un consenso scientifico) per valutare l'impatto dei terremoti sulla salute mentale di una popolazione. Tra essi: le nuove diagnosi di ansia e depressione, la presenza di pensieri intrusivi, la diffusione di comportamenti nocivi per la salute, la percezione soggettiva di malessere e la valutazione della qualità di vita.
- È indispensabile disporre di dati preesistenti agli eventi critici per valutare accuratamente i reali cambiamenti intervenuti. Tale necessità incentiva il monitoraggio costante di alcuni indicatori di salute mentale e la raccolta dei dati in tempo ordinario, anche in ottica di prevenzione.
- È importante esplorare attentamente le relazioni esistenti tra caratteristiche demografiche, eventi subiti e risposte psicologiche. La mente umana risponde diversamente agli stessi eventi in relazione alle prospettive di vita e alle esperienze pregresse (aspetti legati all'età). Inoltre, diversamente dalle aspettative e dai luoghi comuni spesso diffusi, può essere più ferita psicologicamente dalla perdita del

lavoro che dalle lesioni fisiche subite. Essa può addirittura reagire meglio ai vissuti depressivi, dopo aver superato certe gravi condizioni critiche.

- Il limite di queste indagini quantitative è, attualmente, la mancata correlazione delle rilevazioni effettuate con gli interventi sociali, economici, culturali e psicologici realizzati nei territori. Forse alcuni dati positivi (ad esempio la buona tenuta della percezione di qualità di vita e l'inversione della prevalenza della depressione) potrebbero essere spiegati dall'accorrere solidale di risorse presso le co-

munità colpite, che si osserva dopo ogni sisma in Italia. Altri dati critici (aumento dell'ansia e persistenza di pensiero intrusivo) potrebbero invece essere spiegati con il mancato intervento di protezione rispetto a rischi di disgregazione sociale o terapie mirate sul trauma.

Tutti aspetti che invitano a rinnovare gli sforzi della comunità scientifica, professionale, civile, ecclesiale per comprendere e rimanere accanto alle persone travolte da eventi inattesi e devastanti come i terremoti.

DALL'ESPERIENZA CARITAS NEL CENTRO ITALIA

Testo di don Andrea La Regina, Ufficio Macroprogetti di Caritas Italiana

Il moltiplicarsi delle emergenze legate sia alle calamità naturali che a quelle create dall'azione dell'uomo pone un problema delicato nella scelta di un percorso di ricostruzione che non si limiti solo all'abitare, ma tenga conto della vita delle comunità e della resilienza delle popolazioni colpite. Bisogna rammentare che nei Paesi del "nord globale" del mondo, e tra essi anche in Italia, sono in essere varie forme di partecipazione alle decisioni. Tali forme mostrano anche in tempo "di pace" alcune criticità che si aggravano nel tempo dell'emergenza. I decisori di governo, spesso, nell'intento di assicurare la gestione più efficace della fase di urgenza, tendono ad avocare a sé ogni potere decisionale, espropriando così il ruolo di governo delle autonomie locali. Questo si traduce in alcuni casi anche in decisioni che hanno un forte impatto sulle scelte dello sviluppo di un certo territorio. Ciò è avvenuto, tra l'altro, nell'emergenza che ha colpito l'Abruzzo nel 2009, generando nella popolazione un sentimento di vera e propria privazione di responsabilità. In alcuni casi le stesse autorità tendono a non assumere decisioni per motivi elettorali oppure a inseguire forme di populismo, cavalcando le proteste.

Bisogna tener conto che in altre emergenze, come quella dell'Emilia Romagna (terremoto 2012), il tempo per il quale vi è stata una emergenza ufficialmente dichiarata è stato molto circoscritto e la regione ha assunto decisamente il governo delle azioni. Si è dunque seguita la linea di coinvolgere il governo nazionale solo per la competenza prevista per legge, e solo in parte il Dipartimento della Protezione Civile, privilegiando invece un'assunzione diretta di responsabilità anche nella gestione dei finanziamenti del fondo emergenze europeo. Le popola-

zioni hanno mostrato una capacità di partecipazione diretta e in un contesto di sinergia fra i vari attori: famiglie, lavoratori, imprenditori, associazioni di categoria e gruppi sociali all'unisono hanno ricostruito comunità, hanno tessuto relazioni e sono riuscite a riprendere in alcuni settori tipo l'agro alimentare e il sanitario la posizione di eccellenza nel mercato anche globale.

L'ultima emergenza di grave intensità è il terremoto del Centro Italia del 2016 (con scosse che non hanno mai cessato completamente, e che fino ad oggi continuano a tenere la popolazione costantemente con il fiato sospeso), che ha coinvolto un territorio molto ampio ed esteso su quattro regioni. In molti casi, si è reso necessario abbandonare i luoghi colpiti per trasferirsi sulla costa. Questo implica un grave costo umano in termini di dispersione; il tessuto locale sembra tuttavia ancora reggere in questa cultura contadina dell'Appennino, con una forte scommessa per la ricostruzione socioeconomica di piccole comunità, che già prima degli eventi vivevano una tendenza di spopolamento. Nuove forme di partecipazione vanno sperimentate per tenere insieme sicurezza di un territorio ad alto rischio sismico e ricostruzione di identità sociale e culturale, nuove attività da implementare in cui si sviluppano, ad esempio, le potenzialità nel settore agro-alimentare, dell'accoglienza turistica e di uno sviluppo di tipo comunitario capace di futuro. La coerenza di ogni intervento in emergenza deve dunque tener conto dei seguenti fattori:

- l'identità culturale e storica di un territorio;
- la situazione socioeconomica e il capitale umano e sociale;
- il coinvolgimento attraverso forme di partecipazione popolare e degli organismi intermedi;
- il protagonismo degli attori sociali;
- un progetto di sviluppo umano integrale.

6. Storie e testimonianze

SONNI AGITATI

Un sabato mattina qualunque, di riposo in Nepal, da dedicare alla famiglia e ai propri cari. Sweta in cucina a preparare del buon *chyia* (il tè) per il resto della famiglia, dopo aver fatto il bucato e marinato il pollo per la cena. Quella sera sarebbero arrivati familiari e amici da tutta Kathmandu per celebrare *gupha basnu*, l'arrivo prossimo della prima mestruazione di Samu, la primogenita dodicenne. Era quasi mezzogiorno, il marito Krishna guardava la televisione mentre le due figlie, Samu e Laxshmi, giocavano spensierate nel bel giardino di casa.

