



Save the Children

Italia ONLUS

Orientamenti per la protezione dei bambini e degli adolescenti nelle emergenze in Italia



EDITPRESS EDIZIONI



Save the Children

Italia ONLUS

Orientamenti per la protezione dei bambini e degli adolescenti nelle emergenze in Italia

Gli Orientamenti per la protezione dei bambini e degli adolescenti nelle emergenze in Italia e il Documento di accompagnamento agli Orientamenti sono stati realizzati nell'ambito del progetto BUSSOLA FAMIGLIA – Azioni di promozione della genitorialità positiva per i bambini e le famiglie aquilane, promosso da Save the Children Italia Onlus e realizzato dall'Associazione Focolare Maria Regina, in collaborazione con la ASL 01 Avezzano-Sulmona-L'Aquila e la Facoltà di Psicologia dell'Università degli Studi dell'Aquila.

Il Gruppo di lavoro che ha elaborato gli Orientamenti e il documento di accompagnamento è così composto:

VITTORIA ARDINO

Senior Lecturer in Forensic Psychology, London Metropolitan University, Presidente della Società Italiana per lo Studio dello Stress Traumatico

ANDREA BOLLINI

Direttore del Centro Studi Sociali sull'Infanzia e l'Adolescenza "Don Silvio De Annuntiis", Associazione Focolare Maria Regina Onlus, Consigliere Nazionale CISMAI

PAOLO CALAFIORE

Pediatra, Presidente Associazione Pediatria per l'Emergenza Onlus

RENATO CERBO

Neuropsichiatra infantile, Presidio Ospedaliero San Salvatore, ASL Avezzano-L'Aquila-Sulmona

SIMONETTA D'AMICO

Docente di Psicologia della Sviluppo, Facoltà di Psicologia, Dipartimento di Scienze della Salute – Università degli Studi dell'Aquila

GABRIELE DI MARCANTONIO

Coordinatore del Gruppo di Lavoro, Associazione Focolare Maria Regina Onlus

ELISABETTA LEONARDI

Responsabile Emergenze Nazionali, Save the Children Italia Onlus

MONICA MAZZA

Docente di Psicometria, Facoltà di Psicologia, Università degli Studi dell'Aquila

ELENA NOACCO

Capo progetto Emergenza Abruzzo, Save the Children Italia Onlus

ROBERTO RASPA

Ingegnere, consulente e progettista nel settore della Protezione civile

CARLOTTA SAMI

Responsabile advocacy nazionale, Save the Children Italia Onlus

INDICE

Introduzione	Pag 5
Orientamenti per la protezione dei bambini e degli adolescenti nelle emergenze in Italia	“ 7
1. I diritti dei bambini al centro degli interventi di emergenza	“ 9
2. Quadro sinottico degli orientamenti	“ 12
3. Orientamenti generali per la protezione dei bambini nelle emergenze	“ 14
Documento di accompagnamento agli Orientamenti	“ 35
1. Area “Interventi di protezione civile”	“ 39
2. Area “Interventi educativi”	“ 51
3. Area “Interventi sanitari”	“ 79
4. Area “interventi psico-sociali”	“ 97
5. Glossario dei termini	“135
6. Bibliografia.....	“139

PREFAZIONE

In seguito all'esperienza sull'emergenza legata al sisma aquilano dell'Aprile 2009, Save the Children in collaborazione con altre agenzie ha promosso la costituzione di un gruppo di lavoro con il compito di definire un primo schema di orientamenti aperti alla discussione di tutti gli attori istituzionali e sociali.

Con la definizione degli "Orientamenti per la protezione dei bambini e degli adolescenti nelle emergenze in Italia" intendiamo fornire alcuni spunti operativi e alcune riflessioni in materia di protezione dei bambini e di sostegno alle famiglie negli interventi di emergenza in Italia prima, durante e dopo le calamità naturali.

In tutte le fasi dell'emergenza, i bambini devono essere coinvolti come soggetti attivi dell'attuazione dei loro diritti allo sviluppo (istruzione, gioco, tempo libero, partecipazione) e del loro diritto a vivere in contesti atti a favorirli. La nostra esperienza internazionale ci insegna che solo attraverso la valorizzazione e l'attuazione del diritto di partecipazione si riesce realmente a favorire la piena espressione delle competenze dei bambini e dei ragazzi, rendendoli protagonisti attivi della loro vita, anche nell'affrontare situazioni difficili e tragiche legate alle catastrofi naturali.

Save the Children, insieme a Unicef, Plan e World Vision ha sviluppato a livello Internazionale la Children's Charter, ossia un piano d'azione per la riduzione dei rischi per i bambini e gli adolescenti realizzato da bambini ed adolescenti. La Charter è stata sviluppata grazie alle consultazioni realizzate con più di 600 bambini e ragazzi in 21 Paesi in Africa, Asia e America Latina.

L'obiettivo di questa Carta è sensibilizzare ed informare circa la necessità di un approccio centrato sui diritti dei bambini e adolescenti nello sviluppo di un sistema di riduzione del rischio e rispar-

sta alle emergenze e per un forte impegno da parte di tutti i Governi, donatori e agenzie internazionali per garantire passi adeguati nella protezione dei bambini e per utilizzare la loro energia e conoscenza al fine di renderli protagonisti attivi nelle azioni di riduzione del rischio.

Save the Children ritiene che sia fondamentale promuovere anche in Italia l'approccio che viene proposto dalla Children's Charter. E' quindi auspicabile che anche il nostro Paese, a partire dal contributo che gli "Orientamenti per la protezione dei bambini e degli adolescenti nelle emergenze in Italia" vuole rappresentare, si doti di un sistema di gestione degli interventi di emergenza che rispetti il principio dei bambini al centro del sistema di protezione e promuova una cultura del "risk reduction" con l'elaborazione di piani pensati da e con i bambini.

Valerio Neri
Direttore Generale
Save the Children Italia

Orientamenti per la protezione dei bambini e degli adolescenti nelle emergenze in Italia

1. I DIRITTI DEI BAMBINI AL CENTRO DEGLI INTERVENTI DI EMERGENZA

Nella fase di emergenza i diritti dei bambini rischiano di venire continuamente violati, ignorati e non soddisfatti, spesso sottovalutati per l'esigenza di intervenire presto su aspetti connessi ai bisogni primari.

Al contrario, gli obiettivi degli interventi di emergenza devono sempre rispettare ed ispirarsi ai principi della Convenzione ONU sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza, riconoscendo in tutti i livelli organizzativi specifica attenzione ai bisogni propri dell'età evolutiva. Gli interventi devono inoltre ispirarsi alle procedure consolidate in altri Paesi e basati su studi di efficacia.

In tutte le fasi dell'emergenza, i bambini devono essere coinvolti come soggetti attivi dell'attuazione dei loro diritti allo sviluppo (istruzione, gioco, tempo libero, partecipazione) e del loro diritto a vivere in contesti atti a favorirli. Solo attraverso la valorizzazione e l'attuazione del diritto di partecipazione si riesce realmente a favorire la piena espressione delle competenze dei bambini e dei ragazzi, rendendoli protagonisti attivi della loro vita, anche nell'affrontare situazioni difficili e tragiche legate alle catastrofi naturali.

Il presente documento intende offrire alcuni orientamenti in materia di protezione dei bambini e di sostegno alle famiglie negli interventi di emergenza in Italia prima, durante e dopo le calamità naturali.

Se a livello internazionale esistono numerosi strumenti di orientamento degli interventi di protezione dei bambini nelle maxiemergenze derivanti da calamità naturali, il quadro di riferimento a livello italiano è ancora da definire e sistematizzare sia perché le metodologie di protezione socio-sanitaria sono continuamente oggetto di revisione sia

perché la specificità del focus sui bambini e sulle famiglie non è sempre riconosciuta, anche se bambini e adolescenti sono fra i soggetti maggiormente vulnerabili e a rischio per le reazioni di stress.

In questo quadro, il documento vuole essere una prima piattaforma di discussione e di proposta interdisciplinare per focalizzare l'attenzione a livello italiano sulla necessità di dotarci di strumenti di preparazione e di gestione dell'emergenza a misura dei bambini e degli adolescenti.

Se è vero che i rischi di calamità naturali sono elevati nel nostro Paese, è altrettanto vero che la preparazione ai possibili impatti delle calamità, ancor prima della gestione, debba essere considerata una priorità di lavoro.

A livello internazionale si riconosce oggi che una chiave per mitigare i rischi ed attenuare gli impatti sia rappresentata dalla resilienza sia delle singole persone che della comunità: le tecniche per rafforzarla devono essere alla base della fase di preparazione.

Oggi più che mai, di fronte ai rischi che l'Italia presenta, è necessario che interventi specifici di carattere organizzativo, educativo e psico-sociale per costruire comunità, famiglie e bambini in grado di reagire alle difficoltà generate dalle calamità naturali, facendo appello alle risorse di resilienza proprie e della collettività, siano promossi nei diversi territori secondo una strategia integrata e coordinata. Come contributo all'importante lavoro che la Protezione civile nazionale e le Protezioni civili regionali stanno portando avanti per organizzare sistemi sempre più efficaci di intervento, il documento di orientamenti si propone di offrire spunti di riflessione e di azione congiunta mettendo in primo piano i bisogni ed i diritti dei bambini.

Sappiamo, infatti, che la capacità di una comunità di attivare le proprie risorse emotive, psicologiche e sociali in

caso di calamità naturale, va pianificata e costruita nel tempo, attraverso un processo continuo di educazione e consapevolezza, capace di raggiungere, con una strategia unitaria, tutte le componenti sociali più deboli (minori, famiglie, altri gruppi vulnerabili), attraverso i diversi attori istituzionalmente o volontariamente impegnati per il benessere sociale delle persone.

Per questo Save the Children Italia, in rete di collaborazione con diverse agenzie, ha avviato un primo gruppo di lavoro, formatosi durante l'esperienza dell'emergenza legata al sisma aquilano, con il compito di definire i possibili ambiti di riflessione e di elaborare un primo schema di orientamenti aperti alla discussione di tutte le componenti istituzionali e sociali.

Come primo atto del gruppo di lavoro, i seguenti primi orientamenti intendono fornire alcuni spunti operativi per il futuro degli interventi di protezione dei bambini nelle emergenze.

2. QUADRO SINOTTICO DEGLI ORIENTAMENTI

ORIENTAMENTO 1 - Prevenzione e riduzione dei rischi nelle catastrofi

[...] un Programma nazionale di prevenzione e preparazione alle emergenze, definito d'intesa fra Protezione Civile, Ministeri (Istruzione, Politiche sociali, Salute, Interno, etc.), Regioni (protezioni civili regionali e settori interessati) ed Organizzazioni no-profit specializzate, potrebbe diventare strategico con la previsione di azioni specifiche di prevenzione, formazione e sensibilizzazione, centrate sulla resilienza, bambini e adolescenti e le loro famiglie [...]

ORIENTAMENTO 2 - Gestione integrata di un sistema nazionale di protezione dei minori nelle emergenze: Istituzioni nazionali, Istituzioni locali e comunità

[...] E' necessario che i Piani di emergenza, nell'ambito delle funzioni interessate, come già accade in talune esperienze, prevedano specifiche unità organizzative dedicate alla gestione delle azioni di emergenza rivolte ai bambini e alle famiglie, anche all'interno dell'Equipe Psicosociale per le Emergenze (EPE), di cui al DPCM 13 giugno 2006, ed un coordinamento di queste unità per favorire il raccordo degli interventi [...]

ORIENTAMENTO 3 - Principi e strumenti del supporto psicosociale nell'emergenza

Gli interventi di aiuto psicosociale nella prima e seconda fase dell'emergenza devono essere caratterizzati da continuità terapeutica degli operatori, specializzazione professionale nella terapia del trauma, stabilità del servizio [...]

ORIENTAMENTO 4 - Aree sicure a misura di bambino durante la prima emergenza

[...] Nella fase di organizzazione del sistema delle Colonne mobili regionali, quindi, sarebbe utile integrare le strutture mobili intercambiabili standard con le attrezzature logistiche (tende, materiali, etc.) e le risorse umane qualificate necessarie per allestire, appena possibile, aree di accoglienza a misura di bambino, anche sulla base delle linee-guida utilizzate da Save the Children e a livello internazionale, che potrebbero essere presentate nelle sedi istituzionali competenti, per essere discusse e adattate al sistema di intervento della Protezione Civile [...]

ORIENTAMENTO 5 - Indirizzi per gli interventi pediatrici di emergenza

[...] Nell'organizzazione operativa dei PASS, è auspicabile prevedere la presenza strutturata di un gruppo di pediatri durante le dodici ore diurne, che abbiano il ruolo specifico di gestione dei bambini presenti nelle tendopoli per tutte le patologie di loro competenza, cercando di lavorare anche con il nucleo familiare [...]

ORIENTAMENTO 6 - Mediazione sociale per bambini e famiglie durante le emergenze

[...] Anche durante le emergenze è necessario attivare, possibilmente in collaborazione con gli enti locali preposti (Servizio sociale professionale dei Comuni, Tribunale dei minori, etc.), un servizio di intervento socio-assistenziale per i bambini e gli adolescenti socialmente più vulnerabili e a rischio di devianza: minori senza familiari, minori che risiedono in comunità, minori sotto tutela, minori drop-out, minori con disabilità, minori in condizione di povertà, etc [...]

ORIENTAMENTO 7 - Bambini e famiglie resilienti nella post-emergenza

[...] I piani di ricostruzione materiale e sociale di un territorio sono gli strumenti operativi per innescare e direzionare verso percorsi virtuosi le forze di resilienza della comunità, e in particolare dei bambini e delle famiglie [...]

ORIENTAMENTO 8 - Strategia di comunicazione prima e durante le emergenze

[...] una strategia mirata di informazione e comunicazione per le famiglie nelle emergenze, predisposta in collaborazione fra Protezione civile, Testate giornalistiche, Ordine dei Giornalisti, Organizzazioni nazionali di protezione dei bambini, diventa strumento utile per disciplinare e coordinare i diversi strumenti di informazione ed orientamento delle persone e per suggerire i comportamenti da adottare [...]

ORIENTAMENTO 9 - Protezione della privacy dei bambini durante le emergenze

[...] La promozione di un Tavolo di lavoro che coinvolga Protezione Civile, organizzazioni rappresentative dei media (Ordine nazionale dei Giornalisti, Assostampa, Usigrai, etc.) ed Organizzazioni specializzate negli interventi psico-sociali su bambini, bambine e famiglie, potrebbe favorire la predisposizione di specifiche regole deontologiche per la gestione delle informazioni in caso di calamità naturali nei rapporti con minori e genitori colpiti, ma anche per l'attuazione di azioni positive dirette al sostegno della resilienza individuale, genitoriale e comunitaria (interviste ad esperti della resilienza per spiegare i normali effetti psicologici dei traumi, presentazione di storie positive di resilienza, etc.) [...]"

ORIENTAMENTO 10 - Advocacy e politiche di intervento: rafforzamento del ruolo delle Istituzioni e delle comunità locali nelle emergenze

[...] Un corretto uso delle azioni di advocacy può influenzare gli attori che lavorano per la protezione di bambini e ragazzi in aree e settori dove non si è operativi. Le organizzazioni possono servire come voci locali per promuovere azioni congiunte con i partner per raggiungere i gruppi più vulnerabili nelle emergenze, inclusi i bambini e adolescenti [...]

3. ORIENTAMENTI GENERALI PER LA PROTEZIONE DEI BAMBINI E DEGLI ADOLESCENTI NELLE EMERGENZE IN ITALIA

ORIENTAMENTO 1

Prevenzione e riduzione dei rischi nelle catastrofi

1.1. Tutte le agenzie internazionali sono concordi nel ritenere fondamentale l'adozione di un sistema di preparazione all'emergenza, basato sullo sviluppo continuo delle capacità di resilienza di adulti e minori, incardinato nelle attività ordinarie degli enti e dei servizi (scuole, settore sanitario, settore psicologico, mezzi di comunicazione), che, progressivamente, possa attivare e sviluppare meccanismi di resilienza individuale e familiare nei bambini e negli adulti. Ben 168 Stati, compresa l'Italia, hanno aderito nel 2005 all'Accordo di Hyogo, che prevede un piano decennale di azioni prioritarie affinché le comunità raggiungano un grado di preparazione adeguato per la prevenzione e la riduzione del rischio da catastrofi naturali. Tra le priorità di azione vi è quella di utilizzare le conoscenze, le innovazioni e l'istruzione per creare una cultura di sicurezza e capacità di recupero a tutti i livelli. Occorre implementare pienamente le previsioni dell'accordo anche nel nostro Paese.

1.2. Il ruolo dei minori nelle politiche di prevenzione è fondamentale e qualsiasi intervento di riduzione dei rischi da disastri naturali non può prescindere dal coinvolgimento attivo, sistematico e non occasionale, dei bambini e degli adolescenti in tutte le fasi dei programmi di prevenzione e preparazione alle emergenze (fattibilità, pianificazione, implementazione, monitoraggio e valutazione), in quanto attori in grado di trasmettere e diffondere utili informazioni e punti di vista circa

l'impatto dei disastri naturali sulla loro comunità (approccio del Child Led Disaster Risk Reduction, promosso da Save the Children). Le comunità, inoltre, possono essere preparate con adeguati materiali di divulgazione, fra i quali quelli messi a punto dal gruppo TENTS, promosso dalla Società Europea per lo Studio dello Stress Traumatico (ESTSS), con il relativo modello di formazione degli esperti.

1.3. Sebbene oggi in Italia esistano, oltre al Piano di emergenza nazionale, interventi di preparazione e formazione preventiva, che tuttavia non sono sistematici, lo strumento di un Programma di prevenzione e preparazione alle emergenze, definito d'intesa fra Protezione Civile, Ministeri (Istruzione, Politiche sociali, Salute, Interno, etc.), Regioni (protezioni civili regionali e settori interessati) ed Organizzazioni no-profit specializzate, potrebbe diventare strategico, attraverso la previsione e la sistematizzazione di azioni specifiche di prevenzione, formazione e sensibilizzazione, centrate sulla resilienza, per famiglie, bambini e adolescenti.

1.4. Esempi di azioni di prevenzione/preparazione da attuare a livello nazionale e regionale sono:

- a. Integrazione delle informazioni sulla resilienza e sui principi della riduzione dei rischi da catastrofi all'interno dei programmi formativi ed educativi esistenti, specie in ambito scolastico (come gestire una situazione di crisi, come comportarsi durante un incidente, etc.), rivolti sia ai genitori che agli alunni.
- b. Attività sistematica di protezione civile nelle scuole.
- c. Percorsi di formazione familiare alla resilienza, attivati da agenzie e servizi socio-educativi pubblici e privati.
- d. Elaborazione e diffusione di materiali conoscitivi e formativi per le famiglie (opuscoli informativi, sito internet dedi-

- cato) sui principali effetti psico-sociali e sanitari connessi agli eventi calamitosi, sulle modalità di attivazione delle risorse personali e sociali per fare fronte alle emergenze, sugli accorgimenti da avere nel rapporto con i figli, sul funzionamento degli interventi di protezione civile, etc.
- e. Formazione alla preparazione di kit di emergenza utili per le famiglie con bambini, specialmente per coloro che abitano in zone a rischio di calamità.
 - f. Azione di formazione degli operatori dell'emergenza, anche attraverso strumenti di auto-aiuto, sugli aspetti relazionali, emotivi, psicologici da tenere in considerazione nella fase di prima emergenza/soccorso di bambini e famiglie vittime di calamità naturali; si auspica che si costituisca un gruppo ampio di operatori afferenti al gruppo TENTS Italia, provenienti da realtà associative diverse e in un'ottica multidisciplinare, per favorire il coordinamento e lo scambio sul territorio nazionale.
 - g. Azioni di formazione come operatori della resilienza per le Organizzazioni di volontariato, da realizzare da parte dei centri di coordinamento locale (Centri Servizi per il Volontariato, etc.), per formare operatori di comunità in grado di assicurare interventi di lungo termine sulla popolazione colpita, volti alla ricostruzione del capitale e della coesione sociale, a partire dai bambini e dalle loro famiglie.

ORIENTAMENTO 2

Gestione integrata di un sistema nazionale di protezione dei minori nelle emergenze: Istituzioni nazionali, Istituzioni locali e comunità

2.1. Il metodo Augustus, seguito dalla Protezione civile nazionale come linea guida per la pianificazione di emergenza e

per la conseguente gestione delle emergenze, si articola, come è noto, in diverse funzioni di supporto, che possono essere attivate in maniera flessibile rispetto allo specifico evento calamitoso. Gli interventi rivolti ai bambini ed alle famiglie coinvolgono, in genere e trasversalmente, le seguenti funzioni:

- Sanità e Assistenza sociale,
- Mass media e Informazione,
- Volontariato,
- Servizi essenziali e attività scolastiche,
- Assistenza alle persone.