Gli aerei decollavano frequentemente, rombando sopra i tetti del quartiere di Jawalakhel, nel cuore di Kathmandu, facendo tremare lievemente i vetri delle finestre. Un rumore familiare, al quale si erano tutti abituati e che si mescolava al traffico cittadino e alle grida dei venditori ambulanti che si aggirano per le viuzze della città, con le loro biciclette cariche di frutta.

Un boato, in quel momento di tranquillità... Sweta pensò a quanto grande poteva essere quell'aereo per creare un fracasso simile, facendo scuotere terribilmente i vetri. Ma qualcosa di anomalo stava accadendo: la casa iniziò ad oscillare spaventosamente mentre un rumore cupo e terrificante saliva dalle viscere della terra.

Di fretta, abbandonò la cucina, dirigendosi verso la porta che dava all'esterno, seguita da Krishna e dal resto della famiglia. La terra sotto i loro piedi si muoveva in tutte le direzioni e la bella casa dove viveva da quando si era sposata sembrava dover crollare da un momento all'altro. La corsa divenne affannosa verso il vasto campo adiacente la loro casa, dove si erano raccolti anche i vicini. Sweta credette che la fine del mondo fosse arrivata... Niente di simile era mai accaduto prima di allora che lei ricordasse per esperienza diretta o per le storie ascoltate dagli anziani.

Rimasero accampati in quell'area aperta e sicura per ore, terrorizzati all'idea di una scossa ancora più forte, incapaci di pensare a cosa fare e chiedendosi se mai avrebbero visto il sole sorgere di nuovo. La terra continuava a tremare e l'incubo di una nuova catastrofe cominciò a insinuarsi negli animi di tutti, scomodo compagno per molti mesi a venire, e che in tanti avrebbero cercato di soffocare con qualche bicchiere di troppo di liquore locale. Riposare era impossibile, il dondolio pauroso sotto le loro schiene era un tormento e il pianto dei bambini esausti inconsolabile.

«Questa è la punizione di Shiva, arrabbiato per la condizione del Paese, la corruzione, la cattiva politica e la criminalità. Dobbiamo aspettarci qualcosa di ancora più terribile», gridava Prakash, il vecchio suocero.



Nessuno aveva il coraggio di rientrare nelle case, nemmeno a cucinare. Sweta, coraggiosa e incurante degli ammonimenti, decise che qualcosa dovevano pur mangiare. Avvolta nel suo *salwar kameez* rosso, decise che era necessario preparare almeno del *chiya* caldo per rinfrancare gli animi turbati degli sfollati e donare una parvenza di normalità a quel sabato tragico e così straordinario.

Ma un'altra scossa fece vibrare tutto... Sweta non riuscì a raggiungere la porta, rimanendo intrappolata! Udiva in lontananza le grida delle figlie, il panico generale, il fragore delle macerie...

Grondante di sudore, Sweta si svegliò di soprassalto e si sedette sul letto: Krishna dormiva tranquillo al suo fianco e il silenzio della notte era interrotto da qualche litigio tra cani randagi. **Cercò di riaddormentarsi e di scacciare il mostro che periodicamente veniva a trovarla nel sonno.**

LA VISTA SUL FIUME KOSHI

Mangiando avidamente il piatto di riso e lenticchie che la moglie gli aveva offerto, Shyam osservava il grande fiume Koshi scorrere placido tra le alte colline terrazzate di Koshidekha, sulle quali brillavano i tetti in lamiera ondulata delle baracche provvisorie. **Dopo due anni dal terribile sisma che mise in ginocchio il Nepal, tanti compaesani continuavano a vivere in condizioni precarie, senza avere un rifugio sicuro e accogliente da chiamare "casa". Come lui, d'altronde.** Sullo sfondo i picchi innevati dell'Himalaya incorniciavano il paesaggio, emozionando Shyam come se fosse la prima volta che contemplava quell'angolo di Nepal.

La pausa pranzo stava quasi per terminare e presto Shyam e la sua famiglia avrebbero ricominciato a fabbricare i mattoni necessari a costruirsi la casa. Quella era la loro settimana di turno e dovevano sfruttare ogni minuto della giornata, sperando che non mancasse l'elettricità che faceva funzionare il generatore che, a sua volta, teneva acceso il macchinario "sforna-mattoni".

Che vita era quella? Cosa aveva fatto di male per meritarsi tutto ciò? Era il più piccolo di sette fratelli e

quando il padre era morto, lui, appena adolescente, si era recato a Kathmandu riuscendo a trovare lavoro prima come cameriere e poi come rappresentante. Era riuscito a racimolare un bel gruzzoletto col quale costruirsi una casa nuova nel suo villaggio. Ma lui e la sua famiglia avevano goduto della nuova abitazione solo per un anno... In un minuto, la mattina del 25 aprile di due anni fa, la casa era crollata come un castello di sabbia, lasciando solo macerie.

Shyam non si dava pace: il ricordo del boato, l'accartocciarsi delle piccole abitazioni circostanti, le urla disperate delle donne lo perseguitavano. Priska, la sua giovane sposa, alternava momenti di gioia a momenti di totale perdita di interesse nei confronti della vita. Certi giorni a malapena si prendeva cura del piccolo Ramesh, trascorrendo le giornate sul suo giaciglio, sorvegliando un po' troppo spesso il *raksi* prodotto dai vicini. Altri giorni, invece, sfoggiava il suo sorriso più bello, svolgeva le faccende di casa e incontrava le amiche della zona. La mente di Shyam sembrava divertirsi a giocargli brutti scherzi, riproponendogli nel sonno le scene di una Koshidekha spettrale, il rumore assordante della terra scossa così violentemente da pensare che inghiottisse tutto e tutti.

Era, però, ora di tornare al lavoro e sognare la nuova casa che si affaccia sul tranquillo fiume Koshi.

COLIN, DALL'IRLANDA AL NEPAL

Gli occhi si fanno impercettibilmente più grandi, la mandibola si serra di un po' e la vigilanza interna si attiva. È solo il passaggio di un altro camion carico di massi per rifare la strada ma, nelle nuvole di polvere del centro di Kathmandu, anche le vibrazioni del pavimento che risentono della sofferenza dell'asfalto sottoposto al peso del mezzo sono per Colin un motivo di allerta. Sono passati quasi due anni da quel 12 maggio 2015: era sotto la doccia, al termine di due giorni sul campo e una mattina in ufficio, quando la terra si è messa a tremare di nuovo, quando le urla in strada della popolazione terrorizzata ed esausta per le continue scosse si sono mescolate al boato del terremoto che avanza e incollate in una pastosa paura nella sua mente.

Quel giorno, dopo essersi rivestito ancora bagnato e aver corso per le scale strette e ondegianti, dopo la paura pallida dei primi momenti, allora la condivisione con i colleghi, l'aiuto alle popolazioni, il montare le tende per la notte, la cena da campo insieme e le ore passate a contare le scosse di assestamento hanno stemperato il terrore, sciolto il tremore alle gambe e rallentato il turbinio della mente.

Ma da allora ogni ritorno in Nepal è anche un'alzarsi della soglia di guardia, da allora la mente, come in un meccanico esercizio appreso nel batter di ciglia, verifica le vie di fuga degli edifici, delle città, delle vie di montagna.

Alcuni colleghi di Colin hanno avuto incubi per mesi sistematicamente, altri hanno aumentato le dosi di alcol per dormire la notte, altri ancora hanno diradato le missioni in Nepal fino a non venirci più e la maggior parte di loro continua serenamente a fare il proprio mestiere. Colin, invece, semplicemente avverte le vibrazioni quasi prima che arrivino, evita i posti chiusi anche in Irlanda – suo Paese natale – e quando arriva in Nepal dorme senza chiudere a chiave la porta, con i vestiti pronti per essere rapidamente infilati, mappa nella mente più volte al giorno le vie di fuga e cerca la compagnia di amici e colleghi.

Così la terra sembra vibrare un po' meno, anche quando passano i camion.

IL DOTTOR PRAVEEN K., PSICHIATRA DELL'OSPEDALE PUBBLICO DI KATHMANDU

Vedete ancora molti casi di Ptsd in questo periodo?

«No, i casi sono andati diminuendo di molto con il passare del tempo dal terremoto. Se nei primi sei mesi immediatamente dopo il disastro, infatti, si registrava un numero abbastanza elevato di persone con sintomi attribuibili agli effetti del trauma e talvolta di vero Ptsd, poi gli ingressi per questi motivi si sono di molto diradati. Ora, a distanza di quasi due anni dal sisma, credo che incontriamo uno o due casi su cento che possa essere il Ptsd».

Avete, dottore, dei dati del Ministero o del Dipartimento di Salute Mentale?

«No, non abbiamo dati di prima mano o affidabili al momento anche perché molte patologie sono concomitanti e le sintomatologie si sovrappongono... Ovvero... Sa, nella patologia psichiatrica e nel disagio psicologico, spesso ci si trova di fronte a più patologie insieme o, meglio, a patologie che hanno aree di sovrapposizione sintomatica per cui la distinzione netta tra le une e le altre non è semplicissima. Così la maggior parte delle patologie che vediamo ora, come da sempre in Nepal, potrebbero essere anche legate al Ptsd e non lo possiamo dire per certo, né negare per certo».

Quali sono i casi più frequenti in città?

«Qui a Kathmandu le patologie che trattiamo principalmente sono il disturbo d'ansia generalizzata, le psicosi, alcuni casi di schizofrenia e la depressione».

Una buona parte delle vittime del sisma, però, viene dalle aree collinari o montuose e remote. Che effetto ha avuto lo stesso su di loro?

«Credo che gli effetti siano assimilabili a quelli della popolazione urbana ma non abbiamo dati per confermarlo. Le persone delle valli e dei villaggi si possono rivolgere agli ospedali regionali per i disturbi psichiatrici».

Ma a livello di villaggi e negli health post e health center, non ci sono servizi psicologici e psichiatrici?

«No, solo negli ospedali regionali c'è lo psichiatra, mentre gli psicologi sono rari».

Ci spieghi meglio...

«Come in tutta l'Asia la psicologia e la psicoterapia sono poco diffuse e sviluppate. Per tantissimi disturbi anche non di natura psichiatrica ci si rivolge allo psichiatra e sono poche le possibilità terapeutiche alternative. Già sono rare a Kathmandu, nei villaggi diventano rarissime. Dopo il terremoto le organizzazioni umanitarie hanno iniziato ad inviare personale più o meno specializzato anche nelle aree più remote e ciò in alcuni casi migliora le cose. Certo, manca molto l'aspetto del monitoraggio dei suddetti interventi e l'assicurazione sulla qualità degli stessi».

E quale approccio psicoterapeutico viene usato in Nepal?

«Principalmente si tratta di terapia cognitivo-comportamentale. Gli altri approcci sono limitatissimi se non inesistenti».

E il vostro, che è l'ospedale pubblico principale del Paese, non si occupa anche di raggiungere le aree più remote?

«Abbiamo condotto, dopo il terremoto, e di tanto in tanto lo facciamo anche ora, delle visite in zone periferiche della città o del solo distretto di Kathmandu ma non in maniera sistematica e continuativa».



7. Alcune possibili risposte al problema della sofferenza psicologica

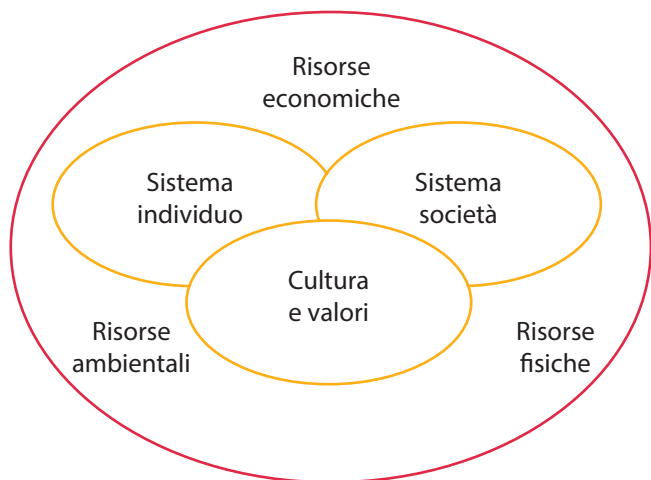
L'approccio psico e sociale

Come è stato ampiamente evidenziato ed è comprovato da numerose ricerche scientifiche, i disastri naturali impattano fortemente sulla vita degli individui, delle comunità e della società in generale sia facendo emergere nuove problematiche sia esacerbando esistenti fragilità e disagi tanto a livello psicologico quanto a livello sociale.