2.2. L'integrazione fra le funzioni diventa centrale per il coordinamento degli interventi in favore dei bambini, degli adolescenti e delle loro famiglie. All'interno di ciascuna di queste funzioni è utile dedicare specifiche modalità di azione all'assistenza ai bambini, agli adolescenti e alle famiglie, che si possano raccordare in un sistema a rete di protezione dei bambini nella gestione dell'emergenza. Questi obiettivi possono essere raggiunti anche attraverso azioni formative e strumenti di aggiornamento mirati per i Referenti delle Funzioni di Supporto, finalizzate all'integrazione negli attuali Piani di emergenza dei profili specifici attinenti alla protezione e al sostegno dei minori e delle famiglie.

2.3. Dall'esperienza internazionale e di Save the Children si evidenzia come sia fondamentale un costante coordinamento con le istituzioni nazionali, locali e le comunità a tutti i livelli e in tutte le fasi (prevenzione, risposta e post-emergenza), per lo sviluppo e il rafforzamento di un sistema nazionale di protezione dei bambini e ragazzi nelle emergenze.

2.4. Dal momento che la protezione dei bambini ed adolescenti è un programma multidimensionale, il sistema nazionale ha

il compito di chiamare al coordinamento ed alla cooperazione una larga serie di istituzioni e organizzazioni che lavorano per la protezione dei bambini, per il rispetto dei diritti e lo sviluppo di bambini e ragazzi.

Il sistema di protezione dovrebbe essere operativo a tutti i livelli amministrativi con legami stretti fra tutti i livelli. Chi lavora all'interno del sistema dovrebbe ricoprire dei ruoli ben definiti.

2.5. Il livello più importante rispetto alla prevenzione e risposta diretta per i minori a rischio, è identificato nella comunità locale. Le comunità hanno un ruolo fondamentale e hanno il compito di sviluppare un sistema di protezione tramite *referral*, per fare fronte a tutte le situazioni che i minori si trovino a vivere.

2.6. Tutti gli attori coinvolti nella definizione e gestione del sistema di protezione possono giocare un ruolo importantissimo nel *capacity building*, nella cooperazione e nel reperimento di fondi alle comunità locali per sviluppare e gestire un sistema di protezione integrato. Inoltre è fondamentale richiamare come una significativa partecipazione dei bambini e ragazzi a tutti i livelli sia cruciale per il funzionamento del sistema di protezione nelle emergenze.

2.7. È inoltre fondamentale che tutti gli attori coinvolti nella risposta alle emergenze si coordinino fra loro e con le istituzioni nazionali per ridurre il rischio di duplicazione e marginalizzazione di alcuni gruppi di bambini e ragazzi fra i più colpiti dalle catastrofi. Importante è mantenere il coordinamento fra tutti i settori in cui si svolge la vita di bambini e ragazzi, in particolare la sfera della protezione, dell'educazione, della salute e del contesto di vita.

ORIENTAMENTO 3

Principi e strumenti del supporto psicosociale nell'emergenza

3.1. Gli interventi di aiuto psicosociale nella prima e seconda fase dell'emergenza devono essere caratterizzati da continuità terapeutica degli operatori, specializzazione professionale nella terapia del trauma, stabilità del servizio.

È necessario che i Piani di emergenza, nell'ambito delle funzioni interessate, come già accade in talune esperienze, prevedano specifiche unità organizzative dedicate alla gestione delle azioni di emergenza rivolte ai bambini e alle famiglie, anche all'interno dell'Equipe Psicosociale per le Emergenze (EPE), di cui al DPCM 13 giugno 2006, ed un coordinamento di queste unità per favorire il raccordo degli interventi.

Attenzione particolare va inoltre prestata negli interventi per tutto ciò che concerne le diversità di genere e le disabilità garantendo specifica attenzione a gruppi a rischio di marginalità.

3.2. Le organizzazioni che in ambito di protezione civile si occupano di bambini devono assicurare, quale prerequisito di accreditamento, che gli interventi di supporto psicosociale, anche di natura volontaria, vengano gestiti da operatori specializzati e formati sulla psicologia del trauma, che possano prendersi cura dei bambini e delle loro famiglie in modo continuativo sia nella prima risposta che successivamente. Il turn over degli operatori psicosociali in questo ambito del soccorso è una pratica da scongiurare in ogni caso, in quanto possibile causa di molte traumatizzazioni secondarie, per le interruzioni dei percorsi terapeutici e le continue sostituzioni della figura del terapeuta.

3.3. È necessario fare molta attenzione alle modalità di erogazione del sostegno psicologico e sociale alle famiglie e ai

bambini colpiti da calamità. Accade spesso che gli interventi psico-sociali, nella fase di emergenza, provengano da una pluralità di soggetti ed organizzazioni che si muovono nella comunità locale sulla base di input frammentari. Questo genera un sovraccarico di interventi sulla popolazione colpita e in condizioni di bisogno, che porta anche alla sfiducia verso i tentativi di aiuto esterni. Sebbene nella fase dell'emergenza ci sia un'elevata presenza di operatori psico-sociali e psichiatrici, la copertura per la gestione a lungo termine dei bisogni di cura dei bambini e delle famiglie tende a diminuire con il tempo.

3.4. È necessario, inoltre, che i soccorritori siano affiancati nel più breve tempo possibile da operatori esperti nella protezione dei minori, che inizino a prendersi cura di loro mentre le operazioni di soccorso sono in atto, proteggendoli, per quanto possibile, dall'esposizione ad eventi angoscianti e violenti. L'istituzione di un albo nazionale di esperti nella protezione dei minori cui fare ricorso nelle emergenze costituisce uno strumento utile ad assicurare professionalità, coordinamento e tempestività degli interventi.

A questo proposito, si sottolinea l'importanza di utilizzare un gruppo di operatori esperti di trauma e a conoscenza delle linee guida TENTS e delle altre presenti a livello internazionale.

3.5. L'adozione di alcuni specifici accorgimenti ed approcci nell'erogazione di supporto psico-sociale ai bambini viene raccomandata da diverse agenzie internazionali secondo i seguenti principi:

- a. Evitare di fornire supporto psicosociale con sedute singole e una tantum come primaria modalità di intervento subito dopo il verificarsi della calamità. Stabilire delle

- procedure per affrontare nel lungo termine i casi di salute mentale e psico-sociale dei bambini e dei loro genitori (ad esempio, è utile sviluppare una lista di professionisti/ servizi specializzati per prendere in carico nel lungo termine bambini e famiglie ed elaborare i relativi protocolli operativi).
- b. Non duplicare gli interventi di assessment o rivolgere domande angoscianti senza aver predisposto gli opportuni sistemi di sostegno e follow up. Ed inoltre:
- Non eseguire l'assessment delle sindromi post-traumatiche in fase acuta e interventi trauma-focused nella fase acuta;
 - Evitare l'utilizzo di tutte le forme di debriefing nelle prime settimane post-emergenza.
- c. Gli interventi di sostegno psico-sociale devono essere modulati, anche in emergenza, tenendo conto dell'età del bambino/ragazzo assistito, in quanto le reazioni al trauma e le capacità di resilienza sono molto differenti nelle diverse fasi dell'età evolutiva.
- d. Durante la valutazione della condizione di bambini colpiti da una calamità, seguire i seguenti suggerimenti: (a) coinvolgere il bambino in tutte le fasi; (b) rispettare sempre la dignità ed i diritti dei bambini; (c) non parlare con arroganza ai bambini; (d) permettere al bambino di parlare di se stesso; (e) utilizzare metodi di valutazione che consentano ai bambini di esprimere il proprio punto di vista e descrivere la propria esperienza; (f) avere fiducia nelle capacità del bambino di esprimere il proprio punto di vista e le proprie opinioni.
- e. Rispettare sempre il diritto alla privacy dei bambini e dei suoi familiari. Non cercare di ottenere a tutti i costi informazioni che una persona può non voler rivelare. Non rivolgere domande intrusive.

- f. Impostare gli interventi psico-sociali secondo un approccio basato sui diritti dei bambini e delle bambine, in accordo con quanto previsto nella Convenzione ONU sui diritti per l'infanzia, proponendosi come obiettivo principale di migliorare il benessere dei bambini attraverso le seguenti azioni: (a) ristabilire il normale flusso dello sviluppo; (b) proteggere i bambini dall'accumulo di eventi angoscianti e violenti; (c) rafforzare la capacità delle famiglie di prendersi cura dei bambini; (d) incoraggiare i bambini ad essere agenti attivi nella ricostruzione della comunità.
- g. Un intervento orientato alla sola considerazione del trauma può portare potenzialmente a focalizzarsi sulle reazioni problematiche dell'individuo e direzionare l'attenzione lontano dai punti di forza e dalle risorse della persona e dal suo contesto quotidiano di vita, che, invece, sono aspetti fondamentali per raggiungere gli obiettivi del miglioramento del benessere sociale. Troppo spesso l'approccio focalizzato solo sull'individuo oscura le fonti di resilienza e di ripresa.
- h. Incoraggiare la costruzione della storia del bambino sulla base delle terapie narrative. Si è, infatti, dimostrato che la narrative exposure, un intervento che permette al bambino di costruire il senso della calamità all'interno degli eventi di vita, abbia effetti di prevenzione delle sindromi post-traumatiche.

A livello generale, l'intervento psicologico con bambini e adolescenti dovrebbe attenersi ai seguenti principi:

1. coinvolgimento della famiglia;
2. consapevolezza e conoscenza della fase dello sviluppo in cui si trova il minore nonché delle differenze religiose e culturali;

3. assessment di eventuali problematiche psicologiche pre-esistenti, tra cui traumi o perdite pregresse;
4. spiegazione e normalizzazione delle reazioni post-traumatiche al bambino nei casi specifici di calamità naturali;
5. supporto ad attività di problem-solving e di gestione della rabbia se necessario;
6. supporto alle normali tappe dello sviluppo;
7. promozione di attività positive per il bambino e supporto nella ricostruzione delle reti sociali.

3.6. Utili strumenti da adattare alle situazioni di stress traumatico che coinvolgono minori e famiglie sono costituite dalle Linee Guida TENTS-TP, promosse dalla Rete Europea per lo Stress Traumatico, con il relativo modello di formazione degli esperti.

3.7. Strumenti complementari all'organizzazione della prima risposta all'emergenza sono costituiti da:

- a. Uno o più Punti di Accesso psico-sociale per famiglie e bambini, in cui personale specializzato provvede a fornire servizi di orientamento ed informazione sui servizi disponibili e le altre necessità per genitori e figli;
- b. Numero di telefono gratuito per le famiglie per fornire orientamento, informazione e un primo supporto emotivo con personale appositamente formato, in stretto raccordo con la Funzione Sanità e Assistenza sociale.

3.8. I piani di pronto intervento, oltre che concentrarsi sugli interventi di carattere sanitario, devono considerare il bambino nella sua globalità di bisogni fisici, psicologici, affettivi, sociali nelle situazioni di emergenza. Una delle misure auspicabili è l'inserimento nelle equipe di pronto intervento e negli EPE della figura di un professionista per il sostegno psico-sociale

dei bambini e dei genitori, che operi altresì per evitare, per quanto possibile, la separazione tra genitori/familiari e figli.

3.9. Gli standard procedurali dell'organizzazione degli interventi di Protezione civile devono essere in grado di attivare tempestivamente l'Equipe psico-sociale (EPE) per scongiurare la frammentazione degli interventi ed il turn-over degli operatori psico-sociali nelle fasi di soccorso.

3.10. In merito agli interventi psicologici di emergenza in bambini con disabilità si sottolinea che le conoscenze neuropsicologiche, sia in ambito teorico che di intervento, delineano profili di disabilità differenziati (sindrome di down, sindrome autistica, ritardo mentale ed altre), sollecitando che anche in situazioni di emergenza si faccia riferimento a tali differenze e non ad un'unica indifferenziata definizione di disabilità. Sarebbe necessario, quindi, prevedere la presenza nelle equipe attive sui luoghi dell'emergenza di operatori specializzati nel trattamento di persone affette da disabilità mentale.

ORIENTAMENTO 4

Aree sicure a misura di bambino durante la prima emergenza

4.1. Anche durante la fase di emergenza i bambini devono poter riprendere al più presto le loro abitudini quotidiane, sebbene in contesti protetti. La possibilità di riprendere le occupazioni quotidiane costituisce anche un fattore di protezione importante della loro salute mentale, così esposta alla fragilità in simili situazioni.

È opportuno attivare spazi ed aree dove i bambini possano giocare, essere educati, socializzare, apprendere le nuove esperienze che anche l'emergenza può insegnare. Negli allog-

gi provvisori o nelle zone colpite dalle calamità dovrebbero essere allestiti appositi spazi a misura di bambino.

4.2. Le aree sicure a misura di bambino, che Save the Children ha introdotto come metodologia di intervento nelle calamità naturali, sono spazi protetti, dove i bambini possono, oltre che giocare, raccontare e così rielaborare la propria esperienza e dove sentirsi al sicuro in un momento in cui tutte le certezze sembrano essersi sgretolate.

Queste attività, inoltre, portano un beneficio diretto anche ai genitori, anch'essi molto provati dal punto di vista psicologico, che possono lasciare i bambini in un luogo sicuro e iniziare a riprendere in mano e ricostruire le proprie vite.

4.3. Nella fase di organizzazione del sistema delle Colonne mobili regionali, quindi, sarebbe utile integrare le strutture mobili intercambiabili standard con le attrezzature logistiche (tende, materiali, etc.) e le risorse umane qualificate necessarie per allestire, appena possibile, aree di accoglienza a misura di bambino, anche sulla base delle linee-guida utilizzate da Save the Children e a livello internazionale, che potrebbero essere presentate nelle sedi istituzionali competenti, per essere discusse e adattate al sistema di intervento della Protezione Civile.

4.4. La ripresa della vita quotidiana del nucleo familiare, anche in strutture di emergenza come le tendopoli, va, per quanto possibile, favorita, come fattore fondamentale per l'attivazione del percorso di resilienza dei bambini e dei loro genitori. L'organizzazione logistica e funzionale degli spazi di accoglienza prevede piccoli accorgimenti per garantire ai nuclei familiari una relativa intimità, come, ad esempio, la possibilità di condividere in famiglia il momento del pasto.

ORIENTAMENTO 5

I indirizzi per gli interventi pediatrici di emergenza

5.1. Nelle operazioni di soccorso in emergenza degli ultimi 20 anni, si è riscontrato che i sistemi di triage di massa utilizzati per gli adulti nelle operazioni di primo soccorso non sono adeguati a monitorare e valutare le condizioni fisiche e le reazioni psichiche ed emotive dei bambini. Per questo, è stato introdotto un sistema di triage pediatrico di massa, in grado di tener conto delle peculiari reazioni fisiche dei bambini in condizioni critiche anche nei delicati interventi durante le prime 48 ore dell'emergenza.

5.2. Per migliorare l'efficacia e l'esattezza di queste valutazioni pediatriche, è opportuno, nell'ambito delle attività dei Punti Medici Avanzati (PMA) di primo livello, garantire sempre l'affiancamento di un pediatra a supporto degli intensivisti.

5.3. Un fattore importante nella valutazione delle condizioni di un bambino è costituito dagli eventuali traumi emozionali da separazione, che sono fattori importanti nell'ambito delle cure pediatriche. Di tali fattori è possibile tener conto in maniera più attenta e consapevole negli interventi di secondo livello realizzati nei Posti di Assistenza Socio-Sanitaria (PASS), dove pediatri, psicologi e assistenti sociali, anche in raccordo con l'Equipe Psico-sociale per le Emergenze (EPE), possono procedere ad un monitoraggio accurato delle condizioni fisiche, psicologiche ed emotive del bambino e al trattamento delle patologie riscontrate.

5.4. Nell'organizzazione operativa dei PASS, è auspicabile prevedere la presenza strutturata di un gruppo di pediatri durante le dodici ore diurne, che abbiano il ruolo specifico di gestio-

ne dei bambini presenti nelle tendopoli per tutte le patologie di loro competenza, cercando di lavorare anche con il nucleo familiare.

5.5. La pediatria, fondamentale nella fase dei primi soccorsi e della gestione dell'emergenza, può avere un ruolo importante anche nella fase della preparazione delle famiglie resilienti. Il Sistema Sanitario Nazionale e le ASL locali possono attivare, con i medici pediatri di base, iniziative di informazione e sensibilizzazione verso i genitori, attraverso la distribuzione di materiale informativo negli studi medici e colloqui mirati durante le visite, per illustrare le conseguenze fisiche ed emotive più comuni nelle emergenze e fornire consigli utili per monitorare al meglio le reazioni dei propri figli.

ORIENTAMENTO 6

Mediazione sociale per bambini e famiglie durante le emergenze

6.1. Nella fase dell'emergenza per gravi ed estese calamità naturali, è estremamente difficile assicurare un livello minimo di protezione sociale ai minori e alle famiglie che vivono, anche nella normalità, condizioni di disagio sociale. I fabbisogni sociali tendono, infatti, a passare in secondo piano, rispetto alle necessità di soccorso materiale e psicologico della comunità colpita, genericamente destinataria delle medesime prestazioni di aiuto, a prescindere dalla condizione soggettiva di bisogno.

6.2. Anche durante le emergenze è necessario attivare, possibilmente in collaborazione con gli enti locali preposti (Servizio sociale professionale dei Comuni, Tribunale dei minori, etc.), un servizio di intervento socio-assistenziale per i bam-

bini e gli adolescenti socialmente più vulnerabili e a rischio di devianza: minori senza familiari, minori che risiedono in comunità, minori sotto tutela, minori drop-out, minori con disabilità, minori in condizione di povertà, etc.

6.3. Gli interventi sociali sono diretti a ristabilire, al più presto, i meccanismi di tutela delle situazioni di vulnerabilità dei minori in carico ai servizi, anche per evitare che le condizioni di pericolo e devianza possano nuovamente comprometterne la sicurezza.

6.4. Lo stress conseguente ad un evento calamitoso può talvolta innescare processi di violenza psicologica, fisica ed emotiva, all'interno delle famiglie. Poiché durante le emergenze i sistemi di controllo e protezione sociale vengono fortemente indeboliti, è opportuno che le funzioni preposte a fornire assistenza alla popolazione attivino un sistema di sorveglianza su possibili violenze e maltrattamenti che i bambini potrebbero subire durante la fase di emergenza, riducendo contestualmente tutti i fattori di rischio che potrebbero generare violenza.

6.5. Gli interventi di emergenza e di supporto psico-sociale ai bambini e alle famiglie devono anche riuscire a tener conto delle diversità etnico-culturali della popolazione, comprese le eventuali difficoltà linguistiche. Le recenti esperienze di assistenza in emergenza nel nostro Paese dimostrano l'importanza di comunicare efficacemente con i bambini e le famiglie immigrate coinvolte nelle calamità naturali. In questi casi è opportuno che negli interventi in aree ad alta concentrazione di comunità etniche siano presenti professionisti della mediazione linguistica ed interculturale, anche con il coinvolgimento delle associazioni di immigrati locali e regionali, per favorire

strumenti di maggiore protezione dei bambini con la collaborazione delle famiglie immigrate.

ORIENTAMENTO 7

Bambini e famiglie resilienti nella post-emergenza

7.1. Nella fase post-emergenza di una calamità naturale, è necessario mettere la comunità colpita in condizione di fare leva sulle proprie risorse di resilienza per ristabilirsi e poter cambiare e/o adeguare in modo efficace le proprie priorità e gli stili di vita. Bambini, bambine e famiglie sono il centro vitale di una comunità, per il presente e per il futuro.

Preservare la coesione di una comunità in occasione di disastri naturali significa, quindi, assicurare che il suo fulcro sia in grado di mettere in campo le energie positive per superare l'emergenza e le difficoltà personali, familiari e sociali.

7.2. I piani di ricostruzione materiale e sociale di un territorio sono gli strumenti operativi per innescare e direzionare verso percorsi virtuosi le forze di resilienza della comunità, e in particolare dei bambini e delle famiglie.

7.3. È necessario affiancare alla pianificazione fisica dei territori una pianificazione sociale dei nuovi contesti di vita, al fine di rendere gli insediamenti urbani a misura di famiglia e di bambino.

Nella pianificazione della post-emergenza occorre tenere nel massimo conto la privacy, la facilità di movimento e di accesso ai servizi, le opportunità di sostegno sociale e il mantenimento delle relazioni sociali, la creazione di spazi di socializzazione ed aggregazione, nell'organizzazione logistica degli insediamenti abitativi dopo l'emergenza.

7.4. Nella post-emergenza è fondamentale considerare che, specialmente per i bambini ed i ragazzi, è di particolare importanza il ristabilimento o il mantenimento delle opportunità di educazione formali ed informali, scolastiche e del tempo libero, che contribuiscono alla sensazione di stabilità e sicurezza emotiva per un bambino.

7.5. L'organizzazione di progetti educativi dovrebbe tener conto del fatto che molti bambini possono avere difficoltà nella concentrazione e nell'apprendimento, dovuti alle conseguenze psicologiche della calamità. I curricula formativi e le metodologie di insegnamento, dopo il verificarsi di un evento calamitoso, devono essere adeguati ai fabbisogni speciali di bambini che hanno vissuto un grave evento negativo. È importante, inoltre, progettare e realizzare la ricostruzione considerando prioritarie le esigenze di socializzazione extrascolastiche dei bambini e degli adolescenti.