I due livelli sono strettamente interconnessi, interdipendenti e si influenzano l'un l'altro. Ed è per questo che attualmente, nel settore umanitario, gli interventi di supporto alle vittime si muovono sul binario dello "psicosociale": direttive, indicazioni e linee guida di vari enti indicano chiaramente l'opzione operativa verso questa direzione.



Le dimensioni del benessere psicosociale (adattamento da Psychosocial Working Group 2003)



L'immagine soprastante ben illustra come le dimensioni del benessere psicosociale siano parte di un unico insieme. Come detto, infatti, il termine "psicosociale" tenta di esprimere con chiarezza il concetto di strettissima relazione e circolarità che esiste tra lo stato psicologico di una persona e il suo ambiente sociale¹. Ciò da un lato implica la presenza di diverse figure professionali che si alternano e interagiscono in un quadro di collaborazione e coordinamento, con un potenziale di indubbia efficacia. D'altro canto però porta anche al rischio – che l'esperienza dimostra essere alto – di una liquidità o confusione operativa che pochissimo giova alle persone nel bisogno. Particolarmente nei Paesi emergenti e in Asia, infatti, i servizi specifici relativi alla sfera psicologica e psichia-

trica sono altamente medicalizzati – con interventi farmacologici pesanti anche laddove è dimostrato che l'associazione con la psicoterapia o la psicoterapia di per sé avrebbero risultati decisamente migliori e prognosi più fauste. Si tratta, tra l'altro, di situazioni dove anche i servizi sociali sono spesso deboli, poco qualificati e più "caritatevoli" che centrati sulla costruzione della resilienza.

Ne risulta che, anche nel post-emergenza, gli operatori medici si occupino di attività sociali e gli operatori sociali si arroghino il diritto di operare nella sfera dell'intervento psicologico se non addirittura psichiatrico. La suddetta interdipendenza e connessione delle due sfere non aiuta, ma nemmeno lo fa la consuetudine, peculiarissima nel settore umanitario (che è poi quello che maggiormente interfaccia le popolazioni durante le emergenze), di associare sempre i due settori nella già detta liquidità a-specifica.

È nostro convincimento – suffragato da esperienza, osservazione e valutazione dei risultati – che una correlazione meno stretta, anche in termini, aiuterebbe di molto la definizione delle competenze e la fornitura di servizi adeguati. Ecco allora che ai termini "psicosociale" o "psico-sociale" sarebbe di gran lunga preferibile "psico e sociale", dove la relazione delle parti è salvaguardata ma lo è anche la peculiare specificità delle stesse e dei professionisti che vi dovrebbero operare.

Come infatti la fusione dei termini – che ha una sua precisa ragione storica per la quale era, allora, del tutto necessario insistere molto sul lavoro in sincronia e coordinamento – ha generato, oltre ad una serie di buoni risultati, anche la già descritta imprecisione operativa, allo stesso modo la leggera separazione degli stessi potrebbe portare una maggiore precisione e puntualità di intervento.

Ai termini "psicosociale" o "psico-sociale" sarebbe di gran lunga preferibile "psico e sociale", dove la relazione delle parti è salvaguardata ma lo è anche la specificità delle stesse e dei professionisti che vi dovrebbero operare

LE MODALITÀ DI INTERVENTO

Il supporto psicologico alle “vittime” di Ptsd

Gli interventi per la cura delle persone affette da Ptsd possono essere molti e interessano diverse aree: quella sanitaria (intervento farmacologico), quella psicologica e quella sociale. Per quanto concerne la sfera psicologica esistono diverse terapie e approcci che elenchiamo qui sotto a solo scopo conoscitivo, consapevoli dell'incompletezza di questa lista, proposta a scopo esemplificativo.

Terapie cognitivo-comportamentali

Le terapie cognitivo-comportamentali lavorano con la relazione tra pensieri, emozioni e comportamento. Tra esse le più usate per il Ptsd sono:

- esposizione terapeutica controllata, che aiuta le persone ad affrontare i ricordi legati al trauma, gli oggetti e le persone associati con l'esperienza traumatica;
- terapia cognitiva con cui, attraverso il lavoro sui sistemi di riferimento del soggetto, sui pensieri e sulle emozioni si ottiene la modifica del comportamento e la risoluzione dei sintomi;

- gestione dello stress: il terapeuta insegna al paziente come gestire lo stress e la percezione dello stesso, attraverso tecniche diverse di rilassamento.

Altre metodologie

Emdr (Eyes Movement Desensitization and Reprocessing): questa tecnica terapeutica, inventata da Shapiro, attraverso un protocollo testato, approvato e verificato, riprogramma i ricordi degli eventi traumatici con esercizi di movimento oculare o con il ritmare delle mani.

Counseling non direttivo: la terapia di supporto il counseling centrato sulla persona è una terapia di ascolto non direttiva, che a partire dalle sensazioni, idee ed emozioni del paziente lo aiuta a rimettere ordine dentro di sé per raggiungere serenamente ed efficacemente gli obiettivi che egli stesso si prefigge.

Terapie psicodinamiche, che tendono a lavorare con i conflitti inconsci che il trauma ha prodotto.

La prevenzione del Ptsd e delle patologie da stress in generale

Anche in questo contesto gioca un ruolo fondamentale la prevenzione che, come abbiamo visto ancorché rapidamente nei paragrafi precedenti, si basa sul rinforzo della resilienza individuale e comunitaria. Le reti sociali, infatti, hanno un peso determinante nel rendere gli individui forti ed equipaggiati di fronte ai problemi dell'esistenza, comprese le grandi catastrofi naturali o gli incidenti. Ad esse si associa in una interrelazione indissolubile la coesione sociale, che è l'unione tesa a un obiettivo comune delle diverse reti individuali, intrafamiliari e intracomunitarie.

L'aumento della coesione sociale e delle reti sociali – che di essa sono la spina dorsale – è la migliore strategia per poter avere individui più sani in una società più forte nel rispondere ai bisogni dei singoli, nel fornire supporto in caso di eventi stressanti e, quindi, per diminuire i casi di sofferenza psicologica (o patologia vera e propria) anche in seguito ai disastri. Sappiamo quindi che i meccanismi di protezione degli individui sono dati da elementi sociali quali quelli sopra descritti, che aumentano la resilienza e la duttilità interna delle persone di fronte agli imprevisti dell'esistenza, ma anche da altri fattori legati al benessere psicologico e alla gestione e sviluppo delle relazioni sociali, come ad esempio lo stile genitoriale della prima infanzia. Gli interventi di prevenzione che sia Caritas, sia le varie agenzie umanitarie ma anche i governi po-

trebbero allora mettere in pratica per scongiurare l'insorgere di problemi mentali anche dopo le catastrofi naturali, ma, più in generale, nella vita delle comunità, dovrebbero perciò essere:

- educazione alla genitorialità per giovani coppie prima e dopo il matrimonio;
- educazione alla genitorialità per coppie sposate con figli piccoli;
- educazione alla maternità per gestanti e puerpere (prevenzione della depressione post-partum);
- formazione per le comunità sulle competenze sociali², con divisione dei gruppi per fascia d'età e/o per capacità sociali di base;
- attività finalizzate al senso di appartenenza sociale e all'aumento della fiducia individuale³, quali la promozione del volontariato, il lavoro comunitario per un fine comunitario, attività culturali, attività sportive di comunità, ecc.
- promozione di gruppi sociali NON fondati sul credito⁴ ma basati su interessi comuni, divertimento, creazione di nuove esperienze indipendenti e sul godimento delle risorse sociali intrinseche;
- formazione specifica sulle competenze sociali;
- formazioni specifiche sulle competenze emotive individuali e di comunità;
- spazi di espressione della creatività.

Iniziare le suddette attività – e le molte altre possibili – dalla fase di post-emergenza è utile per porre le

basi future ed eventualmente per alleviare alcuni sintomi ma non per risolvere la situazione che l'emergenza stessa ha creato. Ne consegue che le attività sociali sono di fondamentale importanza sempre e che pianificare e iniziare le stesse "oggi" è probabilmente già tardi per il prossimo evento calamitoso ma comunque necessario per creare i fondamenti di una società resiliente e coesa.

Alla parte sociale, si associa poi quella psicologica, dove gli interventi Caritas, e delle altre organizzazioni, potrebbero essere così strutturati:

- attività di advocacy per la creazione di un sistema efficiente per dare risposta ai bisogni di salute mentale;
- assunzione di personale qualificato nel seguire le situazioni di debolezza psicologica;
- coordinamento formale con le autorità dei governi e i dipartimenti di salute pubblica e salute mentale;
- creazione di protocolli per il raggiungimento dei beneficiari, l'individuazione di eventuali segnali di disagio psichico, la fornitura di supporto specializzato, il follow up nel tempo;
- coordinamento con gli operatori sociali governativi ma anche dell'organizzazione stessa al fine di mantenere l'azione concertata tra "psico" e "sociale";
- inserire in tutti i programmi di Drr (Riduzione del rischio nei disastri, o mitigazione degli effetti dei disastri naturali) dei moduli specifici sulla preparazione emotiva e sulle strategie per fronteggiare gli shock (coping strategies);
- esercitazioni emotive.



8. La risposta del mondo ecclesiale dopo il terremoto del Nepal

Il Nepal è un Paese dalla storia politica e sociale piuttosto complessa; questo ha avuto importanti conseguenze nelle operazioni di soccorso e nella ricostruzione a favore delle vittime del terremoto. Le riforme costituzionali, le tensioni sociali, il gioco della geopolitica (con il coinvolgimento dei due potenti vicini Cina e India), il susseguirsi dei governi e delle elezioni, non hanno contribuito al consolidamento di un assetto istituzionale stabile e operativamente reattivo alle necessità. Il contesto in cui sono avvenute le operazioni di soccorso e soprattutto di ricostruzione, si è dimostrato di non facile gestione e soggetto a continui rallentamenti e blocchi.

La presenza del mondo ecclesiale in Nepal è minoritaria ma segno di un contributo vitale e attento nella società. In occasione del sisma è stata forte la mobilitazione della Caritas Nepal e di alcuni istituti religiosi presenti nel Paese. Caritas Italiana ha inoltre sostenuto il lavoro di alcune organizzazioni non ecclesiali già da tempo presenti nella zona. L'attivazione nel periodo immediatamente successivo ai terremoti è stato basato sulla fornitura di cibo e acqua, ripari di fortuna, kit igienici.

Nella seconda fase dell'intervento la priorità è andata sulla realizzazione di rifugi temporanei di medio periodo e sull'approvvigionamento di cibo e di mezzi di sostentamento. È stata molto importante in questa fase l'attività di coordinamento con le varie agenzie. Tra le altre attività, si è posto, ad esempio, attenzione alla fornitura di servizi sanitari di base per le comunità più isolate.

Nella fase di ricostruzione, tuttora in corso e che assorbirà la maggior parte delle risorse e dell'attenzione nel medio periodo, si sta provvedendo alla costruzione di migliaia di abitazioni permanenti, al supporto alle piccole attività produttive locali, alla costruzione di edifici scolastici e dispensari medici.

Le varie realtà della Chiesa nepalese – Caritas Nepal, il vicariato, le diverse congregazioni religiose femminili e maschili – si sono anche da subito attivate per il recupero e la salvaguardia della salute psicologica e sociale delle popolazioni. Se da un lato, ad esempio, i gesuiti stanno costruendo un centro di accoglienza diurno per ragazzi e ragazze con disabilità mentale o patologie psichiatriche, o le suore del Buon Pastore e le Sorelle della Carità di Nazareth sostengono gli abitanti dei villaggi con



consulenze individuali e di gruppo, Caritas Nepal ha dedicato un settore del proprio intervento di ricostruzione post-sisma proprio allo psicosociale. Attraverso il supporto del Cadis – l'organizzazione dei camilliani che si occupa di interventi umanitari – la Caritas in Nepal ha pianificato e iniziato un vasto programma di supporto alle comunità in un'ottica di integrazione tra lo "psico" e il "sociale" e con l'obiettivo di includere (tecnicamente detto "mainstreaming") tutte le categorie di popolazione, anche le più deboli e dimenticate. Il personale "sociale", ovvero gli animatori di comunità, di Caritas Nepal è stato formato al riconoscimento dei segni di stress nella popolazione, alle tecniche di animazione e potenziamento comunitario e alle modalità di riferimento degli stessi ai servizi specialistici. Il programma prevede:

- attività di aggregazione per l'infanzia;
- attività culturali;
- counseling individuale e di gruppo
- formazione specifica su alcune tematiche di rilevanza sociale (violenza di genere, alcolismo, emarginazione sociale, ...);
- re-indirizzamento verso i servizi psicologici e psichiatrici specifici.