7.6. La formazione degli insegnanti nella post-emergenza è molto importante, in modo che anche il contesto scolastico si attenga a quei principi che possono promuovere il benessere del minore, tra cui:

- in una classe dove molti bambini o adolescenti sono stati vittime di una calamità naturale occorre preparare lezioni o attività didattiche più brevi, a un ritmo più lento, meno compiti a casa, e aspettarsi un calo nel rendimento nel breve periodo;
- individuare i bambini che hanno avuto un'esperienza diretta con l'evento, specialmente coloro che hanno subito lutti o che sono dovuti evacuare;
- monitorare le conversazioni tra colleghi sull'evento per evitare che i bambini si sentano ancora più angosciati;
- stare in stretto contatto con le famiglie.

Le scuole più colpite dalla calamità dovrebbero attuare un percorso specifico post-emergenza sia per gli scolari sia per il personale della scuola.

7.7. È importante garantire che i bambini e gli adolescenti siano pienamente informati, nelle forme adeguate, su quanto è avvenuto, su ciò che sta avvenendo nella loro comunità e sui piani per il futuro, promuovendo anche occasioni per esprimersi sull'esperienza vissuta e sulle aspettative per l'avvenire. Queste informazioni dovrebbero essere veicolate anche attraverso strumenti ad hoc, con il supporto di insegnanti ed educatori.

7.8. Accanto alla pianificazione fisica e sociale della ricostruzione nella post-emergenza, può rivelarsi utile organizzare specifici servizi psico-educativi per supportare e stimolare la capacità di resilienza di famiglie e bambini vulnerabili. In particolare, gli enti locali possono affiancare ai servizi ordinari un nuovo modello di assistenza che preveda uno o più dei seguenti strumenti:

- a. Percorsi psicologici ed educativi per il rafforzamento delle risorse familiari.
- b. Supporto psico-educativo individualizzato per bambini con disagi legati a stress familiari.
- c. Sostegno psico-educativo individualizzato per le famiglie con stress multipli.
- d. Incontri con gruppi di famiglie per lo sviluppo della resilienza.

ORIENTAMENTO 8

Strategia di comunicazione prima e durante le emergenze

8.1. Il ruolo della comunicazione assume un valore strategico prima e dopo le emergenze, specie per consentire alle persone,

in primis ai bambini e alle famiglie, di ricevere informazioni utili alla situazione di emergenza. Per questo, una strategia mirata di informazione e comunicazione per le famiglie nelle emergenze, predisposta in collaborazione fra Protezione civile, Testate giornalistiche, Ordine dei Giornalisti, Organizzazioni nazionali di protezione dei bambini, diventa strumento utile per disciplinare e coordinare i diversi mezzi di informazione ed orientamento delle persone e per suggerire i comportamenti da adottare.

8.2. La strategia di comunicazione potrebbe prevedere, tra gli altri, i seguenti strumenti operativi:

- a. Programmi televisivi di informazione per le famiglie su come affrontare le emergenze.
- b. Spot televisivi di sensibilizzazione sulla resilienza, sulla genitorialità positiva, sull'attivazione delle risorse di fronte ad eventi calamitosi.
- c. Realizzazione di materiale informativo (volantini, opuscoli, etc.) per informare la popolazione dei sintomi principali di carattere psicologico e comportamentale che possono verificarsi a seguito dei traumi subiti (difficoltà ad addormentarsi, irritabilità, ipervigilanza, etc.), e delle principali reazioni che bambini/e possono avere, con l'indicazione delle principali risorse di aiuto.
- d. Attivare un sito internet sui temi della resilienza e del sostegno psico-sociale per bambini/e, ragazzi/e e famiglie.
- e. Diffusione di un vademecum sulla genitorialità nelle situazioni di emergenza.

ORIENTAMENTO 9

Protezione della privacy dei bambini durante le emergenze

9.1. Durante le emergenze i bambini vengono spesso ripresi,

intervistati in modo invasivo, mostrati nella loro quotidianità o nel loro dolore, sovraesposti in quanto inducono commozione e suggestioni emotive. In alcuni casi, i codici di autoregolamentazione e deontologici restano inapplicati (la Carta di Treviso prevede, solo in via di principio, che “nel caso di minori malati, feriti, svantaggiati o in difficoltà, occorre porre particolare attenzione e sensibilità nella diffusione delle immagini e delle vicende al fine di evitare che, in nome di un sentimento pietoso, si arrivi ad un sensazionalismo che finisce per divenire sfruttamento della persona”).

9.2. La promozione di un Tavolo di lavoro che coinvolga Protezione Civile, organizzazioni rappresentative dei media (Ordine nazionale dei Giornalisti, Assostampa, Usigrai, etc.) ed Organizzazioni specializzate negli interventi psico-sociali su bambini, bambine e famiglie, potrebbe favorire la predisposizione di specifiche regole deontologiche per la gestione delle informazioni in caso di calamità naturali nei rapporti con minori e genitori colpiti, ma anche per l’attuazione di azioni positive dirette al sostegno della resilienza individuale, genitoriale e comunitaria (interviste ad esperti della resilienza per spiegare i normali effetti psicologici dei traumi, presentazione di storie positive di resilienza, etc.).

ORIENTAMENTO 10

Advocacy e politiche di intervento: rafforzamento del ruolo delle Istituzioni e delle comunità locali nelle emergenze

10.1. Le azioni di advocacy rispetto ai diritti dei bambini ed adolescenti sono uno strumento strategico per “mettere al centro i minori e i loro diritti” e per sviluppare cambi nelle politiche, pratiche e attitudini che possano generare cambia-

menti significativi e duraturi per la vita di bambini e ragazzi.

10.2. Per assicurare una efficace risposta alle emergenze è importante garantire un mix di approcci fra azioni programmatiche ed azioni di advocacy ed amplificare gli impatti positivi.

10.3. Un corretto uso delle azioni di advocacy può influenzare gli attori che lavorano per la protezione di bambini e ragazzi in aree e settori dove non si è operativi. Le organizzazioni possono servire come voci locali per promuovere azioni congiunte con i partner per raggiungere i gruppi più vulnerabili nelle emergenze, inclusi i bambini e adolescenti.

Documento di accompagnamento agli Orientamenti

INTRODUZIONE

Il Documento di accompagnamento agli Orientamenti per la protezione dei bambini e degli adolescenti nelle emergenze in Italia è la raccolta dei contributi prodotti dal Gruppo di lavoro che ha redatto gli orientamenti, e costituisce la base contenutistica e scientifica per l'elaborazione degli Orientamenti.

Il presente Documento intende offrire uno strumento di approfondimento tecnico delle diverse tematiche prese in considerazione dal Gruppo di Lavoro, ripartite nelle seguenti sezioni:

- Area “Interventi di protezione civile”;
- Area “Interventi educativi”;
- Area “Interventi sanitari”;
- Area “Interventi psico-sociali”

Il Documento si propone, quindi, di supportare la promozione e la condivisione degli Orientamenti, rendendo espliciti alla comunità scientifica di riferimento i principi metodologici e gli approcci adottati nel lavoro, sotto la duplice ottica della presentazione dello stato dell'arte nei diversi settori e della prospettiva di innovazione e miglioramento dei sistemi esistenti, per rendere i meccanismi degli interventi in emergenza sempre più a misura dei bambini, degli adolescenti e delle loro famiglie.

1. AREA “INTERVENTI DI PROTEZIONE CIVILE”

Roberto Raspa

Ingegnere, consulente e progettista nel settore della Protezione civile

I. Dalla pianificazione alla gestione dell'emergenza Il Metodo Augustus e le Funzioni di Supporto

Inquadramento generale

Con l'approvazione della prima legge sulle autonomie locali del 1990, si è avviato un processo evolutivo profondo del quadro istituzionale italiano, che ha coinvolto massimamente i rapporti tra lo Stato e le sue tradizionali articolazioni territoriali, le Regioni e gli Enti Locali, e che ha accompagnato poi un progressivo trasferimento della gran parte delle funzioni amministrative dal Governo centrale e dalle sue ramificazioni periferiche verso il nascente sistema delle “autonomie locali”.

Questo processo ha portato anche all'adeguamento della Carta Costituzionale in direzione della nuova impostazione ideologica: con le modifiche apportate al Titolo V della Costituzione dalla Legge Costituzionale n. 3/2001, viene definitivamente sancito il nuovo grande potere delle regioni sul piano dell'iniziativa legislativa, e viene statuito l'ampliamento dello spazio di promozione e di sviluppo delle autonomie locali, sotto il profilo statutario, regolamentare, finanziario e organizzativo.

L'applicazione dei principi di decentramento amministrativo e di sussidiarietà ha interessato anche il settore specifico della protezione civile, che il legislatore vuole quale «servizio locale indispensabile» ai sensi dell'articolo 37 del D.lgs. 30.12.1992 n. 50 e del successivo DM 28.5.1993, da erogare

giornalmente nelle forme previste dalla legge 225/92 istitutiva del servizio nazionale. Il sistema italiano della Protezione Civile prevede che «il sindaco è autorità comunale di protezione civile. Al verificarsi dell'emergenza nell'ambito del territorio comunale, il sindaco assume la direzione e il coordinamento dei servizi di soccorso e di assistenza alle popolazioni colpite e provvede agli interventi necessari dandone immediata comunicazione al prefetto e al presidente della giunta regionale». Al fine di coordinare le attività di soccorso, il Sindaco può dotarsi di un piano comunale di emergenza e di una struttura comunale di protezione civile. In Italia la pianificazione di emergenza svolta dai Comuni, stante le competenze in materia di Regioni e Province, ognuna per i rispettivi ambiti, si basa sulle linee guida dettate dal metodo Augustus, che prevede, tra le altre cose, una ripartizione per Funzioni di Supporto delle attività di organizzazione e gestione delle fasi di preparazione e di intervento in situazioni di emergenza.

Il metodo Augustus prevede anche la creazione di un Centro Operativo Comunale (C.O.C.), che viene attivato in caso di emergenza e dove il Sindaco può riunire tutti i responsabili delle Funzioni di Supporto al fine di coordinare la risposta all'evento calamitoso.

In caso di eventi che esulano dalla portata del singolo Comune, vengono attivati anche i livelli superiori, fino al livello nazionale, attraverso l'istituzione della Direzione di Comando e Controllo (DI.COMA.C.) in seno alla Presidenza del Consiglio dei Ministri.

Attività preparatorie all'emergenza

Il Comune provvede alla realizzazione di piani comunali di emergenza di protezione civile al fine di organizzare attività e azioni volte a ridurre l'impatto dell'evento calamitoso atteso. All'interno del piano comunale di emergenza vengono

individuate le seguenti Funzioni di Supporto (in caso di realtà complesse le presenti Funzioni di Supporto possono subire integrazioni):

1 - Funzione tecnico-scientifica e di pianificazione	
Esempi di strutture	<i>Tecnici comunali, tecnici o professionisti locali, enti gestori di reti di monitoraggio, enti di ricerca scientifica</i>
	Il referente (es. funzionario dell'Ufficio Tecnico Comunale) mantiene i rapporti e coordina le varie componenti scientifiche e tecniche, al fine di raccogliere i dati territoriali e la cartografia per la definizione e l'aggiornamento degli scenari, di analizzare i dati acquisiti dalle reti di monitoraggio e di individuare le aree di emergenza. Provvede a organizzare le squadre di tecnici per il monitoraggio a vista in fase di emergenza.
2 - Funzione sanità, assistenza sociale e veterinaria	
Esempi di strutture	<i>A.S.L., C.R.I., Volontariato Socio-Sanitario</i>
	Il referente (es. funzionario del Servizio Sanitario locale) mantiene i rapporti e coordina le componenti sanitarie locali al fine di organizzare adeguata assistenza durante l'allontanamento preventivo della popolazione e la messa in sicurezza del patrimonio zootecnico.
3 - Funzione volontariato	
Esempi di strutture	<i>Organizzazioni comunali di volontariato di protezione civile</i>
	Il referente (es. funzionario di pubblica amministrazione, coordinatore del gruppo comunale di protezione civile) redige un quadro sinottico delle risorse, in termini di mezzi, uomini e professionalità specifiche presenti sul territorio, al fine di coordinare le attività dei volontari in sintonia con le altre strutture operative e con il volontariato presente sul territorio provinciale, regionale e nazionale.
4 - Funzione Materiali e mezzi	
Esempi di strutture	<i>Aziende pubbliche e private, Volontariato, C.R.I., Amministrazione locale</i>
	Il referente (es. funzionario ufficio economato del Comune) censisce i materiali e i mezzi disponibili appartenenti ad enti locali, volontariato, privati ed altre amministrazioni presenti sul territorio per un continuo aggiornamento sulle risorse disponibili per l'attuazione dell'allontanamento preventivo della popolazione nei tempi previsti dal piano e del suo rientro al cessato allarme.

5 - Funzione Servizi essenziali ed attività scolastica	
Esempi di strutture	<i>Enel, Gas, Acquedotto, Telecomunicazioni, Aziende municipalizzate, Smaltimento rifiuti, Provveditorato agli Studi</i>
	Il referente (es. funzionario dell'Ufficio Tecnico Comunale) mantiene i contatti con le Società erogatrici dei servizi e aggiorna costantemente la situazione circa l'efficienza delle reti di distribuzione al fine di garantire la continuità nell'erogazione e la sicurezza delle reti di servizio. Deve, inoltre, verificare l'esistenza e l'applicazione costante di piani di evacuazione delle scuole a rischio.
6 - Funzione Censimento danni, persone, cose	
Esempi di strutture	<i>Tecnici comunali, Ufficio Anagrafe, Vigili Urbani, Comunità Montana, Regione, VV.F., Gruppi nazionali e Servizi Tecnici Nazionali</i>
	Il referente (es. funzionario dell'Ufficio Tecnico Comunale) organizza e predispone le squadre che, al verificarsi dell'evento, effettueranno il censimento dei danni.
7 - Funzione Strutture operative locali e viabilità	
Esempi di strutture	<i>Forze dell'ordine presenti nel territorio, Vigili Urbani, VV.F.</i>
	Il referente (es. dirigente/funzionario VV.F., VV.UU.) redige il piano di viabilità, individuando cancelli e vie di fuga, predisponendo quanto necessario per il deflusso della popolazione da evacuare verso le aree di attesa ed il suo trasferimento nei centri di accoglienza. Mantiene i contatti con le varie componenti preposte alla viabilità, alla circolazione, al presidio dei cancelli di accesso alle zone interessate, alla sorveglianza degli edifici evacuati.
8 - Funzione Telecomunicazioni	
Esempi di strutture	<i>Enti gestori di reti di telecomunicazioni, Radioamatori, etc.</i>
	Il referente (es. responsabile radioamatori locali o rappresentante ente gestore), di concerto con i responsabili delle società erogatrici dei servizi di telecomunicazione ed i radioamatori, coordina le attività per garantire la funzionalità delle comunicazioni in emergenza.
9 - Funzione Assistenza alla popolazione	
Esempi di strutture	<i>Assessorato Regionale, Provinciale e Comunale, Ufficio Anagrafe, Volontariato</i>
	Il referente (es. funzionario dei servizi sociali del Comune) aggiorna la stima della popolazione residente nelle zone a rischio, distinguendo tra coloro che necessitano di alloggio presso i centri di accoglienza, coloro che usufruiscono di seconda casa e coloro che saranno ospitati presso altre famiglie secondo un piano di gemellaggio. Inoltre, individua gli alunni che hanno residenza nelle zone a rischio, ed è il referente per le procedure di attivazione delle ordinanze di protezione civile, quale ad esempio la procedura per l'erogazione del contributo di autonoma sistemazione.

Attività in emergenza

A seguito di un evento calamitoso, viene istituito il Centro Operativo Comunale ed in base all'entità dell'emergenza vengono attivate tutte o una parte delle Funzioni di Supporto. Attraverso i referenti individuati e le azioni definite nel Piano di Emergenza, il Sindaco coordina le attività per organizzare la risposta all'evento.

Anche attraverso la migliore attività di pianificazione risulta difficile prevedere ogni piccolo dettaglio; è, quindi, necessario essere consapevoli che sarà sempre possibile, in ogni emergenza, dover affrontare qualcosa di non previsto; occorre, pertanto, la massima flessibilità e, al contempo, la capacità di creare i presupposti (ad esempio, attraverso attività di preparazione e formazione continua degli operatori) affinché anche in questi casi vi siano le migliori condizioni di successo.

Attività nel post emergenza

Il Centro Operativo Comunale continua la sua attività fino a quando non viene decretata la fine dell'emergenza. Da quel punto in poi le attività tornano ad essere seguite in via ordinaria, il più delle volte dagli stessi funzionari che erano referenti delle Funzioni di Supporto, per il completamento delle attività di ripristino. Questa fase può arrivare a coprire archi temporali molto lunghi che si estendono per decenni, nelle emergenze più gravi e distruttive.

La proposta

Un piano di emergenza non è altro che il progetto di tutte le attività coordinate e di tutte le procedure che dovranno essere adottate per fronteggiare un evento calamitoso atteso in un determinato territorio, in modo da garantire l'effettivo e immediato impiego delle risorse necessarie al superamento dell'emergenza e il ritorno alle normali condizioni di vita.

Il Piano di Emergenza è il supporto operativo al quale il Sindaco si riferisce per gestire l'emergenza col massimo livello di efficacia, disponendo, quindi, di un valido riferimento che determinerà un percorso organizzato in grado di sopperire alla confusione conseguente ad ogni evento calamitoso. Al fine di poter rendere questo strumento utilizzabile, è necessario pensarlo e crearlo prima che si verifichi l'emergenza. In quest'ottica, la proposta del progetto Bussola Famiglia potrebbe essere quella di fornire sì una linea guida, attraverso gli Orientamenti, ma diretta all'implementazione delle attività dei Referenti delle Funzioni di Supporto coinvolti nella gestione dei bambini, come per esempio:

- Sanità e assistenza sociale;
- Volontariato;
- Servizi essenziali e attività scolastiche;
- Assistenza alla popolazione.

In questo modo è possibile definire una fase di aggiornamento per tutti gli Enti che dispongono già di un piano di emergenza così come implementare le attuali linee guida per la pianificazione a disposizione degli Enti che devono ancora intraprendere questa strada.

II. Le colonne mobili regionali e l'intervento in emergenza

Inquadramento generale

Il dibattito sulla costituzione delle colonne mobili regionali ha origini molto lontane. A partire dal febbraio 2006, è stato definito un progetto dal titolo "Colonna mobile nazionale delle Regioni", il quale prevede che tutte le Regioni si dotino di strutture modulari intercambiabili, in grado di garantire standard operativi strumentali e prestazionali omogenei per tutti gli interventi e la necessaria continuità per tutta la durata dell'evento calamitoso. Il progetto è stato sviluppato dalla

Sotto-Commissione “Concorso delle Regioni alle emergenze nazionali ed internazionali”, istituita nell’ambito della Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome, ed è composta dalla Regione Emilia-Romagna in qualità di coordinatrice e dalle Regioni Friuli-Venezia Giulia, Piemonte, Valle d’Aosta, Marche e Sicilia. La versione finale del progetto è stata approvata nel febbraio 2007 dal Tavolo Tecnico Interregionale. La proposta di dimensionamento della Colonna Mobile regionale prevede:

- Una task force di pronta partenza;
- Moduli funzionali;
- Squadre specialistiche;
- Squadre professionali.

A titolo esemplificativo, si riportano le schede dei moduli di interesse:

TASK FORCE REGIONALE PRONTA PARTENZA - standard

1.1. Soccorritori di pronta partenza h6 - INTERVENTI NAZIONALI - STANDARD

Squadre operative

Coordinamento: 2 di cui

- 1 responsabile
- 1 coadiutore

Osservatori: 2

Soccorritori: 16 (4 squadre da 4 persone con “caposquadra”)

Logistica: 7 di cui

- 3 specialisti (elettricista, idraulico, meccanico)
- 4 multiuso

Segreteria: 1

Telecomunicazioni: 3 tecnici

Sanità: 6 di cui

- 2 medici
- 4 infermieri

Cucina/Mensa: 5 di cui

- 2 cuochi
- 3 preparazione/distribuzione/lavaggio

Magazzino/Vigilanza: 2

Totale soccorritori di pronta partenza: 44

I soccorritori devono essere forniti di dotazione personale completa (oltre a sacco a pelo, divisa, medicinali personali essenziali) e generi alimentari per 7 gg.

Confezionamento

2 Container 10' (3x2,5 m) per 6 tende (7,,5x5,5 m)

1 Container 10' (3x2,5 m) per PMA I° liv.

1 Container 10' (3x2,5 m) per tenda mensa

1 Container 10' (3x2,5 m) per cisterne acqua

2 Container 10' (3x2,5 m) per bagni

1 Container 10' (3x2,5 m) per docce

1 Carrello per cucina mobile

1 Carrello per generatore 60 KW

1 Carrello per serbatoio gasolio

1 Carrello per generatore 5 KW/torre faro 4KW/gruppi illuminanti e autoclavi

Superficie minima necessaria (30x40) m = 1200 M²

Superficie parcheggio = 400 m²

Attrezzatura

1 PMA di 1° livello containerizzato

(elitrasportabile al verricello baricentrico; aviotrasportabile)

1 kit P.L.C.

- 1 carrello elitrasportabile (fornito dal DPC)

- 3 telefoni satellitari traffico voce

- 2 telefoni satellitari traffico voce/dati (completi di accessori per connessione pc e fax)

- 2 pc portatili completi di stampante

- 1 ponte radio campale VHF con link UHF (alimentazione 220/12V per una copertura di 12/30 Km²)

- 20 apparati radio VHF portatili (programmati su tutte le frequenze del protocollo d'intesa Ministero/DPC)

• 6 tende pneumatiche da 8 posti (7,5x5,5 m) complete di accessori ed impianti;

• 1 cucina mobile carrellata;

• 1 tenda mensa (6x6 m) automontante completa di tavoli e panche;

• 1 mezzo mobile telecomunicazioni;

• 1 tenda comando - segreteria (7,5x5,5 m);

• 2 bagni (wc + lavabo), docce in 3 container da 3x2,5 m;

• 1 generatore da 60 KW silenziato carrellato;

• 1 generatore da 5 KW;

• 1 torre faro con gruppo illuminante da 4 KW e 16 KW in distribuzione;

• 3 gruppi illuminanti tipo tower;

• 4 cisterne per acqua da 1000 l;

• 3 autoclavi da 2 CV;

• 1 kit per potabilizzazione

• 1 serbatoio da gasolio da 900 l.

Trasporto

1 Bilico (12,80 m) per 4 persone 10"

2 Autocarri cassonati (6 m) c/gru per 4 container 10"

5 Fuoristrada di cui 4 per traino carrelli

2 Pulmini da 9 posti

1 Mezzo per coordinatore/coadiutori

1 pulmino da 9 posti

2. MODULI FUNZIONALI STANDARD

1.1 Modulo assistenza alla popolazione (h6) - standard

Dimensionato per 250 persone sfollate

Squadre operative

Coordinamento: 1
Assistenti/animatori (con formazione di tipo assistenziale di cui uno psicologo): 6
Totale Squadra: 7

Confezionamento

5 Container 10' (3x2,5 m) per 42 tende p.i. 88
(o 8 Container 10' (3x2,5) per 32 tende pneumatiche)
6 Container 10' (3x2,5 m) per 18 bagni
4 Container 10' (3x2,5 m) per 12 docce
2 Container 10' (3x2,5 m) per 250 brande + effetti lettereci
1 Container 10' (3x2,5 m) per cisterne acqua
1 Pianale o rimorchio per generatore 150 KW
1 Carrello per torre faro + gruppi illuminanti
1 Carrello per struttura info point

Nota

L'impostazione del modulo di assistenza alla popolazione basata sulle tende appare suscettibile in futuro di miglioramenti tecnologici, anche in relazione ai prodotti e alle attrezzature proposte dal mercato. Per i futuri investimenti è utile considerare la possibilità di acquisire nuovi prodotti per i bagni e le docce o come le tende pneumatiche autotomanti di nuova generazione, moduli abitativi ribassati o altre tipologie. A puro titolo esemplificativo si può considerare che i moduli ribassati hanno dimensioni di 6x2.5x0.6 m, sono componibili, possono ospitare 6 persone e si possono sovrapporre per creare strutture a diversi piani; il trasporto risulta ottimizzato: 6 moduli per autocarro. Il costo è paragonabile a quello delle tende ministeriali.

Attrezzatura

- 42 tende tipo PI 88 (ministeriale) da 6 posti (o 32 tende pneumatiche da 8 posti) complete di impianti e termoisolatori
- 250 brandine pieghevoli
- pavimentazione mobile sotto tenda (grelle livellanti)
- recinzione leggera
- 18 bagni (3 moduli da 4.2 moduli da 2 di cui uno per disabili)
- 12 docce (2 moduli da 4.2 moduli da 2 di cui uno per disabili)
- 4 serbatoi acqua da 1000 l cadauno
- 1 generatore da 150 KW silenziato carrellato o 2 generatori da 80 KW
- 1 quadro generale
- 10 quadri di zona
- 1 torre faro da 2 KW con generatore da 12 KW, altezza faro >8 m
- 8 gruppi illuminanti da 600 W (di cui 4 tipo tower e 4 carrellati)
- 1 struttura organizzativa (Info Point) dedicata alle persone sfollate, con possibilità di autogestione da parte delle persone sfollate

Trasporto

4/5 Bilici per 16/20 container 10"
1 Autocarri cassonato (6 m) c/gru per generatore 150 KW
1 Autocarri cassonato (6 m) per 2 container 10"
2 Fuoristrada per traino carrelli

Superficie minima necessaria (70x60) m = 4200 m²

2.3 Modulo PMA di 2° livello

Dimensionato per 50 pazienti/gg autonomia 72 ore

Squadre operative

Chirurghi: 1
Anestesiisti: 1
Medici (di cui un pediatra): 2
Infermieri professionisti (di cui 4 di area critica): 5
Tecnico allestimento/logistica (dedicato): 1

Totale Squadra: 10

Confezionamento

2 Container 10' (3x2,5 m)
(da prevedere anche il confezionamento in pallet per trasporto aereo)

Superficie minima necessaria: (30x30) m = 900 m

Gli standard medico-specialistici sono stati acquisiti dai lavori del "Gruppo Tecnico logistica sanitaria in emergenza", attualmente in corso, che fa capo al Servizio Sanitario e Ambientale del Dipartimento nazionale della Protezione Civile.

Attrezzatura

4 tende pneumatiche (6x6) m dedicate a:

- sala triage
- pronto soccorso chirurgico
- pronto soccorso medico
- alloggio personale

Dotazione di farmaci e dispositivi medici come riportato in "Criteri di massima sulla dotazione di farmaci e dispositivi medici di un posto medico avanzato di II livello" pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n. 130 supplemento alla 196 del 25/08/2003, deliberato dalla conferenza stato regioni il 22/05/2003.

Trasporto

2 Autocarri cassonati c/gru
1 Fuoristrada
1 Automedica

4.4 Squadra supporto psicologico nell'emergenza

L'attività di dette squadre riguarda gli aspetti di assistenza e supporto psicologico alla popolazione sfollata, nonché le modalità di comunicazione alla popolazione nell'emergenza e, in generale, l'aspetto sociale.

Dette squadre dovranno avere un tutor istituzionale proveniente dalle ASL

3 psicologi d'emergenza
Totale squadra: 3

Per molti anni l'allestimento di aree di prima accoglienza per la popolazione sfollata è stato effettuato attraverso la predisposizione di tende, idonee ad ospitare interi nuclei familiari. Al fine di facilitare questa attività, sono state create nel tempo delle linee guida di riferimento che puntavano ad uniformare ed ottimizzare risorse e spazi al fine di fornire il massimo servizio alla popolazione colpita da un evento calamitoso.

Attualmente, le dotazioni delle Regioni per fornire assisten-

za alla popolazione sono state notevolmente implementate con nuovi materiali, nuovi modelli di tende e nuove strategie, tanto che diventa sempre più complesso prevedere schemi e moduli di base.

Tuttavia questo particolare momento di sviluppo potrebbe essere visto anche come opportunità per definire nuove linee guida nel settore dell'assistenza alla popolazione che tengano in conto anche le esigenze dei bambini. Pertanto il gruppo di lavoro del progetto Bussola Famiglia potrebbe delineare le specifiche della progettazione di spazi a misura di bambino (partendo da quelli proposti da Save the Children), da realizzare nella prima risposta all'emergenza come misura di accoglienza e assistenza dei più piccoli.

Questi modelli saranno poi integrati in linee guida più ampie al fine di progettare aree di accoglienza per la popolazione che possano garantire il soddisfacimento dei bisogni primari. Quindi, se da una parte si tratterà delle attività per la realizzazione di aree per ricoverare la popolazione, dall'altra si tratterà delle attività per la realizzazione di impianti e servizi per il soddisfacimento dei bisogni primari della popolazione, con particolare riguardo a categorie di persone particolari, come per esempio i bambini.

In questo modo, a prescindere dalle tecnologie o attrezzature in possesso delle Regioni, si può realizzare qualcosa di duraturo che parta dai bisogni delle persone lasciando poi ad azioni successive la scelta tecnologica per la realizzazione delle infrastrutture.

Altro aspetto che rientra nella fase di implementazione e revisione di quanto stabilito nel documento sulle Colonne Mobili regionali è senza dubbio il discorso delle "squadre supporto psicologico nelle emergenze". Al fine di delineare la composizione di queste squadre per garantire alti livelli di prestazione potrebbero essere definiti degli standard più pre-

cisi, come ad esempio, gli anni di esperienza degli psicologi, la necessità dell'iscrizione all'albo professionale, ecc.

III. Strategie di comunicazione in ordinario: l'ambito scolastico

Inquadramento generale

L'efficacia di un sistema d'attenuazione dei rischi è legata al grado di coinvolgimento della comunità locale nel corso della preparazione alla gestione delle situazioni d'emergenza. I tempi di risposta ai bisogni immediati di un sistema di pronto intervento alle popolazioni colpite da un disastro possono comportare ritardi di ore e giorni, a seconda dei vari fattori che intervengono: estensione dell'area di crisi, numero degli abitanti interessati, condizioni proibitive meteorologiche e delle vie di comunicazione.

Pertanto, l'autoprotezione deve essere considerata una metodologia di attenuazione dei rischi, in uno sviluppo di educazione permanente concepito a misura delle popolazioni esposte. Tale processo è finalizzato ad aiutare la convivenza fisica e psicologica con il rischio e deve essere sviluppato in modo graduale sotto il controllo delle istituzioni responsabili anche di altre attività di attenuazione (pianificazione, interventi di adeguamento e consolidamento strutture, etc.).

Si tratta di sviluppare nella popolazione il rispetto dei valori collettivi, dell'ambiente e il dovere dell'aiuto reciproco, del soccorso e della solidarietà. E' opportuno far ripetere regolarmente gli esercizi di evacuazione, di salvataggio e le azioni da mettere in campo fino al punto di inserirli tra gli schemi di comportamenti automatici, in modo che possano comparire spontaneamente in condizioni di emergenza.

Se questi principi valgono in generale per tutta la popolazione, le esperienze raccolte nei trascorsi anni di attività han-

no mostrato come l'ambito scolastico sia un terreno molto recettivo. Ed è per questo che molte attenzioni sono rivolte a progetti didattici che vengono promossi da diversi Enti e Organismi in tutte le scuole di ogni ordine e grado.

La proposta

Attraverso la forte sinergia instauratasi in Umbria tra il Servizio di Protezione Civile Regionale, l'ANCI Umbria e le Organizzazioni di Volontariato di Protezione Civile, si è riusciti a sperimentare negli ultimi anni numerose attività e strumenti con le scuole del territorio. I dati raccolti sono stati sistematizzati ed hanno dato vita ad un nuovo progetto che prenderà il via nei prossimi mesi.

L'obiettivo è quello di elaborare un "programma didattico" costituito da diversi elementi tra loro interagenti e complementari al fine di fornire uno strumento che possa essere fruito direttamente anche dagli insegnanti. Gli Enti e le Organizzazioni di volontariato continueranno ad avere un ruolo centrale nell'attività, integrando, quando richiesto o dietro proposte mirate, le attività in aula con veri e propri momenti pratici in cui raccontare le loro esperienze, mostrare concretamente le attività svolte, le attrezzature utilizzate, etc.

Un modello di questo tipo permetterebbe una più ampia partecipazione degli istituti di formazione che sono liberi in questo modo dai vincoli imposti dagli Enti e dalle Organizzazioni di volontariato, che spesso trovano difficoltà nel reperire risorse per effettuare incontri presso le scuole. Ovviamente parte fondamentale del modello proposto è anche una fase di valutazione sulle attività svolte dalle singole scuole, attraverso una piattaforma permanente di raccolta di feedback, così come la stimolazione di un network delle scuole virtuose partecipanti al progetto tramite l'istituzione, per esempio, di concorsi mirati al tema dell'autoprotezione e della resilienza.

Parte fondamentale per ottenere una diffusione capillare ed omogenea sul territorio, è rappresentata senza dubbio dalla realizzazione di accordi mirati con le strutture di coordinamento degli istituti scolastici a livello regionale (come per esempio l'Ufficio scolastico regionale, etc.).

2. AREA “INTERVENTI EDUCATIVI”

Elena Noacco

Save the Children Italia Onlus

L'educazione è un diritto umano fondamentale per ogni bambino, in qualsiasi circostanza. (Dichiarazione Universale dei Diritti dell'Uomo, 1948)

Il lavoro di Save the Children si basa sulla Convenzione ONU sui Diritti dell'Infanzia e dell'Adolescenza (CRC)¹, ratificata dall'Italia nel 1991, sulla Dichiarazione Universale dei Diritti dell'Uomo del 1948 ed altri strumenti internazionali sui diritti umani.

Questi documenti stabiliscono che tutte le persone sono in ugual misura titolari di diritti umani, compresi bambini e adolescenti che sono a pieno titolo soggetti di diritto, e che tutti hanno la responsabilità di far sì che questi diritti vengano esercitati e realizzati.

Da anni l'organizzazione, impegnata sia in Italia che nel resto del mondo, fonda il proprio lavoro sul principio di tutela e promozione dei diritti dei bambini e adolescenti incentivando la loro piena partecipazione e il loro coinvolgimento².

¹*Convention on the Rights of the Child*, approvata dalle Nazioni Unite il 20 Novembre 1989.

²I principi fondamentali su cui si basa la CRC sono: ART. 2 il principio di non discriminazione; ART. 3 il diritto al superiore interesse del bambino; ART. 6 il principio del diritto alla vita, alla sopravvivenza e allo sviluppo; ART. 12 il diritto ad essere ascoltati e il principio di partecipazione. I. Bimmi, N. Scognamiglio, *Verso una pedagogia dei diritti. Guida per insegnanti*, Save the Children Onlus, 2007.

In contesti di emergenza, il ruolo dell'educazione a livello internazionale ha guadagnato un crescente riconoscimento. Attualmente, gli standard minimi dell'INEE (Inter-Agency Network for Education in Emergencies)³ sono ampiamente utilizzati in più di 80 paesi. Oltre a stabilire il livello minimo dei servizi necessari, gli standard offrono una sorta di guida sulle problematiche da considerare nelle diverse situazioni in cui i servizi vengono erogati, indicando anche come misurare e comunicare l'impatto che i programmi hanno avuto.

Nel 2006 è stato istituito il Global Education Cluster, al fine di rafforzare la risposta umanitaria nelle emergenze assicurando alti standard di previsione, accountability e partnership nel campo dell'istruzione, ed è co-diretto dall'UNICEF e Save the Children International⁴. Lo scopo è di garantire a tutti i bambini e le bambine di avere accesso immediato e continuativo all'educazione di qualità e in ambiente protetto in modo da facilitare, proteggere e sviluppare il ritorno alla normalità. Il focus è sul rafforzamento del sistema di prevenzione e la capacità tecnica di risposta alle emergenze umanitarie e assicurare un'effettiva e pronta risposta educativa nelle principali aree

³L'Inter-Agency Network for Education in Emergencies (INEE) è un network composto da oltre 41 organizzazioni (tra cui Save the Children UNICEF, UNESCO, UNHCR, World Bank, CARE, Oxfam, Children's Fund, Action Aid, International Rescue Committee ecc.) con l'obiettivo di assicurare il diritto all'educazione in situazioni di emergenza. <http://www.ineesite.org>.

⁴Oltre alle due agenzie leader, partecipano al gruppo di lavoro Global Education Cluster Working Group UNESCO, UNHCR, WFP, Christian Children's Fund, International Rescue Committee, Norwegian Refugee Council, Relief International, Refugee Education Trust, World Vision, the Academy for Education Development, Interagency Network for Education in Emergency Secretariat. Gli Education Cluster sono stati istituiti in diversi paesi afflitti da crisi umanitarie di varia natura ed hanno contribuito allo sviluppo di piani nazionali per l'educazione.

di politiche di intervento e standard operativi, rafforzare la capacità di rispondere efficacemente e supporto operativo⁵.

L'importanza del ruolo dell'educazione in emergenza

L'educazione costituisce un diritto umano fondamentale per tutti i bambini e quindi deve essere considerata prioritaria in contesti di emergenza, poiché assicura una garanzia di protezione ai bambini e un supporto alle comunità. La conoscenza e le infinite opportunità che l'educazione può offrire in contesti di crisi, quando integrata alle azioni di assistenza più immediate (sanità, etc.), rivitalizza e rinforza il morale e le capacità di risposta di tutti quei bambini che, loro malgrado, si trovano d'improvviso a fronteggiare una situazione di emergenza.

In situazioni di emergenza, aumentano il ruolo e il valore dell'educazione, che diventa un fondamentale e potente mezzo di protezione dei minori. Garantire l'educazione in emergenza offre protezione ai bambini a vari livelli:

- Un ambiente sicuro e sorvegliato protegge tanto l'integrità fisica che l'equilibrio psicologico dei bambini. Questo principio vale per ogni altra attività educativa strutturata anche al di fuori della scuola, aree protette, club, sport etc.;
- L'impegno continuativo in attività regolari e strutturate, come quelle educative, restituisce ai bambini la stabilità e il senso di normalità perduti a causa della situazione di emergenza. La sensazione di routine offerta dalle attività educative è elemento di enorme aiuto ai genitori e favorisce l'interazione sociale con altri bambini, al fine di far ritornare il minore ad un regolare percorso di apprendimento e di sviluppo;

⁵*Il Futuro è adesso. L'educazione dei bambini e delle bambine nei paesi colpiti dalle guerre*, Save the Children Italia Onlus, 2010.

- L'apprendimento a gestire il rischio viene fornito dai programmi educativi che informano attraverso messaggi adeguati al linguaggio dei bambini, sui pericoli derivanti da situazioni di emergenza e su misure di prevenzione;
- Il supporto psico-sociale offerto dalla scuola aiuta la comunità colpita e i loro bambini a meglio comprendere e gestire le reazioni individuali e le dinamiche sociali che spesso emergono in una situazione di emergenza;
- La normalizzazione della vita della comunità passa anche attraverso attività che inducano a realizzare qualcosa insieme: lavorare per costruire una struttura scolastica o gestirla può rafforzare i legami informali all'interno della comunità ed essere elemento propulsore per la nascita di altre iniziative collettive e di utilità pubblica. Inoltre, avere i propri bambini impegnati in attività scolastica, può consentire agli adulti di concentrarsi in altre attività economiche e domestiche⁶.

Interventi di carattere educativo in risposta all'emergenza

Intervenire tempestivamente con delle attività dedicate ai minori nelle prime ore dell'emergenza è una priorità che le organizzazioni si devono porre come obiettivo per tutelare i minori.

Si possono distinguere 3 fasi in cui gli interventi a sostegno e tutela dei minori vengono articolati:

- Fase 1: attivazione di programmi ricreativi anche per minori che non sono in età scolare (1-4 anni).

⁶*Programmi di Educazione in contesti di emergenza: L'esperienza di Save the Children. Approcci, metodologie standard di intervento*, Save the Children Italia Onlus, 2006.

Si stabiliscono immediatamente attività strutturate e continuative per bambini. Questo vuol dire aree sicure e dedicate, per il gioco e le attività ricreative, che li aiutino a ritornare a una forma di normalità e di attività di routine, in attesa che le vere lezioni scolastiche riprendano;

- Fase 2: istruzione non formale. Copre il periodo che va dalla risposta iniziale alla reintroduzione di programmi formali. Le attività, suddivise per fasce d'età, sono gestite da membri della comunità stessa, spesso giovani che garantiscono una continuità della presenza nel tempo e utilizzano un linguaggio e mezzi di comunicazione con i quali i ragazzi hanno familiarità;

- Fase 3: reintroduzione del programma formale. Il programma scolastico riconosciuto formalmente dallo Stato va reintrodotta il prima possibile a seguito dell'emergenza. Ripristinare il programma originario aiuta i bambini a mantenere continuità nel percorso di apprendimento e a non perdere l'anno scolastico.

Le attività informali devono dare spazio all'educazione formale favorendo la ripresa delle lezioni negli orari stabili e spostando di conseguenza gli orari delle attività nei doposcuola.

Durante tutte le tre fasi è importante assicurare un insieme strutturato di attività che consentano il perseguimento della normale didattica educativa.