Caritas Nepal attua il programma anche con il supporto di entità tecniche del territorio tra cui il Tpo, un'organizzazione professionale competente ed esperta che si occupa del legame tra "psico" e "sociale" e dell'intervento squisitamente psicologico, avvalendosi di psichiatri, psicologi clinici e counselors.

La presenza del mondo ecclesiale in Nepal è minoritaria ma segno di un contributo vitale e attento nella società. In occasione del sisma è stata forte la mobilitazione della Caritas Nepal, e di alcuni istituti religiosi presenti nel Paese. Caritas Italiana ha inoltre sostenuto il lavoro di alcune organizzazioni non ecclesiali già da tempo presenti nella zona

L'INTERVENTO DI CARITAS ITALIANA A SOSTEGNO DELLE COMUNITÀ COLPITE DAL TERREMOTO IN NEPAL: UNA SINTESI A DUE ANNI DAL SISMA

Area di intervento	Titolo	Contributo (€)
Kathmandu	Intervento integrato di Caritas Nepal di assistenza immediata alle vittime del terremoto	100.000
Rasuwa	Fornitura di rifugi temporanei resistenti ai monsoni e attrezzatura	93.404
Lalitpur	Assistenza umanitaria presso alcune scuole colpite dal terremoto nel distretto di Lalitpur	29.616
Sindhupalchowk	Sostegno psicosociale su base comunitaria	9.140
Kathmandu	Sostegno a 100 famiglie indigenti	88.800
Kavrepalanchowk	Assistenza alle vittime del terremoto con la fornitura di rifugi temporanei e sementi	199.109
Pokhara, Kaski District	Riavvio di attività scolastiche	20.000
Kathmandu	Riabilitazione/ricostruzione di centri di salute	46.200
Ramechhap District	Ricostruzione di quattro scuole distrutte dal terremoto	367.000
<i>Nazionale</i>	Programma integrato di ricostruzione e riabilitazione socio-economica delle comunità colpite dal terremoto	2.600.000
Pokhara, Kaski District	Sostegno all'infanzia abusata e a rischio di tratta	55.000
Makwanpur	Appoggio ad assistenza sanitaria di base con medicinali e personale	30.000
Simpani, vdc Khaniyapani 4, Ramechhap District	Costruzione della scuola di Shree Balkayan	100.000
Makwanpur, Gorkha	Ricostruzione di 288 case per famiglie povere	314.000
Kavrepalanchowk, District	Soccorso post-disastro, riabilitazione e ricostruzione nel settore scolastico	358.808
Rasuwa	Ricostruire un futuro migliore nelle aree più colpite dal terremoto	450.000
Rasuwa	Ricostruzione e rafforzamento della resilienza delle comunità	200.000
<i>Varie zone</i>	Promozione delle giovani generazioni contro la tratta di esseri umani e lo sfruttamento sessuale	195.500
Bhimtar, Sindhupalchowk	Centro medico a Bodgaun	160.000
Kavrepalanchowk	Assistenza umanitaria alla popolazione scolastica colpita dal terremoto	21.174
Bajura District	Emergenza smottamenti	26.920
Banke District	Costruire la resilienza comunitaria ai disastri	50.000
Kathmandu Valley	Assistenza e promozione umana nel settore delle dipendenze da sostanze	102.300
Banke District	Sostegno alla ricostruzione, assistenza psicosociale, riattivazione delle attività produttive	77.000
Banke District	Miglioramento dell'accesso all'acqua, ai servizi di sanitarizzazione, ai servizi sanitari di base	121.500
District of Lalitpur	Promozione delle filiere produttive	167.145
<i>Nazionale</i>	Assistenza tecnica per i progetti sanitari	5.000
<i>Nazionale</i>	Supporto allo sviluppo dei programmi sulle dipendenze da droga	10.000
Banke	Gestione del rischio su base comunitaria	50.000
Dhading District	Rafforzamento delle capacità di sussistenza per una trasformazione dei sistemi di vita nella comunità Chepang	42.927
Sindhupalchowk	Ricostruzione di una scuola	17.000
Nuwakot District	Rafforzamento delle condizioni di vita delle famiglie povere nelle aree rurali	38.712
Totale		6.146.255

Introduzione

- 1 Caritas Italiana (2015), *Serbia e Montenegro: Liberi tutti! Salute mentale: non gabbie ma dignità per i malati*, Dossier con Dati e Testimonianze, N. 9

1. Il problema: l'equilibrio psicologico e l'importanza del benessere mentale

- 1 Preambolo alla Costituzione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, come per ratifica della Conferenza Internazionale sulla Salute, New York, 19-22 giugno 1946 dai Rappresentanti di 61 Stati ed entrata in vigore il 7 Aprile 1948.
- 2 Organizzazione Mondiale della Sanità (Oms), http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/en/
- 3 Tratto da *Piano per d'azione per la salute mentale 2013-2020*, Oms, 2013.
- 4 Studio condotto su pazienti residenti e riceventi cure negli Stati Uniti d'America da Alex J. Mitchell and David Lawrence e pubblicato in *British Journal of Psychiatry*, maggio 2011.
- 5 Tratto da *Piano per d'azione per la salute mentale 2013-2020*, Oms, 2013.
- 6 Ibidem.
- 7 Studi relativi alla correlazione tra disastri naturali e tasso di suicidi dimostrano che nella prima fase immediatamente successive all'evento calamitoso i casi di tentato suicidio e di suicidio diminuiscono sensibilmente per poi, però, registrare un picco non appena la prima emergenza, la cosiddetta "luna di miele" (Kölves K, Kölves KE, De Leo D, *Natural disasters and suicidal behaviours: a systematic literature review*, *Journal of Affective Disorders*, 2013) è passata.