Le attività progettuali per supportare l'educazione in emergenza possono variare secondo l'entità della catastrofe e del contesto in cui si verifica, ma è possibile comunque identificare delle reazioni comuni e relativi approcci come illustrato nella tabella seguente:

Fase 1 - Insorgenza acuta dell'emergenza (primi due giorni)	
Reazioni comuni riscontrate nei bambini	<ul style="list-style-type: none"> • Torpore, shock e confusione sono reazioni comuni; • Comune è anche il sentimento che quello che è successo "non sia reale".
Sostegno psicosociale appropriato e recettivo	<ul style="list-style-type: none"> • Offrire rassicurazione e conforto (prima assistenza psicologica)⁷; • Favorire rituali di elaborazione degli eventi dolorosi culturalmente appropriati; • Agevolare l'accesso all'informazione sulla catastrofe e al relativo impegno umanitario; • Rintracciare e prendersi cura dei minori soli.
Fase 2 - Reazioni nelle prime tre o quattro settimane; operazioni di soccorso in atto	
Reazioni comuni riscontrate nei bambini	<ul style="list-style-type: none"> • Intenso dolore, orrore, rabbia o sbalzi d'umore; • Bisogno di svolgere attività produttive e di un ambiente sicuro per elaborare gli eventi dolorosi; • Cercare di dare un senso a ciò che è accaduto.
Sostegno psicosociale appropriato e recettivo	<ul style="list-style-type: none"> • Diffondere ampiamente informazioni sulle reazioni comuni a situazioni anomale (coinvolgere i leader sociali); • Individuare e comunicare ciò che gli adulti di riferimento possono fare per dare sostegno ai propri bambini e ritornare, laddove possibile, a qualsiasi tipo di struttura della vita di tutti i giorni; • Ricordare che la maggior parte delle persone recupererà con il dovuto decorso naturale; • Iniziare con giochi e attività con i bambini in base alle loro reazioni e necessità; • Coinvolgere rapidamente i bambini nell'ideazione di attività da svolgere negli Spazi Child Friendly (CFS)⁸; • Consentire il gioco libero e alcune sessioni aperte, puntando a ordine, strutturazione e prevedibilità; • Fornire informazioni psicosociali di base ai bambini e svolgere esercizi semplici per stimolare il superamento della fase critica; • Offrire attività ricreative.

⁷La prima assistenza psicologica comprende ascolto empatico, interesse non invasivo, conforto, evitare di sopraffare le persone con informazioni, rassicurazione, non forzare le persone a parlare. È assolutamente necessario essere calmi, partecipativi e cordiali.

⁸Child Friendly Space (CFS), Spazi a misura di bambino, aree protette all'interno delle quali si svolgono le attività per i minori.

Fase 3 - Da tre a quattro settimane fino alla cessazione dell'operatività dello Spazio Child Friendly (potrebbe trattarsi di un periodo fino a tre mesi o anche più lungo in alcune particolari situazioni)

Reazioni comuni riscontrate nei bambini	<ul style="list-style-type: none"> • Le perdite cominciano a “essere assorbite” - e si cerca di comprendere la sequenza degli eventi e come questi influenzeranno il futuro della famiglia; • Alcuni bambini si isolano dagli altri; altri hanno un forte bisogno, e sono in grado, di partecipare ad attività concrete e con un obiettivo che consentono di dimostrare un successo (comunque limitato) nel miglioramento delle loro condizioni individuali o collettive (potrebbe trattarsi di attività di assistenza/sviluppo); • Tentativo di riacquisire il controllo sulla propria vita.
Sostegno psicosociale appropriato e recettivo	<ul style="list-style-type: none"> • Offrire attività ricreative e fisiche; • Offrire giochi di teatro, disegno espressivo, pittura, giochi con una finalità psicologica; • Offrire attività di arti e lavori manuali; • Offrire attività culturali; • Attività di sensibilizzazione ed educazione; • Aggiungere gradualmente più attività atte a stimolare la concentrazione, a facilitare la speranza per il futuro e il rilassamento; • Coinvolgere attivamente le comunità e i genitori; • Sostenere ed incoraggiare genitori e adulti di riferimento; • Organizzare incontri con adulti di riferimento o giornate aperte che li aiutino a discutere, condividere e scambiare esperienze, e a diffondere informazione sulle reazioni dei loro bambini e su come possono sostenerli; • Incoraggiare, ma non imporre, la formazione di gruppi a livello comunitario.

La risposta di Save the Children Italia al terremoto in Abruzzo

Save the Children Italia, che risponde alle emergenze da decenni in tutto il mondo, in seguito al terremoto del 6 aprile 2009 che ha colpito la città dell'Aquila e gli altri comuni delle vicinanze, ha deciso di intervenire, aprendo all'interno di quattro tendopoli⁹ un CFS (Child Friendly Space) o 'Spazio

⁹Le tendopoli in cui sono stati aperti i CFS sono state Acquasanta, Ex-italtel 1, Paganica, Bazzano.

a Misura di Bambino¹⁰, con l'obiettivo di offrire un supporto ai bambini, alle bambine e agli adolescenti, garantendo loro uno spazio fisico nel quale essere accolti, coinvolti e tutelati nei loro diritti, così come sancito dalla Convenzione ONU sui Diritti dell'Infanzia e dell'Adolescenza (CRC). In particolar modo, seguendo il protocollo adottato da Save the Children International, che da decenni opera nella risposta alle emergenze in tutto il mondo, ha inviato un team specializzato che fin da subito si è trovato a dover individuare e realizzare una varietà di attività psicosociali, ludiche e, successivamente, educative da proporre ai bambini e ragazzi ospiti delle tendopoli create dalla Protezione Civile per accogliere la popolazione rimasta priva delle abitazioni.

Gli Spazi a Misura di Bambino sono delle aree protette considerate prioritarie in emergenza dagli standard minimi INEE, applicate da varie organizzazioni internazionali, e costituiscono uno degli interventi programmatici di Save the Children mirati alla protezione dei bambini e degli adolescenti dal danno fisico e dal disagio psicosociale¹¹; il loro allestimento con-

¹⁰I Child Friendly Space, o Spazi a misura di bambino, sono delle aree protette riconosciute fondamentali dagli standard minimi INEE e applicate dalla maggior parte delle organizzazioni internazionali che si occupano della tutela dei minori in emergenza. Una definizione dettagliata di CFS viene fornita da World Vision nel documento: http://www.worldvision.org.uk/upload/pdf/What_is_a_Child_Friendly_Space.pdf

¹¹Il documento di Save the Children "Child Protection in Emergencies: Priorities, Principles and Practices" individua cinque priorità relative alla protezione da declinare poi in stretto riferimento al contesto specifico in cui si va ad operare: il diritto alla protezione dal danno fisico, il diritto alla protezione dalla sofferenza psicosociale, il diritto alla protezione dalla separazione familiare, il diritto alla protezione dal reclutamento in eserciti o gruppi armati e il diritto alla protezione dallo sfruttamento e dalla violenza.

tribuisce alla continuità dell'apprendimento e dello sviluppo dei bambini e dei ragazzi sia durante che dopo un'emergenza.

Le principali finalità e gli obiettivi dell'intervento realizzato da Save the Children attraverso l'allestimento dei quattro CFS sono stati:

- Promuovere anche in un contesto di emergenza il rispetto e la tutela dei diritti dell'infanzia e dell'adolescenza a partire dalla definizione di attività e dall'adozione di comportamenti e strategie finalizzate a proteggere i bambini e gli adolescenti, vittime particolari del terremoto;
- Favorire la partecipazione attiva, l'inclusione della comunità ed evitare atteggiamenti di chiusura e perdita di fiducia nel futuro o l'instaurarsi di logiche assistenziali, coinvolgendo fin da subito nella definizione e nella realizzazione delle attività tutti i principali attori: i bambini, le bambine, gli adolescenti, le loro famiglie, i responsabili presenti nelle tendopoli, quali ad esempio referenti per la cucina e la mensa, capi campo, etc.;
- Offrire ai bambini opportunità di crescere, apprendere, giocare e costruire/rafforzare la resilienza dopo un'emergenza o una crisi, o durante un'emergenza prolungata;
- Creare opportunità che consentissero ai bambini, ai ragazzi e alle ragazze di sperimentare forme cooperative di socializzazione o di ricostruire relazioni affettive tra pari e con gli adulti, inevitabilmente venutesi a modificare a causa degli eventi traumatici.

Si è dunque cercato il più possibile non tanto di occupare il tempo dei bambini e degli adolescenti, diventato molto più ampio e vuoto con l'assenza della scuola e poche opportunità offerte dalla vita nella tendopoli, quanto di individuare, anche con il loro contributo, quelle attività che più potessero metterli in grado di recuperare o di scoprire competenze e abilità preesistenti, ma al momento difficili da mettere in atto, per via

del terremoto e della situazione di emergenza e di precarietà venutasi a creare.

I CFS, o Spazi a Misura di Bambino, sono stati aperti tutti i giorni da Aprile a Ottobre; al loro interno, a seconda della fascia di età degli operatori locali, appositamente selezionati e rapidamente formati da Save the Children, hanno organizzato diverse attività di tipo psicosociale e ludico-educative, che favorissero il recupero da parte dei bambini e degli adolescenti, ma anche che permettessero loro di partecipare attivamente alla definizione e alla gestione del proprio tempo libero. La metodologia utilizzata, oltre a far riferimento agli standard adottati da Save the Children in situazioni di emergenza, si è attenuta a quanto definito dalla Convenzione dei Diritti dell'Infanzia e dell'Adolescenza; in particolare, si è cercato di proporre attività, giochi e situazioni che facilitassero l'espressione da parte di tutti, l'inclusione e il rispetto delle specificità di ognuno, la protezione, lo sviluppo di relazioni cooperative piuttosto che di competizione.

Nella programmazione delle diverse attività e dei giochi da proporre ai bambini e agli adolescenti, inoltre, si è tenuto in considerazione il variare delle fasi specifiche dei tempi dell'emergenza.

I bambini e i ragazzi reagiscono, infatti, in modo diverso con il passare del tempo e possono presentare bisogni, desideri, necessità man mano differenti, per i quali devono essere sostenuti attraverso modalità e proposte adeguate e specifiche: dall'offrire rassicurazione e conforto (prima assistenza psicologica), favorendo la creazione di rituali di elaborazione degli eventi dolorosi, al progressivo coinvolgimento dei bambini nell'ideazione di attività da svolgere negli Spazi a Misura di Bambino.

A partire dalla metà del mese di maggio 2009, e poi in modo progressivo, all'interno degli Spazi a Misura di Bambino gli

operatori hanno proposto attività sempre più strutturate, ma di tipo diverso: attività sportive, culturali, di comunicazione ed immaginative, attività creative e manuali. Attenzione è stata anche data all'alternanza tra momenti di gioco più strutturati e momenti più liberi, gestiti in autonomia dai partecipanti.

Nel corso dei mesi, bambini e ragazzi hanno potuto partecipare a laboratori creativo-manuali, alla realizzazione di spettacoli teatrali e musical, che hanno coinvolto anche gli adulti residenti nelle tendopoli; hanno partecipato ad un laboratorio di fotografia le cui immagini, scattate in tutti e quattro i campi in cui era presente Save the Children, hanno dato luogo ad una mostra fotografica; hanno dato vita a laboratori di cucina finalizzati alla preparazione della merenda e alla valorizzazione delle tradizioni e della cultura locale; hanno partecipato a cineforum, ad attività sportive e di movimento, a gite ed uscite realizzate al di fuori dei campi.

Nel campo di Paganica sono stati anche “ri-costruiti” dei giochi da tavolo, come il “Monopoli” e il “Gioco dell’Oca”: i ragazzi li hanno rivisitati, modificando i personaggi, le prove da superare, i luoghi tradizionali, sostituendoli con altri più aderenti alla vita quotidiana della tendopoli. Ne sono derivati il “Tendopoli” e il “Gioco dell’Oca-mpo”.

Dai focus group realizzati a metà luglio con i genitori e con i bambini/adolescenti sono emerse le seguenti osservazioni: «*Agli occhi delle famiglie della comunità lo Spazio e gli operatori rappresentano un punto di riferimento importante e sicuro a cui affidare i figli, dove i bambini hanno imparato a socializzare. Sono particolarmente soddisfatti delle attività in piscina, delle letture, del ricamo, del fatto che i bambini abbiano qui imparato il rispetto delle regole. I bambini descrivono lo Spazio come spazioso, bello, divertente e che permette di sconfiggere la noia, anche quando è brutto tempo. Le attività più apprezzate sono quelle all'aria aperta come la piscina e il frisbee. Gli adolescenti sono contenti dello Spazio (“meno male che c'è”, “è stato giusto crearlo”): riconoscono il fatto che le attività organizzate hanno diminuito la*

sensazione di solitudine e hanno creato momenti di distrazione dalle sensazioni negative; apprezzano l'opportunità di un luogo d'incontro con gli amici, le passeggiate e la piscina».

Ad Ottobre, per condurre una valutazione di quanto realizzato Save the Children ha condotto altre interviste con i gruppi di adolescenti; alla domanda: Qual è stato il cambiamento più significativo nella tua vita che potresti attribuire al progetto, alle attività dei CFS? *Alcune delle risposte date sono state le seguenti: «Grazie a voi ho capito tante cose che mi avete insegnato»; «Sono cambiate tante cose, gli amici, sono più felice»; «Vedere le cose sotto più punti di vista, condividere le opinioni»; «Gli amici, avere imparato qualcosa che mi piace, aver imparato tante cose con il musical»; «Tanti, diciamo che è stato tutto un cambiamento». «Mi ha aiutato a fidarmi di più delle persone»; «Sì, voi mi avete dato una mano in tutto, mi avete aiutato a decidere per la scuola».*

A conclusione del progetto, grazie al contributo degli operatori che hanno gestito gli Spazi a Misura di Bambino e allo staff impegnato nel progetto, Save the Children ha prodotto un manuale operativo, all'interno del quale sono tracciate delle linee guida utili a coloro che si trovassero a dover realizzare attività rivolte a bambini e ad adolescenti in una situazione di emergenza. Vengono, inoltre, descritte le proposte che più hanno avuto successo con i bambini e i ragazzi nei campi¹².

L'approccio partecipativo in emergenza. L'esperienza all'Aquila¹³

L'approccio adottato nella realizzazione dei CFS è stato di tipo partecipativo e non assistenziale, nella convinzione che

¹²*L'esperienza di Save the Children a L'Aquila. Aprile-Ottobre 2009. Manuale operativo per realizzare attività educative e psicosociali in situazione di emergenza nazionale, Save the Children, 2010.*

¹³I. Biemmi, *Tu Partecipi io Partecipo. Un'analisi dei metodi di lavoro e delle buone pratiche di partecipazione di bambini e adolescenti realizzate da Save the Children Italia*, 2010.

in questo modo l'intervento stesso potesse avere una maggiore efficacia e sostenibilità nel medio e lungo periodo. Le attività sono state articolate in linea con l'approccio partecipativo definito dall'INEE (Inter-agency Network for Education in Emergencies)¹⁴ per gli interventi di emergenza, che tra gli standard minimi inserisce la partecipazione. Nello specifico, con l'intenzione quindi di favorire la partecipazione sia a livello progettuale che nella realizzazione delle attività con i bambini e gli adolescenti, si è scelto di:

- Realizzare momenti formativi per lo staff locale coinvolto nel progetto, al fine di condividere obiettivi e metodologie, ma anche conoscenze riguardo al contesto, per adattare la procedura definita e sperimentata da Save the Children International alle specificità locali; avere momenti di confronto con lo staff locale per progettare e discutere l'intervento;
- Coinvolgere durante la settimana bambini e adolescenti nella discussione e nella definizione delle attività da realizzare e a loro dedicate, dando modo così di esprimersi e di portare le proprie esigenze legate al vissuto del terremoto e di dare voce agli interessi e alle curiosità non direttamente riconducibili al trauma e a quella specifica esperienza;
- Realizzare incontri periodici con gli adulti e in particolar modo con i genitori, al fine di condividere informazioni relativamente agli obiettivi, alle attività e ai bisogni e ai risultati dell'intervento realizzato nei singoli campi;
- Stabilire e mantenere relazioni con referenti della comunità locale e in particolar modo con i referenti del campo e delle istituzioni che all'interno di questi gestivano specifiche attività o che si occupavano di specifici ambiti;

¹⁴<http://www.ineesite.org>

- Realizzare momenti di valutazione con lo staff e con i destinatari diretti e indiretti dell'intervento al fine di conoscere e condividere punti di vista, criticità, elementi di forza, suggerimenti operativi;
- Condividere il più possibile e a vari livelli (destinatari, staff sul campo, staff di progetto) le informazioni e i materiali prodotti nel corso dell'intervento, anche grazie a un lavoro di raccolta ed elaborazione che permettesse a tutti di dare voce al proprio vissuto, di raccontare la propria esperienza, di socializzare buone pratiche¹⁵.

Interventi educativi formali e informali in post-emergenza

Nella fase post emergenza, in genere, le attività scolastiche ed extrascolastiche faticano a riattivarsi, la normalità della vita è ancora lontana, gli edifici scolastici non ancora ricostruiti, continuano ad essere provvisori. Le relazioni tra le persone sono perdute e modificate a causa del forzato spostamento in abitazioni provvisorie, spesso lontane dalla casa d'origine.

E' importante, quindi, che, nella fase successiva all'emergenza, vengano considerati sia interventi educativi formali che informali che proseguano in ambito scolastico, dando la possibilità a bambini e adolescenti di affiancare alle normali attività curricolari percorsi in supporto all'evento catastrofico vissuto, e che vengano identificati dei luoghi di aggregazione per bambini e adolescenti. Nei piani di ricostruzione, andrebbe pianificata dall'inizio la presenza di aree di aggregazione o spazi per favorire l'incontro e la socializzazione e nei quali si possano svolgere attività ludico ricreative.

¹⁵*Racconti dalla tenda. Emergenza Abruzzo: la voce dei ragazzi del campo Ex-italtel 1*, Save the Children Italia Onlus, 2010.

Interventi educativi nelle scuole aquilane

Nella fase successiva all'emergenza, e in concomitanza con l'apertura dell'anno scolastico 2009-2010, sono stati programmati degli interventi in scuole di ogni ordine e grado, per fornire un pacchetto di percorsi formativi articolati su rielaborazione e narrazione del vissuto secondo modalità e linguaggi diversi. I moduli laboratoriali mirati sia a sostegno delle attività curriculari sia delle esigenze e interessi in ambito extrascolastico sono stati proposti come POF (Piano di Orientamento Formativo) ponendosi i seguenti obiettivi:

- Supporto al personale docente, potenziando la professionalità utilizzando l'esperienza maturata nella gestione della prima fase di emergenza a partire dalle criticità rilevate e rafforzando metodologie di lavoro atte a sostenere i bambini in situazioni di emergenza e nella fase meno acuta di medio e lungo periodo;
- Supporto a bambini e adolescenti nel ritorno a una situazione di normalità, attraverso la promozione di percorsi formativi che hanno favorito occasioni di partecipazione ed espressione su tematiche opportunamente scelte e condivise, potenziando le loro capacità di rielaborazione individuale e collettiva in merito alla realtà che li circonda.

La metodologia adottata considera i bambini soggetti attivi dell'attuazione dei loro diritti allo sviluppo quali: istruzione, gioco, tempo libero, partecipazione, vivere in contesti atti a favorirli.

Strutturare le proposte intorno al principio di partecipazione significa favorire la piena espressione delle competenze dei ragazzi rendendoli protagonisti attivi di ciascun laboratorio e della loro crescita individuale.

La metodologia prevede un approccio centrato sui diritti e considera i bambini e le bambine, i ragazzi e le ragazze soggetti attivi della loro attuazione.

Le proposte laboratoriali sono basate sul principio di partecipazione, che vuole favorire l'espressione delle competenze dei ragazzi e delle ragazze, e li rende protagonisti delle attività.

Per questo motivo, le attività di laboratorio non propongono interventi di formazione frontale, ma situazioni dove il formatore gestisce le tecniche e fornisce stimoli di contenuto al fine di agevolare e stimolare la riflessione e la condivisione.

L'approccio metodologico si struttura attraverso una multidisciplinarietà e interdisciplinarietà dell'offerta formativa, così da essere in grado di costruire attività che sappiano elasticamente adattarsi e rispondere alle sollecitazioni provenienti dal gruppo classe.

Per quanto riguarda le attività formative rivolte ai docenti, l'approccio socio-costruttivista costituisce il contenitore metodologico e di indirizzo delle attività.

Questo approccio propone un'educazione costruita insieme tra docenti e alunni, che mette al centro del processo educativo l'alunno, con cui viene costruita la conoscenza sulla base delle sue conoscenze pregresse.

In Abruzzo questo si è realizzato nella costruzione di percorsi scaturiti dalle stesse esperienze dei ragazzi, dalle loro riflessioni sui vissuti e sulla produzione di immagini, dei rapporti con la propria realtà di appartenenza e con la rete di solidarietà sviluppata in seguito all'evento del terremoto.

La proposta formativa è stata articolata in due anni, iniziando con il progetto "Ricostruiamo la scuola con IKEA 2009-2010", seguito dal progetto "L'AquilAltra", che risponde alle nuove esigenze e ai nuovi bisogni espressi dal mondo della scuola ad oltre un anno e mezzo dal terremoto.

Alcuni esempi di attività

Le città invisibili

Il laboratorio prende spunto dal romanzo di Italo Calvino, *Le città invisibili*. Marco Polo racconta all'Imperatore le meraviglie delle città del suo regno. Un regno fatto di cose materiali e immateriali: memorie, relazioni, desideri. Le città di Ersilia (relazioni), Eufemia (memoria), Fedora (desideri) sono state costruite e raccontate nei laboratori con i ragazzi e le ragazze. Al termine dei percorsi la città de L'Aquila – distrutta - è stata immaginata e ricostruita con la partecipazione di tutti gli studenti.

Radio "Good morning L'Aquila" (Utilizzo del linguaggio giornalistico per raccontare e raccontarsi)

Nel laboratorio i docenti acquisiscono conoscenze e competenze per coordinare una redazione radiofonica e progettare e creare un canale audio/televisivo per la loro scuola: con la conoscenza di una radio o di una TV sul web sia nella forma on demand che nella forma in diretta; con l'utilizzazione di una consolle di registrazione (in remoto) per la produzione di una trasmissione radiofonica o televisiva; con la progettazione di una redazione radiofonica/televisiva; con la produzione di un file audio (mp3) e la produzione di un file video dalla telecamera.

La Radio è ospitata all'interno dello spazio telematico della piattaforma di formazione (www.sc-formazione.it), già esistente, denominato BlogEs (<http://www.blog-eas.net/blog/>) può quindi essere ascoltata/guardata collegandosi in rete.

L'attività di "Good morning L'Aquila" consente ai ragazzi e alle ragazze di esercitare il diritto alla partecipazione e il diritto ad esprimere le proprie opinioni e i propri punti di vista. Utilizzare, dunque, le Nuove Tecnologie Digitali per consentire agli studenti di esercitare il diritto alla partecipazione, il diritto alla cittadinanza digitale e di sviluppare nuove conoscenze e nuove competenze in ordine ai nuovi linguaggi e ai nuovi media in una situazione straordinaria come quella del dopo terremoto.

"Good morning L'Aquila" raccoglie le produzioni giornalistiche dei ragazzi che, realizzate con modi e con tecnologie diverse, vanno a costituire spazi On demand, oppure in Diretta della radio stessa.

Nella logica della continuità: dagli Spazi a Misura di Bambino (CFS) ai centri aggregativi (CAG) ed altri servizi sul territorio. Un progetto pilota di Save the Children

A partire dall'esperienza vissuta, dalle competenze acquisite e dalle relazioni positive instauratesi nei campi tra gli operatori, i bambini e i ragazzi, e dal constatare che ci sarebbe stato bisogno anche nei mesi successivi di un luogo a disposizione dei più giovani che fungesse ancora da punto di riferimento, da spazio di aggregazione in cui ritrovarsi e proseguire alcune

delle attività proposte nei mesi dell'emergenza, Save the Children ha scelto di sviluppare un progetto di capacity building e di start up che portasse alla costituzione di un'associazione locale in grado di realizzare attività a favore dell'infanzia e dell'adolescenza.

In questo modo l'organizzazione ha voluto rispondere alle paure e ai desideri espressi dai ragazzi che frequentavano gli Spazi a Misura di Bambino e che temevano di ritrovarsi sperduti e nuovamente privi di un luogo nel quale incontrarsi, ma anche a quelle dei genitori che si sono più volte dichiarati preoccupati rispetto alle possibilità educative e ricreative che la città avrebbe potuto offrire ai propri figli dopo il terremoto.

Il progetto si è sviluppato con l'avvio della formazione e dell'accompagnamento del gruppo di operatori già coinvolti nelle attività degli Spazi a Misura di Bambino, al fine di costituire un'associazione.

Contemporaneamente, proprio per approfondire gli obiettivi su cui lavorare, durante la formazione sono stati introdotti concetti e strumenti legati alla progettazione, all'organizzazione dei compiti, all'importanza delle partnership e del lavoro di rete. Il progetto è proseguito con la ricerca dei luoghi nei quali aprire dei piccoli centri di aggregazione (CAG) e definizione degli accordi affinché si potessero avviare le attività con i bambini e con gli adolescenti il prima possibile.

Alla fine del percorso sono stati aperti due centri di aggregazione: il CAG "Peter Pan" a Pizzoli, con il sostegno della Cooperativa Aurora e del Comune, e il CAG "Alla ri.scossa" a Paganica, presso la struttura gestita dall'Associazione BibliPaganica. Laboratorio di fiabe, decoupage, cineforum, bricolage, teatro, recycling-gioco, sono alcune delle principali attività portate avanti all'interno delle due strutture, aperte a bambini e ragazzi dai 3 ai 18 anni.

Raccomandazioni per interventi in emergenza e post emergenza

Alla luce di quanto esposto in precedenza e in base all'esperienza maturata, Save the Children raccomanda di:

- Avvalersi di uno staff composto da persone che abbiano esperienza di lavoro con bambini e adolescenti e che abbiano competenze multidisciplinari (es. psicologi, educatori, docenti, animatori etc.);
- Individuare le risorse e le modalità più efficaci, dato il contesto di emergenza, i tempi e le risorse a disposizione, per condividere con lo staff una metodologia specifica dell'organizzazione, evidenziando in particolare l'approccio partecipativo e fondato sui principi e sui diritti della Convenzione ONU sui diritti dell'Infanzia e dell'Adolescenza;
- Individuare tutti gli attori presenti e definire possibili partenariati che consentano di ampliare l'intervento e di focalizzare l'attenzione sulla componente psicosociale ed educativa, potendo riferire ad altre strutture, quali ad esempio l'ASL, servizi sociali ecc. la gestione di tutti quegli aspetti più propriamente psicologici o sociali innescati o acuitisi dall'emergenza;
- Individuare le modalità e gli strumenti per adattare l'approccio, gli standard e i contenuti dell'intervento alla specificità locale, coinvolgendo il più possibile i destinatari stessi (bambini, ragazzi e adulti di riferimento), affinché possano sentirsi partecipi di quando predisposto e condiderne le responsabilità secondo una logica partecipativa e non assistenzialistica e in vista di una maggiore sostenibilità;
- Facilitare il più possibile lo scambio delle informazioni relative al modificarsi del contesto in cui si opera e/o all'intervento in atto, sia tra staff di progetto e organizzazione, sia tra staff e destinatari, sia verso altri attori della comunità al fine

di poter adattare e modificare l'intervento stesso coerentemente con i bisogni e le necessità portate dai vari soggetti coinvolti;

- Sostenere investimenti di lungo periodo sulla qualità della formazione agli insegnanti su tematiche quali: supporto psicologico, gestioni di classi numerose, apprendimento attivo.

Sviluppare una cultura della sicurezza e prevenzione dei rischi da calamità naturali

L'educazione e le scuole non sono soltanto una risposta fondamentale alle conseguenze delle catastrofi: esse sono anche decisive nel prevenire le emergenze. Il Codice di Condotta della Federazione Internazionale della Croce Rossa e della Mezzaluna Rossa stabilisce che «l'aiuto umanitario deve mirare alla riduzione dei rischi di un disastro futuro allo stesso modo in cui deve rispondere ai bisogni di base¹⁶».

«Le catastrofi si possono evitare. E' possibile ridurre i rischi e limitare le conseguenze, ad esempio affrontando le cause della vulnerabilità della popolazione e aumentando la loro capacità di farvi fronte.

Grazie ad un efficace programma di Riduzione del Rischio da Catastrofe (RRC) è possibile ridurre la perdita di vite umane e di beni. Da alcuni studi emerge che per ogni dollaro investito nella RRC se ne possono guadagnare due-quattro in termini di conseguenze di catastrofi evitate o attenuate¹⁷.

Le esperienze passate hanno dimostrato che l'inadeguatezza di conoscenza e informazione sui rischi di catastrofi naturali provocano gravi danni sulla popolazione nell'immediato e con conseguenze di lunga durata.

Secondo la strategia internazionale per la riduzione dei

¹⁶www.ifrc.org

¹⁷*Reducing the risk of disaster*, DIFID, 2006.

disastri delle Nazioni Unite (International Strategy for Disaster Reduction – ISDR), la Riduzione del Rischio di Catastrofi (RRC) consiste in azioni volte a ridurre il rischio di catastrofi e attenuare le conseguenze negative di rischi naturali attraverso iniziative sistematiche di analisi e gestione delle cause delle catastrofi, anche mediante la prevenzione dei rischi, la riduzione della vulnerabilità socioeconomica ai rischi e una migliore preparazione a fronteggiare situazioni critiche.

La necessità di programmi di prevenzione e riduzione del rischio da catastrofi naturali è stata siglata da 168 Governi nel 2005 in base all'Accordo di Hyogo che prevede un piano decennale di azioni prioritarie affinché le comunità raggiungano un grado di preparazione adeguato e resilienza.

L'Italia, paese firmatario, ha ospitato l'incontro Hyogo Framework for Action 2005-2015: launch of the Mid-Term Review Report and Disaster Risk Reduction in South Eastern Europe and in the Mediterrean il 9 marzo 2011.

L'Italia ha aderito a tutte e cinque le priorità stabilite dal quadro d'azione di Hyogo (Hyogo Framework for Action): prevenire e conoscere il rischio, costruire conoscenza e consapevolezza, ridurre il rischio e fornire una risposta efficace all'emergenza.

I sindaci di Roma e Firenze hanno sottoscritto la campagna ISDR "Making Cities Resilient: My city is getting ready!", Campagna "Città Resilienti", che mira a potenziare la capacità di risposta ai disastri a livello locale. Roma e Firenze si aggiungono oggi ad Ancona e Venezia¹⁸.

¹⁸http://www.protezionecivile.it/jcms/it/view_new.wp?jsessionid=F2AB3596D611290EAAF5C8C6217D24E5?contentId=NEW23298

Realizzazione del quadro d'azione di Hyogo 2005-2015

Questo accordo rappresenta il primo riconoscimento su scala globale che la RRC è parte fondamentale dello sviluppo di tutte le nazioni. Si basa sul concetto che le catastrofi minano lo sviluppo e compromettono il conseguimento degli obiettivi di sviluppo.

Le cinque priorità del quadro d'azione di Hyogo:

- Garantire che la RRC costituisca una priorità nazionale e locale con una solida base istituzionale per l'attuazione;
- Individuare, valutare e controllare i rischi da catastrofe e potenziare i sistemi di allarme rapido;
- Utilizzare le conoscenze, le innovazioni e l'istruzione per creare una cultura di sicurezza e capacità di recupero a tutti i livelli;
- **Ridurre i fattori di rischio alla base;**
- Potenziare la preparazione alle catastrofi per garantire un intervento efficace a tutti i livelli.

Nel dettaglio le priorità del punto 3 intendono:

- Utilizzare le conoscenze, le innovazioni e l'istruzione per creare una cultura di sicurezza e capacità di recupero a tutti i livelli;
- Diffondere informazioni sui rischi;
- Adottare e utilizzare una terminologia standard adeguata;
- Includere la RRC nei curricula educativi e nell'educazione informale;
- Promuovere la ricerca scientifica;
- Promuovere e sensibilizzare l'opinione pubblica a una cultura della sicurezza.

E' importante quindi considerare come obiettivo lo sviluppo di una cultura della sicurezza, della prevenzione dei rischi e della sostenibilità, consolidandone i diritti alla cittadinanza attiva della comunità.

E' altresì provato che una corretta informazione preventiva salva le vite e rafforza la resilienza della comunità nel superamento del trauma da catastrofe. L'educazione è il mezzo principale per diffondere una cultura di prevenzione rivolta alle comunità e alle generazioni future in tutti gli ambiti¹⁹.

¹⁹*Reducing Risks, saving lives*. Save the Children International 2009.

Cosa significa/in cosa consiste la preparazione alla riduzione dei rischi da calamità naturale (RRC):

Attività di prevenzione (*Preparedness activities*): iniziative di informazione e attività formative al fine di attivare scelte e comportamenti di prevenzione e riduzione dei rischi. E' un processo continuo di pianificazione, organizzazione, esercitazione, valutazione e miglioramento di attività che si pongono come obiettivo un efficace coordinamento e la messa a punto di sistemi di prevenzione, protezione e risposta alle catastrofi. Consiste nella divulgazione di informazioni scientifiche tali da consentire una conoscenza del territorio e dei rischi naturali, della conoscenza da parte della comunità di piani di emergenza, mappatura delle aree a rischio ed eventuali piani di evacuazione/sviluppo e come farne fronte, punti di ritrovo per rifornimenti e logistica. Ad esempio in questa sezione rientra la formazione di personale che lavorerà con bambini (medici, psicologi, insegnanti) durante la risposta all'emergenza.

Attività di allarme rapido (*Early warning activities*): è un sistema di allerta che avverte la popolazione dell'imminente catastrofe. Non sempre è possibile prevedere la calamità, date le caratteristiche dell'evento stesso, ma in determinati casi quali ad esempio emergenze atmosferiche e alcuni tipi di disastri geologici la messa a punto di un servizio di allerta (es. messaggi sms) può fornire il tempo necessario per mettersi in salvo. In questo ambito sono importanti i programmi educativi per insegnare ai cittadini come riconoscere un avviso o cosa fare se un messaggio di avviso viene trasmesso.

Attività di mitigazione (*Mitigation activities*): tentativi di individuare le aree a rischio e proporre soluzioni preventive per minimizzare i danni in caso di emergenza. Possono essere di tipo strutturale (es. soluzioni tecnologiche come argini di alluvione) o non strutturali (es. legislazione, pianificazione dell'utilizzo del territorio, assicurazioni). Mappatura di scuole costruite in zone a rischio e relativa messa in sicurezza.

Come dimostra l'esperienza internazionale di Save the Children in numerosi Paesi soggetti a disastri, le scuole possono giocare un ruolo fondamentale nella RRC offrendo formazione e coinvolgendo i bambini nella progettazione di strategie locali per ridurre i rischi e le conseguenze di disastri futuri. Si tratta di un tema di crescente importanza, anche alla luce della prospettiva di aumento del numero di crisi a seguito dei cambiamenti climatici.

In questo contesto, la Riduzione del Rischio di Catastrofi è destinata a diventare sempre più importante ed il ruolo che l'educazione può giocare nella protezione dei bambini non deve essere sottovalutato.

La proposta di Save the Children: Child Led Disaster Risk Reduction²⁰

«... le catastrofi sono eventi traumatici per gli adulti e possono esserlo altrettanto per i bambini. Paura, confusione e ansietà pur essendo reazioni normali in seguito a quanto vissuto possono avere effetti devastanti nel lungo periodo... maggiormente quando percepiscono il disagio emotivo dei genitori. Con un supporto appropriato, i bambini possono sviluppare le capacità e la resilienza necessaria a superare gli eventi traumatici. I bambini possono riacquistare il senso di sicurezza e affrontare le situazioni traumatiche da catastrofe se possono sentirsi informati e partecipi del processo di cambiamento...» (David Markenson, Sally Reynolds, *Mental health Vulnerabilities and development of Resiliency*, The American Academy of Pediatrics Journal, Vol. 117, N. 2 February 2006).

Save the Children, ritenendo che tutti i bambini sono cittadini attivi e debbano partecipare nei processi decisionali rilevanti alla protezione e salvaguardia del loro benessere, ha sviluppato un modello attraverso il quale i bambini sono promotori di programmi di preparazione alla riduzione dei rischi, e al tempo stesso li conducono divulgandoli alla comunità.

Questo approccio viene chiamato Child Led Disaster Risk Reduction²¹ ed è centrato sui bambini quali attori principali in grado di trasmettere e diffondere informazioni tali da mini-

²⁰*Child Led Disaster Risk Reduction. A practical Guide*, Save the Children Sweden, 2007.

²¹In seguito allo Tsunami del 2004, Save the Children ha fissato come una delle principali priorità lo sviluppo di un programma di riduzione del rischio da catastrofe centrato sulla partecipazione dei bambini. Nel 2006 viene formulato il framework del CLDRR come documento di raccolta di linee guida da adattare a seconda dei contesti in cui si opera.

mizzare l'impatto negativo dei disastri naturali sulla loro comunità. La partecipazione dei bambini viene inclusa in tutte le fasi dei programmi di prevenzione ovvero, dalla fattibilità, pianificazione, implementazione monitoraggio e valutazione, e basata sulla convenzione ONU dei diritti del fanciullo. Secondo Save the Children questa metodologia, adottata già in diversi paesi asiatici e americani per programmi di prevenzione, è funzionale per incrementare la resilienza e ridurre l'impatto dei disastri sui bambini e le loro comunità.

Gli obiettivi e i principi attuati hanno come cardine:

- I bambini sono gli attori principali attraverso i quali si svolge tutto il programma di RRC;
- Partecipazione attiva dei bambini in tutte le fasi: fattibilità, pianificazione, implementazione, monitoraggio e valutazione influenzando le politiche e la pratica;
- Coinvolgimento e responsabilità della comunità - la partecipazione degli adulti come supporto al lavoro dei bambini per garantire che il processo è basato sulla comunità;
- Principi dei diritti del fanciullo, includendo il superiore interesse, il diritto alla sopravvivenza e allo sviluppo, la partecipazione etica, la non discriminazione e inclusione;
- Mandato integrato, integrando CLDRR sia in programmi di emergenza che di sviluppo;
- Integrare sistematicamente CLDRR attraverso i partenariati con la società civile, organizzazioni locali ed enti locali per garantirne la sostenibilità.

Un esempio di attività di analisi del rischio fatta da Save the Children Thailand

OBIETTIVO: fornire ai bambini strumenti adeguati per l'analisi del rischio da catastrofe naturale

SVOLGIMENTO: Il facilitatore divide i bambini in tre gruppi di lavoro assegnando a ciascuno un tema e delle domande su cui aprire dei dibattiti.

'immagina che la tua città venga colpita da':

- Gruppo A uno tsunami
 - Gruppo B un'inondazione
 - Gruppo C una frana
- a. Quali ritieni potrebbero essere i rischi maggiori per il tuo villaggio/ città?
 - b. Quali sarebbero i gruppi della popolazione potenzialmente più a rischio?
 - c. Cosa dovrebbe fare la tua comunità per essere preparata in modo che i danni della catastrofe possano essere minimi?

A ogni gruppo viene quindi chiesto di discutere per circa 20 minuti e scrivere le risposte su un foglio, presentare il proprio lavoro mentre il facilitatore incoraggia i bambini a dettagliare le vulnerabilità individuate.

Child Led Disaster Risk reduction (CLDRR) Program framework

OBIETTIVO: rafforzare le capacità dei bambini in modo da fornire una conoscenza dei rischi provocati dai disastri naturali e renderli partecipi ed attivi nella promozione di misure preventive atte a ridurre gli effetti di una potenziale calamità naturale

1 ANALISI DEL CONTESTO

1a condurre analisi del territorio locale, regionale e nazionale per identificare le aree a rischio, programmi di prevenzione esistenti in considerazione delle misure/azioni rivolte alla protezione dei minori;

1b analizzare lo sviluppo di partenariati con i preposti enti locali e governativi al fine di rafforzare ed includere misure specifiche rivolte al coinvolgimento diretto dei bambini nella pianificazione e svolgimento di programmi di prevenzione;

1c analizzare lo sviluppo di partenariati con organizzazioni locali che promuovono la tutela dei bambini per promuovere azioni di prevenzione dei rischi;

1d collaborare con enti locali, istituzioni accademiche e scientifiche che si occupano di prevenzione affinché includano nei loro programmi azioni dirette al coinvolgimento dei bambini.

2 RAFFORZAMENTO DELLE CAPACITA' E SENSIBILIZZAZIONE

2a rafforzare le capacità del personale istituzionale che lavora con bambini (buone pratiche etc.);

2b rafforzare le capacità del personale coinvolto in azioni di prevenzione e risposta all'emergenza;

2c rafforzare le capacità del personale coinvolto sulla partecipazione e concetti di CLDRR;

2d rafforzare le capacità di bambini che verranno coinvolti nella conduzione di CLDRR su monitoraggio e valutazione dei programmi;

2e rafforzare le capacità e sensibilizzare il coinvolgimento di insegnanti, genitori e parte della comunità riguardo ai ruoli e aspettative in preparazione e risposta alle emergenze.

3 ATTIVITÀ

3a concetti e terminologia su prevenzione del rischio da spiegare considerando la fascia d'età dei bambini coinvolti e utilizzando un linguaggio appropriato e illustrando il ruolo che avranno nel progetto;

3b preparazione di piani di prevenzioni per identificare i rischi, vulnerabilità e misure preventive;

3c campagne di informazione condotte dai bambini, utilizzando vari media, per sensibilizzare la comunità;

3d campagne di sensibilizzazione per gruppi vulnerabili (dispersione scolastica, migranti ecc.);

3e identificare abilità per superare il disastro (primo soccorso);

3f far conoscere piani di evacuazione e periodicamente aggiornarli;

3g esercitare simulazioni;

3h stabilire dove necessario azioni di allerta preventiva identificando i ruoli;

3i identificare misure di mitigazione dei rischi;

3l integrare i curricula scolastici sulle tematiche della RRC.

4 MONITORAGGIO E VALUTAZIONE

4a coinvolgere i bambini nel condurre analisi del contesto sulla popolazione considerata individuando conoscenza, attitudini e comportamenti;

4b identificare e sviluppare indicatori di impatto che riflettono il cambiamento che si prevede di raggiungere con il programma CLDRR;

4c redigere assieme ai bambini il piano di monitoraggio e valutazione all'inizio del programma. Incorporare le valutazioni ottenute in eventuali programmi futuri;

4d coinvolgere i bambini nell'analisi di impatto del programma, valutazione finale ed esercizi di buone pratiche apprese;

4e sistematizzare e divulgare il lavoro fatto con la comunità, enti locali e organizzazioni;

5 ADVOCACY

5a identificare temi da portare all'advocacy relativi all'esperienza del programma;

5b identificare i rilevanti stakeholders per l'inclusione dei diritti dei fanciulli nei piani di preparazione e risposta all'emergenza.