2. Disastri naturali e impatto sulla salute

- 1 Shoaf K.I., Rottman S.J., (2000). *Public Health Impact of Disasters*, *Australian Journal of Emergency Management*, 15 (3).
- 2 Srivastava K. (2010). *Disasters: challenges and perspectives*, *Industrial Psychiatric Journal*, 2010 Jan-Jun; 19(1): 1-4. doi: 10.4103/0972-6748.77623
- 3 *The Sphere Handbook* (2011). Minimum Standards in Health Action, <http://www.spherehandbook.org/en/how-to-use-this-chapter-4/#>
- 4 Srivastava K. (2010). *Disasters: challenges and perspectives*, *Industrial Psychiatric Journal*; 19(1).
- 5 Zhang W, Liu H, Jiang X, Wu D, Tian Y. (2014). *A longitudinal study of post-traumatic stress disorder symptoms and its relationship with coping skill and locus of control in adolescents after an earthquake in China*, *PloS One*, 9(2), e88263.
- 6 I criteri per il disturbo da stress acuto sono simili a quelli elencati in precedenza per il disturbo da stress post-traumatico. [...] Le persone che riportano 9 dei 14 sintomi

nelle cinque categorie di intrusione, umore negativo, dissociazione, evitamento e arousal potrebbero avere una diagnosi di disturbo da stress acuto. I sintomi devono iniziare entro 3 giorni – dal trauma (N.d.A.) – e durare per un mese perché sia posta tale diagnosi. Reichenberg L. W., (2015) *DSM-5, L'essenziale. Guida ai nuovi criteri diagnostici*, Raffaello Cortina Editore, Milano.

- 7 Madakasira S, O'Brien KF. (1987). *Acute post-traumatic stress disorder in victims of a natural disaster*. *The Journal of nervous and mental disease*, 175 (5), 286-290. De La Fuente R. (1990). *The mental health consequences of the 1985 earthquakes in Mexico*. *International Journal of Mental Health*, 19(2), 21-29. Cao H, McFarlane AC, Klimidis S. (2003). *Prevalence of psychiatric disorder following the 1988 Yun Nan (China) earthquake*. *Social Psychiatric Epidemiology*, 38(4), 204-212 Goenjian AK, Molina L, Steinberg AM, et al. (2001). *Post-traumatic stress and depressive reactions among Nicaraguan adolescents after Hurricane Mitch*, *American Journal of Psychiatry*, 158(5), 788-794 Kaiser CF, Sattler DN, Bellack DR, et al. (1996). *A conservation of resources approach to a natural disaster: sense of coherence and psychological distress*, citati in Galea S., Nandi A., Vlahov D. (2005). *The Epidemiology of Post-Traumatic Stress Disorder after Disasters*, *Epidemiologic Reviews*, 27(1), 78-91.
- 8 Pulcino T., Galea S., Ahern J. et al. (2003). *Post-traumatic stress in women after the September 11 terrorist attacks in New York City*, *Journals of Women's Health*, 12(8), 809-820.
- 9 «Esiste una sorprendente differenza tra i criteri diagnostici per il PTSD tra l'Icd-10 e il Dsm-IV. I ricercatori hanno anche riscontrato che l'uso dei criteri del Dsm-III-R è risultato in valori molto più alti di PTSD se confrontati con l'uso dei criteri diagnostici del Dsm-IV». Kokai M., Fuji S., Shinfuku N., Edwards G., (2004) *Natural disaster and mental health in Asia*, in *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 58(2): 110-6.

3. Qualche dato sulla sofferenza psicologica post-disastro in Nepal

- 1 Il Pcl-5 è uno strumento valutativo con limitate finalità diagnostiche, nato negli Stati Uniti con lo scopo di valutare l'andamento di un percorso terapeutico, di quantificare una sintomatologia specifica e di fornire un orientamento per la diagnosi da validare poi con ulteriori verifiche.

4. Comprendere la sofferenza nel post-disastro

- 1 Summerfield D. (2001). *The invention of post-traumatic stress disorder and the social usefulness of a psychiatric category*, *BMJ*, 9.
- 2 Ibidem.
- 3 Weiss M. G., Ramakrishna J., Somma D. (2006). *Health-related stigma: rethinking concepts and interventions*. *Psychology Health & Medicine*, 11(3):277-287.

- 4 American Psychological Association (2014). *The road to resilience*. Washington, DC: American Psychological Association. Citato in <http://www.apa.org/helpcenter/road-resilience.aspx>
- 5 Southwick S. M., Bonanno G.A., Masten A.S., Panter-Brick C., e Yehuda R. (2014). *Resilience definitions, theory, and challenges: interdisciplinary perspectives, European Journal of Psychotraumatology*, 5.
- 6 Rogobete I. C. (2012). *Searching for meaning: recovery and growth in the aftermath of trauma, Counselling and Spirituality in the Helping Professions*, 37-51.
- 7 *Ibidem*.
- 8 Tremintin 2006, citato in Milanese E. (2016). *Tratamiento Comunitario Manual de trabajo 1*, tercera edicion, Secretaria Nacional de Politicas sobre Drogas, Brasil, Empodera.
- 9 Milanese E. (2016) *Tratamiento Comunitario Manual de trabajo 1*, tercera edicion, Secretaria Nacional de Politicas sobre Drogas, Brasil, Empodera.