Raccomandazioni

Nonostante che negli ultimi anni sia stata abbandonata l'impostazione imperniata essenzialmente sulla reazione alle catastrofi per concentrarsi sull'attuazione di strategie globali di RRC, l'adozione del Quadro d'azione di Hyogo 2005-2010 rimane la sfida di tradurre tutto ciò in azioni efficaci.

Si ritiene, pertanto, di considerare prioritarie le seguenti azioni:

- Le attività di prevenzione devono prevedere in modo sistematico il coinvolgimento dei minori negli ambienti scolastici e non;
- Integrare nei curricula scolastici il tema della prevenzione dei rischi da catastrofi;
- Prevedere programmi di prevenzione all'interno delle materie curriculari, definendo il target d'età e coinvolgimento della comunità;
- Definire percorsi di formazione con progettazione didattica e conseguente attività sulle tematiche delle catastrofi naturali, della sostenibilità, della prevenzione e protezione;
- Promuovere e realizzare attività di educazione alla gestione dell'emotività e del panico in caso di emergenza;
- Promuovere e realizzare moduli dedicati ai docenti per affrontare la tematica della preparazione e per la gestione in fase di risposta alle emergenze (gestione di classi numerose, ecc.).

Inoltre per quanto riguarda la messa in sicurezza degli edifici scolastici:

- Mappature delle esistenti strutture scolastiche nelle zone a rischio del territorio nazionale e revisione adeguata degli edifici;
- Definire piani trasparenti per la messa in sicurezza degli edifici scolastici che necessitano modifiche;
- Garantire la messa in sicurezza degli edifici scolastici esistenti;
- Costruzione dei nuovi edifici scolastici secondo le normative di sicurezza della zona (materiali di costruzione, ispezioni, mantenimento e monitoraggio);
- Definire all'interno di un quadro legislativo l'autorità competente al controllo e supervisione delle strutture scolastiche.

3. AREA “INTERVENTI SANITARI”

Paolo Calafiore

Pediatra, Associazione Pediatria per l’Emergenza Onlus

Premessa

Nei “Criteri di massima per l’organizzazione dei soccorsi sanitari nelle catastrofi” (Decreto pubblicato nella Gazzetta Ufficiale – serie generale – n. 81 del 6 aprile 2001), alla sezione “Evento catastrofico che travalica le potenzialità di risposta delle strutture locali”, viene indicato quanto segue:

«... L’articolazione degli interventi presuppone ... la conoscenza dei concetti fondamentali della medicina delle catastrofi, l’applicazione della “catena dei soccorsi sanitari”, l’entrata in funzione dei piani di emergenza intraospedaliera ...».

A tal proposito, è opportuno ribadire che l’esperienza internazionale ha ampiamente documentato che contemporaneamente, o anticipatamente ai soccorsi sanitari, è opportuno l’intervento di cospicui supporti tecnici per “urbanizzare” d’urgenza le aree colpite.

Fatti salvi i presupposti organizzativi e logistici a livello locale, in caso di disastro di ampie proporzioni sarà necessario un coordinamento delle seguenti risorse nazionali:

- Personale e mezzi della componente sanitaria delle Forze Armate (con Ospedali Campali, Navi Ospedale, Convogli Sanitari, ecc.) e delle Forze di Polizia;
- Personale e mezzi di colonne mobili predisposte da Regioni, Province Autonome, ecc.;
- Personale, mezzi e strutture mobili della Croce Rossa Italiana, dell’Associazione Nazionale delle Pubbliche Assistenze,

delle Misericordie d'Italia, dello S.M.O.M., altre Associazioni di volontariato, ecc.;

- Personale e mezzi delle strutture sanitarie campali accreditate;
- Personale, mezzi e strutture delle Unità Medico - Chirurgiche accreditate.

A questo proposito, fatti salvi gli infiniti presupposti di uniformità e linguaggi comuni, è opportuno comunque che si salvaguardino alcuni principi riguardo alle Unità impiegate sul campo. Esse devono possedere le seguenti caratteristiche:

- possibilità di mobilitazione in tempi brevissimi e completa autonomia di almeno 3 gg per lo svolgimento della funzione (materiali, farmaci, energia, ecc.) e per il supporto al personale ed ai mezzi (alimenti, acqua, abbigliamento, carburante, ecc.), presupponendo l'impiego su qualsiasi tipo di terreno ordinariamente prevedibile ed in qualsiasi contesto climatico nazionale;
- possibilità di usufruire di un idoneo sistema di tele - radio - comunicazioni che garantisca i collegamenti al di fuori del normale luogo di impiego;
- presupposti e dimensioni di "colonna mobile" (la singola ambulanza proveniente da un territorio esterno al teatro operativo, scoordinata e senza collegamenti radio, crea solo problemi);
- non penalizzare il territorio di provenienza (dove l'urgenza ordinaria deve continuare ad essere garantita);
- aver reso noto per tempo i dati di eventuale trasportabilità totale o parziale a bordo di elicotteri, navi, aerei, treni;
- aver reso noto la prestazione sanitaria complessivamente fornibile in termini anche di qualità/quantità (naturalmente proporzionale alle "figure" previste ed alle dotazioni).

Intervento territoriale

Nelle prime ore successive al disastro, la risposta sanitaria dovrà essere necessariamente gestita localmente, attraverso l'utilizzazione di risorse sanitarie coordinate dalla C.O. 118 competente o, se questa non è operativa, dalla Centrale destinata a svolgere funzione vicariante, secondo quanto prestabilito da un piano regionale.

E' indispensabile che le reti radio regionali del sistema 118 siano strutturate in modo tale da consentire comunicazioni anche in condizioni di emergenza.

La "catena straordinaria dei soccorsi sanitari" verrà allestita in un primo tempo secondo le modalità previste per catastrofi limitate e non appena possibile verrà integrata da altre strutture campali, quali le Unità Mobili Medico-chirurgiche (UMMC) e gli ospedali da campo.

L'UMMC, struttura intermedia tra la zona del disastro e gli ospedali da campo, in un contesto di vasto interessamento del territorio con coinvolgimento delle strutture ospedaliere fisse, è in linea di massima dotata di un'area accettazione, triage, sala operatoria, PS, astanteria e deve avere autosufficienza sotto il profilo sanitario e logistico di almeno 48 ore.

In attesa della costituzione dei COM, gli aiuti sanitari in personale e mezzi che giungeranno nell'area colpita potranno far riferimento all'ospedale più prossimo, dove è presumibile che affluiranno i feriti trasportati spontaneamente dai soccorritori.

Unità Mobili Medico Chirurgiche: Dispositivi di intervento composti da uomini e mezzi in grado di assicurare alle vittime della catastrofe un livello di cure intermedio tra il primo soccorso e il trattamento definitivo. Offrono la possibilità di effettuare interventi chirurgici di urgenza, assistenza intensivistica protratta per più ore e degenza di osservazione clinica.

Centro Medico di Evacuazione (CME): Dispositivo strutturale di trattamento sanitario delle vittime, che in genere viene attivato in caso di catastrofi coinvolgenti un territorio particolarmente esteso. E' localizzato lungo il percorso della Noria di Evacuazione (spostamenti delle ambulanze e degli altri mezzi di trasporto sanitario dal Punto Medico Avanzato -PMA- agli ospedali, e viceversa, per il ricovero ospedaliero delle vittime), per permettere di stabilizzare il trattamento dei feriti ed ottimizzare, su più ampia scala, l'utilizzazione delle risorse di trasporto sanitario e quelle di cura definitiva. Ad uno stesso CME possono afferire più PMA. E' sinonimo di Ospedale da Campo.

Ospedali da Campo: Dispositivi di intervento composti da uomini e mezzi in grado di assicurare alle vittime della catastrofe un livello di cure intermedio tra il primo soccorso e il trattamento definitivo. Offrono la possibilità di effettuare interventi chirurgici di urgenza, assistenza intensivistica protratta per più ore e degenza di osservazione clinica. Sono sinonimi di Centro Medico di Evacuazione.

Criteria tipici riconosciuti a livello internazionale per l'allestimento e l'operatività di un ospedale da campo sono:

1) FUNZIONALI:

- indipendente ed autonomo;
- autosufficiente in termini di logistica, telecomunicazioni, trattamenti sanitari e strumenti;
- capace di rapido impiego;
- modulabile in funzione delle immediate necessità e per un periodo specifico di utilizzo.

2) STRUTTURALI:

- può disporre di un numero variabile di tende e letti;
- è dotato di una sala operatoria (per emergenze), un laboratorio analisi di base, strumenti diagnostici tra cui Rx, ecografia.

3) PERSONALE:

- è dotata di personale sanitario proprio (ARES), che può rispondere a necessità specialistiche: urgenza, emergenza, ortopedia, chirurgia generale, anestesia, medicina generale, ginecologia e ostetricia, pediatria, psichiatria e psicologia, farmacia;

- può disporre dell'operato di funzionari tecnici regionali esperti e di personale afferente a diverse associazioni e gruppi di volontariato regionali, tra cui anche ANPAS e CRI, per garantire l'autosufficienza in termini logistici (montaggio e mantenimento in uso delle strutture campali, moduli bagno, cucine, trasporto anche sanitario) e di telecomunicazioni;
- autosufficiente per almeno 15 giorni.

Oggi i riferimenti per l'organizzazione di strutture campali sanitarie non possono prescindere dalle indicazioni fornite nei documenti redatti in seno all'istituzione del MECCANISMO EUROPEO di Protezione Civile (cfr. "COMMISSION DECISION of 20 December 2007, amending Decision 2004/277/EC, Euratom as regards rules for the implementation of Council", Decision 2007/779/EC, Euratom establishing a Community civil protection mechanism"), in cui viene fatto anche esplicito riferimento alle linee guida dell'OMS e della CRI internazionale.

Posti di Assistenza Socio-Sanitaria - PASS

I PASS rappresentano un concetto nuovo espresso dal Dipartimento Nazionale di Protezione Civile da circa due anni, e riguardano l'intervento sul luogo dell'evento di una serie di strutture e figure sanitarie che non sono di estrazione intensivista, bensì provengono da un'area internistica di secondo intervento che cercano di rappresentare in una situazione logistica diversa le necessità quotidiane della popolazione.

In generale, il funzionamento dei PASS segue i seguenti passi:

- I PASS arrivano completi di personale e logisticamente autonomi;
- Appena possibile inizierà a lavorarvi personale sanitario locale;
- Appena possibile si allacceranno alle reti di servizio locali.

CONFIGURAZIONE DEI PASS:

- Medico di Medicina Generale;
- Infermiere di Territorio;
- Assistente Sociale e Assistenza Socio-Sanitaria;
- Psicologo.

AREE SPECIALISTICHE PREVISTE NEI PASS:

- Pediatria;

- Ginecologia – Ostetricia;
- Odontoiatria;
- Farmacia;
- Altra specialistica ambulatoriale.

TIPOLOGIE DI IMPIEGO DEI PASS:

- In supporto e/o sostituzione all'erogazione dei servizi sanitari di base;
- Impiegabili presso Aree di Accoglienza e aree alberghiere per gli sfollati;
- Tempi di partenza adeguati, ma non tempestivi come i PMA;
- Fornire personale specializzato in base alle esigenze e/o richieste del territorio.

Triage di massa

Il triage di massa e l'organizzazione dei soccorsi in una maxiemergenza vengono definite sulla Gazzetta Ufficiale del 12/05/2001 n° 109 “Criteri di massima per l'organizzazione dei soccorsi sanitari nelle catastrofi” dalla Presidenza del Consiglio dei Ministri, il Dipartimento della Protezione Civile e il Servizio di Emergenza Sanitaria, e sulla Gazzetta Ufficiale del 17/04/2008 N°91 “Indirizzi operativi procedure maxi Emergenze: procedure e modulistica del triage sanitario nelle catastrofi” da una direttiva del Presidente del Consiglio dei Ministri.

Il TRIAGE è un processo di suddivisione dei pazienti in classi di gravità in base alle lesioni riportate e alle priorità di trattamento e/o evacuazione. Il triage è, quindi, una procedura sanitaria di tipo dinamico che consente di gestire le limitate risorse disponibili, al fine di ridurre al massimo la mortalità e la morbilità delle persone coinvolte nell'evento.

Essendo un atto sanitario, il triage deve essere documentato attraverso una SCHEDA che deve sempre seguire il pa-

ziente nelle varie fasi di trattamento, in modo da permettere la ricostruzione degli interventi effettuati su di esso. Ciò è a maggior ragione necessario in quanto la gestione del paziente in emergenza è affidata a più sanitari in diversi luoghi, essendo noto che il processo di valutazione dei soggetti coinvolti in una maxiemergenza si sviluppa lungo una sequenza di fasi di salvataggio fino al trattamento definitivo in ospedale. Il TRIAGE si svilupperà in ogni anello della catena dei soccorsi:

- sul SITO DELL'EVENTO (e/o area di raccolta);
- al PMA in entrata;
- al PMA in uscita;
- all'INGRESSO IN OSPEDALE.

Man mano che si procede dall'area del disastro verso le strutture sanitarie campali, le figure professionali che vengono schierate divengono sempre più qualificate e le risorse materiali impiegate maggiormente sofisticate dal punto di vista tecnologico; quindi l'aspettativa di una maggior qualità di assistenza, diagnosi e trattamento aumenta progressivamente.

SCHEDA SANITARIA DI MAXIEMERGENZA

Dovrà essere versatile e permettere di segnalare le condizioni del paziente anche in eventi eccezionali come quelli tipo NBCR. In tal caso, i dati da inserire potranno riguardare l'eventuale sostanza tossica riscontrata, il trattamento con antidoti e la decontaminazione effettuata.

Nel luogo dell'evento, il triage verrà eseguito con dispositivi che consentono l'immediata visualizzazione del codice colore e una iniziale identificazione della gravità del paziente più manovre salvavita; nelle fasi successive l'algoritmo del triage dovrà fornire informazioni sempre più complesse e dettagliate anche relativamente alle cure erogate.

Sulla base delle precedenti considerazioni, lo strumento operativo più efficace appare essere la scheda di triage, even-

tualmente integrata da dispositivi di diversa tipologia (bracciale, cartellino colore etc.), di rapida applicazione da parte di personale anche non sanitario e particolarmente pratici, soprattutto se utilizzati sul “cantiere” e in condizioni meteorologiche avverse.

Le caratteristiche della scheda e dei dispositivi (tags) dovranno rispondere a criteri di:

- facile visibilità;
- facilità di applicazione;
- tracciabilità del percorso della vittima;
- conoscenza e condivisione, almeno a livello regionale, da parte degli operatori dell'emergenza;
- resistenza ad eventuali agenti atmosferici e potenziali agenti lesivi;
- disponibilità in quantitativi adeguati su tutti i mezzi di soccorso.

Il dettaglio dei dati che dovranno essere indicati perché necessari ad accompagnare il paziente fino alla sede definitiva di trattamento sono:

- nome, cognome oppure una identificazione tipo numerico se è presente difficoltà alla compilazione dei dati anagrafici;
- età, sesso;
- indicazione della sede di recupero;
- dati cronologici dell'evento;
- modalità di evacuazione;
- codice-colore di gravità;
- nome dell'operatore compilatore.

La sezione clinica dei dati deve riguardare dati parametrici di valutazione e trattamento:

- parametri vitali;

- indici come GCS e RTS (versione da triage);
- incannulamento di vasi venosi;
- controllo delle emorragie;
- primo intervento su ferite ed ustioni;
- immobilizzazione di fratture;
- inserzioni di tubo endotracheale, sondino nasogastrico, catetere vescicale;
- esame obiettivo orientato al problema principale;
- somministrazione di liquidi, ossigeno, farmaci;
- destinazione.

E' fondamentale indicare la possibile evoluzione del codice colore e le procedure (rianimazione, decontaminazione, ecc.) eventualmente eseguite.

MODALITA' DI ATTUAZIONE DEL TRIAGE DI MASSA

Considerando che l'errore in medicina è dovuto nell'85% dei casi a problemi organizzativi e nel 15% dei casi ad errore umano, è fondamentale nei servizi di emergenza-urgenza, in cui le situazioni cliniche sono spesso imprevedibili e complesse, ridurre l'errore osservando una metodologia rigorosa.

Il triage è il primo strumento per una risposta appropriata nell'area emergenza-urgenza e l'attuazione rigorosa riduce il rischio e facilita tutto il percorso conseguente.

Il trriage in situazione ordinaria ha come obiettivo di individuare la priorità di trattamento tra un gruppo di pazienti e selezionarli secondo parametri costanti ed omogenei con metodo scientifico.

In condizioni normali tanto più è elevata la priorità, cioè la gravità del paziente, tanto più precocemente si dovrà curare. Arbitro di questo sistema è la valutazione clinica.

Il trriage negli eventi maggiori si applica nelle situazioni di incidenti di massa in cui gli standard convenzionali non possono essere applicati a tutte le vittime; è uno screening delle vittime

sulla base dei loro bisogni di trattamento e delle risorse disponibili. L'obiettivo è ottimizzare le cure per il maggior numero di lesionati salvabili.

Considerando la sproporzione fra il fabbisogno sanitario e le risorse immediatamente disponibili nel breve-medio periodo, non è possibile usare solo il criterio clinico per la determinazione della priorità di trattamento dei pazienti. Arbitro di questo sistema è la valutazione prognostica.

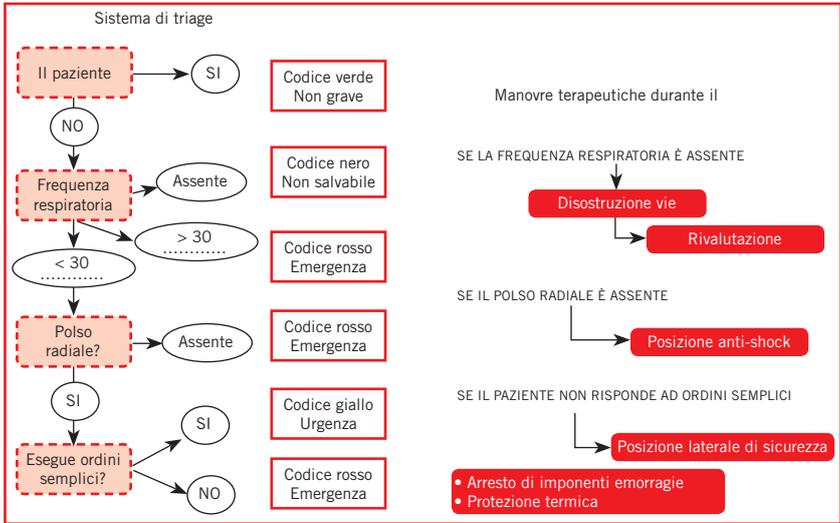
Il triage di massa deve categorizzare le vittime indicando il tipo di assistenza necessario in modo rapido ed essenziale. Questi concetti derivano dal triage di guerra, dove si valuta la necessità della maggioranza (i beni maggiori riservati al maggior numero di vittime) e si combinano le risorse con le necessità (i soldati che vanno a prendere un ferito devono tornare vivi). Uno dei più diffusi sistemi di triage al mondo concepito negli anni '80 dai vigili del fuoco californiani è il sistema START (Simple Triage and Rapid Treatment).

L'operazione è guidata da 4 domande: in 60 secondi vengono valutati coscienza, respiro e circolo, si attuano manovre salvavita come la disostruzione delle vie aeree e il tamponamento delle emorragie esterne, e si appongono cartellini o lacci colorati alla vittima. Nel triage di massa START le vittime vengono selezionate secondo 4 codici colore:

- codice verde: poco critico, evacuazione differibile;
- codice giallo: modicamente critico, evacuazione in breve tempo;
- codice rosso: molto critico, evacuazione prioritaria;
- codice nero: paziente deceduto, evacuato per ultimo.

Il codice blu identifica un paziente che presenta condizioni troppo gravi per essere soccorso con le risorse in quel momento disponibili; verrà soccorso per ultimo in attesa di aver evacuato tutti gli altri ed in attesa delle risorse necessarie. In alcuni paesi il codice nero viene integrato con il codice blu.

Le 2 figure successive indicano la flow chart del sistema START e le manovre terapeutiche messe in atto durante questa operazione.



TRIAGE PEDIATRICO DI MASSA

Dopo 20 anni dalla diffusione dei sistemi di triage di massa, si è sentita l'esigenza di realizzare sistemi di triage pediatrico. Dopo errori di valutazione, si è capito che non potevano essere utilizzate con i bambini le stesse metodologie usate per gli adulti.

Sebbene i bambini rispondono rapidamente agli interventi terapeutici, sono più suscettibili alle condizioni avverse e si aggravano rapidamente se non monitorizzati adeguatamente.

Ci sono differenze fisiologiche da considerare:

- le caratteristiche anatomiche e fisiologiche del bambino determinano un differente meccanismo di lesione;
- i ridotti volumi complessivi del sangue, anche in caso di apparenti perdite limitate, possono rivelarsi relativamente

importanti e vi è più facilità ad andare incontro allo shock ipovolemico;

- l'estesa superficie corporea in relazione alla massa corporea determina più facilmente dispersione di calore ed ipotermia in ambienti freddi e/o in caso di decontaminazione chimica o biologica;
- l'estesa superficie corporea porta più facilmente ad una rapida disidratazione;
- l'estesa superficie corporea e la cute meno cheratinizzata consentono maggior assorbimento di agenti biologici e chimici;
- in caso di incoscienza le vie aeree vengono più facilmente occluse dalla lingua, proporzionalmente più grande rispetto all'adulto;
- la rilevazione dei segni vitali risulta essere più problematica;
- in aggiunta alle ferite fisiche i traumi emozionali da separazione, in ambienti fortemente destrutturati, sono fattori importanti nell'ambito delle cure pediatriche.