5. Le emergenze naturali in Italia e il trauma psicologico

- 1 Morabito R. (2011). *Il Grande Tremore. Rappresentazioni letterarie dei terremoti*. Ed. L'Una, L'Aquila. Guidoboni E., Ferrari G., Mariotti D., Comastri A., Tarabusi G., Valensise G. (2007). *CFTI4Med, Catalogue of Strong Earthquakes in Italy (461 B.C.-1997) and Mediterranean Area (760 B.C.-1500)*. INGV-SGA. Available from <http://storing.ingv.it/cfti4med/>.
- 2 Guidoboni E. (2014). *L'Italia dei disastri. Dati e riflessioni sull'impatto degli eventi naturali 1861-2013*, Bononia University Press, Bologna.
- 3 Sbattella F. (2009). *Manuale di psicologia dell'emergenza*. Ed. Franco Angeli, Milano. Sbattella F. Tettamanzi M. (2013). *Fondamenti di psicologia dell'emergenza*, ed. Franco Angeli, Milano.
- 4 Magliani S., Ugolini R. (2007). *Dalla pubblica incolumità alla protezione civile*, ed. F. Serra, Pisa.
- 5 Galanti E. (1997). *Il metodo Augustus*, DPC Informa, n. 4, Maggio-Giugno.
- 6 http://www1.interno.gov.it/mininterno/site/it/sezioni/servizi/old_servizi/legislazione/governo/legislazione_771.html
- 7 Fenoglio M.T. (2013). *Origini e paradigmi della psicologia dell'emergenza*. In Sbattella e Tettamanzi (cit. 2013), ed. Franco Angeli, Milano.
- 8 Minardi V., Gigantesco A., Mancini C., Quarchioni E., D'Argenio P., Cofini V. (2016). *Fattori di rischio comportamentali a L'Aquila dopo 3-5 anni dal terremoto del 2009*. *Epidemiologia & Prevenzione*, anno 2016; 40 (2) Suppl1: 34-41.
- 9 Rapporto Istmo 2016 (*Impatto sulla Salute del Terremoto in provincia di Modena*) <http://www.ausl.mo.it/dsp/flex/cm/pages/ServeBLOB.php/L/IT/IDPagina/11350/UT/systemPrint>
- 10 Minardi V., Gigantesco A., Mancini C., Quarchioni E., D'Argenio P., Cofini V. (2016), sopra citato.

7. Alcune possibili risposte al problema della dipendenza patologica

- 1 Traduzione libera da Bergh e Jareg (1998), citato in Agger I. (2001). *Psychosocial assistance during ethnopolitical warfare in the former Yugoslavia*. In Chirot D., & Seligman E. (2001). *Ethno-political Warfare: Causes, Consequences and Possible Solution*, American Psychological Association.
- 2 Strain, P. S., Guralnick, M. J., & Walker H. M. (Eds.). (2013). *Children's social behavior: Development, assessment, and modification*, Elsevier.
- 3 Schofield G. (2002). *The significance of a secure base: a psychosocial model of long-term foster care*. *Child and Family Social Work*, 7 (4), 259-272.
- 4 In tutta l'Asia sono molto diffusi i Self-Help Groups (SHGs), che però si basano quasi esclusivamente sull'accesso al (poco!) credito e in esso trovano tutta la forza della propria esistenza. Talvolta le esperienze generano anche risultati non economici di capitale sociale, con aumento dell'aiuto reciproco, della collaborazione e delle conoscenze relative a diversi settori, ma nella maggioranza dei casi il collante è dato solo dai prestiti economici che il gruppo stesso può aiutare a ottenere. Ne risulta perciò che l'alto potenziale sociale che i gruppi potrebbero avere non viene sviluppato e che il valore preventivo della creazione di reti resta inespresso. Il denaro, infatti, come molte ricerche dimostrano, ha il fortissimo potere di attrarre ma anche di allontanare e creare conflitti.



La distruzione materiale è la cosa che colpisce maggiormente quando si verificano delle catastrofi naturali. Le sofferenze psicologiche delle persone sono meno visibili ma spesso più insidiose, perché trascinano i loro effetti per un tempo lungo.

Le persone più deboli sono anche le più vulnerabili, soffrono maggiormente a livello psicologico fino a sviluppare delle vere e proprie patologie. Nel modo in cui la sofferenza viene vissuta ed elaborata giocano un ruolo fondamentale gli aspetti sociali, culturali e religiosi.

Uno studio realizzato in Nepal a due anni dal terremoto mostra con chiarezza il grado di tali sofferenze ancora diffuse tra le popolazioni vittime del sisma, a cui non è sempre facile dare risposta.

Occorre intervenire con strumenti adatti, su diversi piani: sociale, accompagnando le comunità a sostegno delle singole persone; ma anche con interventi di tipo psicologico.

Questo dossier illustra la complessità di un intervento integrato per aiutare le persone a resistere agli “urti” della vita.

I precedenti dossier (disponibili su www.caritas.it; shortlink alla sezione: <http://bit.ly/1LhsU5G>):

1. GRECIA: *Gioventù ferita* – Gennaio 2015
2. SIRIA: *Strage di innocenti* – Marzo 2015
3. HAITI: *Se questo è un detenuto* – Aprile 2015
4. BANGLADESH, INDIA, SRI LANKA, THAILANDIA: *Lavoro dignitoso per tutti* – Maggio 2015
5. BOSNIA ED ERZEGOVINA: *Una generazione alla ricerca di pace vera* – Giugno 2015
6. GIBUTI: *Mari e muri* – Giugno 2015
7. IRAQ: *Perseguitati* – Luglio 2015
8. REPUBBLICA DEL CONGO: *«Ecologia integrale»* – Settembre 2015
9. SERBIA E MONTENEGRO: *Liberi tutti!* – Ottobre 2015
10. AFRICA, AMERICA LATINA, ASIA: *Un'alleanza tra il pianeta e l'umanità* – Dicembre 2015
11. HAITI: *Concentrato di povertà* – Gennaio 2016
12. AFRICA SUB-SAHARIANA: *Salute negata* – Febbraio 2016
13. SIRIA: *Cacciati e rifiutati* – Marzo 2016
14. NEPAL: *Tratta di esseri umani. Disumana e globale* – Aprile 2016
15. GRECIA: *Paradosso europeo* – Maggio 2016
16. HAITI: *Rimpatri forzati* – Giugno 2016
17. ASIA: *Per un'ecologia umana integrale* – Settembre 2016
18. ARGENTINA: *Il narcotraffico come una metastasi* – Settembre 2016
19. ASIA: *Diversa da chi?* – Ottobre 2016
20. EUROPA: *Generatori di risorse* – Novembre 2016
21. AFRICA OCCIDENTALE: *Divieto di accesso* – Dicembre 2016
22. HAITI: *Ripartire dalla terra* – Gennaio 2017
23. ALGERIA: *Purgatorio dimenticato* – Febbraio 2017
24. SIRIA: *Come fiori tra le macerie* – Marzo 2017