Inoltre è da considerare che il triage pediatrico in un incidente maggiore può essere influenzato dallo stato emotivo del soccorritore. Può evidenziarsi una tendenza a "sovrastimare" la gravità del soggetto pediatrico, per compassione verso lo stesso, o per poca abitudine alla valutazione dei pazienti pediatrici. Il triage pediatrico di massa nasce dall'esigenza di ottimizzare l'efficacia dell'azione di triage a beneficio di tutte le vittime, per minimizzare la componente emozionale del triage pediatrico, fornendo concrete linee guida, basate su parametri fisiologici e per minimizzare l'impatto emozionale dovuto alla decisione di categorizzare un bambino "deceduto-non salvabile".

Il sistema Jump START

Il sistema di triage Jump START viene sviluppato nel 1995 dalla Dr.ssa Romig del Miami Children Hospital, modificato nel

2001, e diffuso nella sua versione definitiva nel 2002.

E' attualmente adottato e utilizzato in 28 Stati americani e in Canada. È in valutazione per l'adozione in Giappone, Germania, Svizzera, Repubblica Domenicana, Africa, Polinesia. E' incluso nei corsi PDLS e APLS.

I fondamenti logici di questo sistema si basano su alcune differenze sostanziali tra l'intervento sull'adulto e sul bambino.

Nell'adulto, esclusi i casi di ostruzione delle vie aeree, un problema respiratorio primario traumatico insorge solitamente a seguito di un grave problema circolatorio (o a gravissime lesioni craniche). Un adulto in stato di apnea, inoltre, generalmente ha già subito una serie di danni cardiaci (ipoperfusione, ipossia) tali da considerarlo "non salvabile" nel triage di massa.

Nel bambino spesso è vero il contrario: un grave problema circolatorio generalmente insorge a seguito di un grave problema respiratorio.

Per ragioni meccaniche (precarietà della funzione della muscolatura intercostale, inibizione dell'escursione del diaframma, ostruzione meccanica delle vie aeree), l'apnea può insorgere in tempi relativamente brevi, piuttosto che a seguito di un prolungato periodo di ipossia. Può quindi esserci un breve periodo di tempo nel quale il bambino è in apnea (o apnea intermittente), ma non è ancora senza polso, perché il cuore non è stato ancora esposto ad una prolungata ipossia. E' in questo periodo di tempo che il mantenimento della airway e una breve ventilazione, può stimolare la ripresa spontanea della respirazione.

L'analisi della frequenza respiratoria (basata sul parametro <30 o >30 atti respiratori al minuto) può portare a "sovrastimare" o "sottostimare" la classificazione del bambino, in funzione dello stesso. La valutazione del refill può non riflettere adeguatamente lo stato emodinamico periferico in ambiente

con basse temperature esterne. L'obbedire all'esecuzione di un comando può non essere un indicatore affidabile nella valutazione dello stato di coscienza nei bambini più piccoli.

Il sistema Jump START si utilizza nella fascia di età che va da 1 a 8 anni. Sotto un anno di età si utilizza ugualmente il protocollo Jump START ma i casi devono essere rivalutati.

Non essendo possibile la classificazione in base al parametro "cammina sì/no", se nessun criterio per la classificazione è soddisfatto, e non ci sono evidenti ferite esterne, essi possono essere classificati "verdi".

La fisiologia pediatrica (in particolare la pervietà delle vie aeree) è equiparabile a quella dell'adulto per i bambini con età approssimativa da 8 anni in poi.

Nel sistema Jump START si attuano 3 manovre salvavita: la disostruzione delle vie aeree, 5 ventilazioni di emergenza, il tamponamento delle emorragie.

Si procede con 5 domande essenziali:

- cammina?
- respira?
- frequenza respiratoria?
- il polso è presente?
- AVPU?

Sinteticamente, il sistema consiste in 4 semplici step valutativi che l'operatore triagista si pone con una metodologia sequenziale ed in base alle evidenze per definire il codice colore.

PRIMO STEP

- Vengono classificati tutti i soggetti che camminano come verdi;
- Vengono allontanati tutti i verdi verso una zona di raccolta sicura, dove verranno successivamente ri-analizzati in dettaglio e trattati (solo dopo aver trattato tutti i rossi e gialli);

- Farsi aiutare da eventuali verdi ad eseguire le manovre salvavita (airway, controllo emorragie, antishock).
- Eseguito il 1° step (raccolta dei codici verdi) si procede velocemente verso gli altri soggetti valutando RPM (respiration, pulse, mental status).

SECONDO STEP (R)

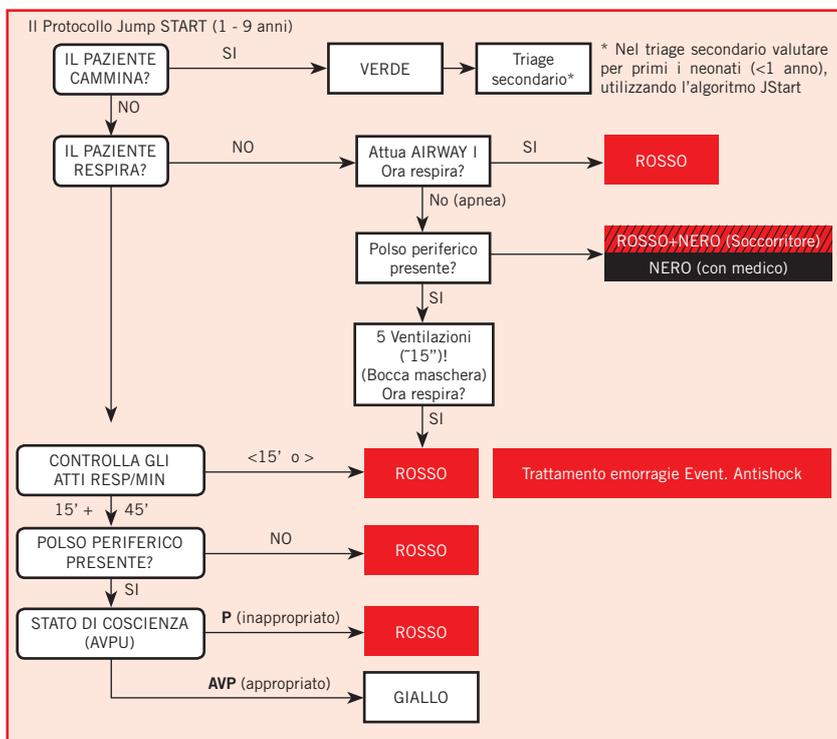
- Se la respirazione spontanea è assente, aprire le vie aeree (pulizia, iperestensione, cannula guedel, sublussazione);
- Se rimane assente, viene controllato il polso periferico; se questo è presente, si procede con 5 ventilazioni; se dopo questa manovra la vittima respira spontaneamente, è codice rosso; se non respira spontaneamente, è codice nero;
- Se il polso periferico è assente, è codice nero;
- Se la respirazione spontanea è presente, controllare la frequenza respiratoria;
- Se la FR è < 15 o > 45 o irregolare, è codice rosso;
- Se la FR è tra 15 e 45 e regolare, controllare il polso periferico.

TERZO STEP (P)

- Viene controllato il polso periferico radiale, brachiale o pedidio nell'arto meno lesionato;
- Se il polso periferico è assente, codice rosso (trattare eventuali emorragie e se necessario posizione antishock);
- Se il polso periferico è presente, si passa a controllare lo stato di coscienza (AVPU).

QUARTO STEP (M)

- Se la vittima ha una risposta al dolore inappropriata o non risponde (P-U), è codice rosso;
- Se è vigile, risponde allo stimolo vocale o ha una risposta al dolore appropriata (A-V-P), è codice giallo.



MODIFICHE AL SISTEMA JUMP START

Per i bambini da 0 a 8 anni che non camminano (bambini di età inferiore a 12-18 mesi che non camminano, bambini con ritardo mentale o con ferite e lesioni precedenti l'evento che non permettono la deambulazione, disabili), ci sono alcune modifiche:

- Tutti i bambini che non camminano portati nell'area di raccolta dei codici verdi, da altri soggetti che camminano, vanno valutati per primi;
- Se non vengono rilevate ferite o lesioni esterne, sono codici verdi;
- Se vengono rilevate ferite o lesioni esterne, sono codici gialli;
- Se ricade nei criteri di classificazione rosso, sono codici rossi.

BAMBINI “DECEDUTI - NON SALVABILI”

Nel sistema Jump START il codice nero lo definisce il medico. Se le risorse di soccorso lo permettono, se non siamo in presenza di lesioni incompatibili con la vita, se sono terminate le risorse di soccorso alle vittime classificate rosso e giallo, le vittime classificate come “nero” dovrebbero essere rivalutate.

DIFFERENZE START / JUMP START

Ci sono delle differenze sostanziali tra i 2 sistemi che derivano dalla diversa fisiologia adulto/bambino:

- Nei bambini in apnea viene rapidamente valutata la funzione circolatoria;
- I bambini in apnea con circolazione presente ricevono immediatamente un breve trattamento ventilatorio (5 ventilazioni in circa 15 sec.), oltre al ricontrollo della air way;
- I parametri relativi alla frequenza respiratoria sono stati adattati alla fisiologia pediatrica (15- 45);
- La perfusione capillare è sostituita dalla sola valutazione del polso periferico;
- Lo stato di coscienza è valutato con il metodo AVPU.

SVANTAGGI SISTEMA JUMP START

Rispetto al sistema START, il sistema Jump START presenta degli svantaggi potenziali:

- Le fasi aggiuntive previste per i bambini in apnea aumentano il tempo necessario a completare il processo di triage;
- Le ventilazioni bocca-maschera aumentano il rischio di contaminazioni incrociate tra i pazienti;
- Il personale di soccorso deve essere fornito di equipaggiamento aggiuntivo (maschera per ventilazione);
- E' troppo complicato;
- Non è provato che funzioni e dia risultati significativi.

VANTAGGI SISTEMA JUMP START

I vantaggi potenziali di questo sistema:

- Rapido metodo di triage studiato per i bambini tenendo conto delle caratteristiche fisiologiche;
- Ottenuto dalla modifica di un protocollo esistente largamente conosciuto e utilizzato per gli adulti;
- Per la maggior parte dei soggetti può essere eseguito entro 30 secondi;
- E' un criterio oggettivo di triage che aiuta ad eliminare l'aspetto emotivo e gli errori nel processo di triage nei bambini.

4. AREA “INTERVENTI PSICO-SOCIALI”

I. Esperienze nazionali e internazionali sulla sindrome post-traumatica da stress nei bambini colpiti da calamità naturali

Vittoria Ardino

Senior Lecturer in Forensic Psychology, London Metropolitan University, Presidente della Società Italiana per lo Studio dello Stress Traumatico

Il quadro internazionale

Esistono, a livello internazionale, diversi protocolli di intesa e linee guida che orientano l'intervento dei professionisti e della comunità nella prevenzione e intervento con minori vittime di calamità naturali. Tali protocolli si sono rivelati efficaci nel mitigare i rischi di tali eventi e nell'arginare l'impatto psicologico nel post-emergenza. Sono, qui, brevemente presentati i principi-cardine stilati dai protocolli internazionali esistenti, che potrebbero orientare lo sforzo sinergico nel nostro Paese, diventato ormai una priorità.

E' diventato punto fondamentale di ogni intervento con i minori nelle situazioni di disastri naturali il fatto che il supporto sociale gioca un ruolo fondamentale nella prevenzione dei sintomi post-traumatici anche nei bambini (NICE, 2005). E che, nello specifico, garantire informazioni accurate, in un linguaggio adatto all'infanzia e all'adolescenza, nonché tenere conto dei bisogni immediati (anche quelli emotivi), aiutano nella cosiddetta “fase acuta” a prevenire eventuali decorsi clinici (Litz et al, 2002) e a rafforzare la resilienza sia delle singole persone che della comunità.

Questi aspetti devono rientrare nelle fasi di preparazione all'intervento prevedendo, per esempio, attività che facilitino

la normalizzazione del funzionamento psicosociale della comunità, della famiglia e del singolo bambino, promuovendo, dunque, un ritorno al “senso di sicurezza”, l’empowerment della comunità, il senso di appartenenza dei membri della comunità e la speranza di ritornare all’equilibrio. È, inoltre, necessario, garantire il supporto e la cura ai bambini che hanno maggiori difficoltà anche all’interno della loro famiglia o che sembrano più vulnerabili ai sintomi post-traumatici, non dimenticando che un genitore che perde il lavoro e la capacità di essere fonte di supporto diretta per i propri figli diventa vulnerabile e si trova a svolgere la propria funzione genitoriale con meno risorse.

L’impatto del disastro naturale sui genitori diventa, dunque, un fattore di rischio per il benessere del bambino, che, a seguito della situazione traumatizzante in cui si trova, necessita di una maggiore attenzione e cura rispetto alla norma, sia durante la fase acuta sia nella post-emergenza, perché le sue strategie di coping non sono ancora sofisticate come nell’adulto e perché è molto più dipendente dai genitori e dagli altri adulti di riferimento.

In tale quadro si aggiunge una riflessione sugli insegnanti e sugli adulti di riferimento che dovrebbero assumersi un ruolo più complesso rispetto a quello che svolgono in situazioni di non emergenza diventando risorse molto importanti per i bambini traumatizzati. Questo implica una necessità formativa degli insegnanti su questi temi, in modo da creare una capacità psicosociale sostenibile all’interno della comunità rendendola più resiliente in situazioni di emergenza (Williams, Mikus Kos, Ajdukovic, van der Veer, & Feldman, 2008).

The National Child Traumatic Stress Network (NCTSN)

Il National Child Traumatic Stress Network è stato fondato nel 2000 negli USA con l’obiettivo di creare una piattaforma

di collaborazioni tra il mondo accademico e i servizi di comunità per migliorare lo standard di cura dei bambini vittime di trauma. Oggi il NCTSN è diventato un punto di riferimento internazionale per lo sviluppo e la divulgazione di interventi evidence-based, per l'implementazione di servizi specialistici per la cura del trauma nell'infanzia e adolescenza e per la formazione dei professionisti nonché nella diffusione di informazioni utili sul tema.

In collaborazione con il National Center for PTSD americano, gli esperti che fanno parte del Network hanno stilato un protocollo - chiamato Psychological First Aid Field Operations Guide - basato sull'evidenza empirica per dare supporto ai bambini, adolescenti e alle famiglie in situazioni di calamità naturali. Tale approccio è stato pensato per ridurre lo stress iniziale causato dall'evento traumatico e per stimolare strategie di coping funzionali sia nel breve sia nel lungo periodo. I principi dello "Psychological First Aid" sono i seguenti:

1. Sinergia con gli studi su rischio e resilienza nei casi di trauma;
2. Appropriati al contesto;
3. Appropriate alla fase evolutiva del minore;
4. Sensibili alla cultura locale;
5. Utilizzabili in modo flessibile.

Il manuale non presuppone che tutti i bambini siano vulnerabili a patologie post-traumatiche, ma si basa sull'idea che i bambini vivano un ampio spettro di reazioni nella fase acuta, che possono essere, però, mitigate da una risposta e un supporto adeguati. Inoltre, il lavoro con i bambini richiede alcuni passaggi precisi, tra cui il supporto alla verbalizzazione delle emozioni, delle paure e dei dubbi, etichettando in modo semplice le reazioni emotive normali ed evitando parole estreme perché potrebbe causare un aumento dello stress. Serve, inol-

tre, essere consapevoli di eventuali comportamenti regressivi dei minori, fenomeno piuttosto comune nei casi di emergenza.

European Society for Traumatic Stress Studies (ESTSS)

La Società Europea per lo Studio dello Stress Traumatico (ESTSS), associazione ombrello delle società scientifiche nazionali, tra cui quella italiana (SISST - Società Italiana per lo Studio dello Stress Traumatico), si occupa e partecipa da anni alla stesura delle linee guida negli interventi di emergenza per la prevenzione e la cura delle sindromi post-traumatiche.

Il progetto TENTS (European Network for Traumatic Stress)

Tra le iniziative più importanti della ESTSS si colloca il progetto TENTS (European Network for Traumatic Stress). Nel periodo maggio 2007 - maggio 2009, l'Unione europea ha finanziato il progetto per istituire un'ampia rete di esperti nella prevenzione e nel trattamento dello stress post-traumatico delle vittime di disastri naturali o altri tipi di maxi-emergenze. Gli esperti hanno esaminato l'efficacia degli interventi post-emergenza e, soprattutto, hanno verificato se questi interventi venissero adottati in tutta Europa.

Grazie a questo lavoro, è stato redatto un opuscolo "Interventions in the aftermath of disaster", ora tradotto in lingua italiana dalla SISST e dal gruppo TENTS Italia che dà indicazioni chiare sull'intervento in caso di calamità naturali.

In un'analisi fatta nel nostro Paese sono emersi alcuni punti critici già delineati in precedenza, quali la mancanza di un coordinamento negli interventi di emergenza e lo scarso utilizzo degli interventi raccomandati dalle linee guida internazionali come efficaci in situazioni di questo tipo.

Gli esperti TENTS hanno, in seguito, riconosciuto l'importanza di una formazione uniforme per facilitare, poi, l'adozio-

ne degli interventi evidence-based. Nasce così il TENTS - TP (TENTS - Training and Practice) con l'obiettivo di formare i professionisti della salute mentale presenti sul territorio europeo affinché possano offrire servizi adeguati alle vittime di trauma.

Il Dart Center for Journalism and Trauma

Il Dart Center for Journalism and Trauma è un progetto della scuola di giornalismo della Columbia University ed è una realtà che si dedica alla formazione e al support dei giornalisti che hanno il compito di diffondere notizie su eventi traumatici, tra cui anche i disastri naturali. Fornisce ai giornalisti le risorse necessarie per un reporting più attento alle reazioni delle vittime, specialmente quelle più vulnerabili tra cui i bambini e gli adolescenti. Il Dart ha scritto un manuale con indicazioni precise su come intervistare e riportare le notizie che riguardano i bambini vittime di trauma, che sarà tradotto in italiano dalla SISST. Realtà presente in tutta Europa, il Dart non è ancora attivo in Italia e si auspica che gli organi di comunicazione italiana entrino in questo network nel breve periodo per assicurare non solo una formazione adeguata ai giovani giornalisti, ma per dare loro anche il supporto necessario.

Il contesto italiano

La SISST (Società Italiana per lo Studio dello Stress Traumatico) collabora attivamente con la società europea per promuovere la ricerca e la cura delle reazioni post-traumatiche sul territorio nazionale. Soprattutto, si propone di favorire una sinergia di forze che possano essere convogliate verso obiettivi comuni in situazione di trauma.

La SISST ha costituito nell'aprile 2011 il gruppo TENTS-Italia. Il gruppo si è riunito a Urbino per due giorni ed è stato formato al training TENTS per poter diffondere sul territorio

italiano una formazione degli operatori che tenga conto della realtà europea. In tale incontro si è rinvenuto che una delle aree su cui occorre lavorare maggiormente sia proprio la formazione all'intervento con bambini e adolescenti e si auspica di poter lavorare con il tavolo di coordinamento, istituito da Save the Children Italia.

Il progetto TENTS-TP (European Network for Traumatic Stress-Training and Practice), finanziato dall'UE da Maggio 2009 a Maggio 2011, mira, infatti, ad espandere e sviluppare la rete e le iniziative del progetto TENTS. Il progetto TENTS-TP mira a diffondere e ad implementare la pratica basata sull'evidenza che favorisce l'inclusione sociale per le persone colpite da eventi traumatici in tutta Europa. TENTS-TP punta ad utilizzare linee guida per integrare efficacemente la promozione della salute mentale e la prevenzione di disturbi nel training e nella pratica di professionisti in salute mentale e servizi sociali. Sono stati sviluppati un programma e una ricerca riguardo ai metodi di diffusione più efficaci, implementando e formando professionisti. Come risultato, vi è stato accordo nel ritenere che un modello Train-The-Trainers (TTT) dovrebbe essere adottato come metodo efficace ed interattivo di diffusione del programma TENTS-TP.

L'obiettivo generale dei workshop TENTS-TP è di presentare il programma TENTS-TP a professionisti locali.

Gli obiettivi specifici dei workshop sono di permettere ai partecipanti di:

- Comprendere meglio i disturbi da stress traumatico e le reazioni.
- Acquisire informazioni accurate su come trattare psicologicamente individui traumatizzati.
- Discutere atteggiamenti e valori rispetto all'intervento sul trauma. Per esempio, i professionisti apprendisti possono

avere opinioni differenti riguardo all'uso del trattamento psicologico e farmacologico del PTSD.

- Sviluppare abilità di comunicazione interpersonale e di gruppo.

Il risultato atteso del training è la formazione di professionisti qualificati e informati che siano in grado di mettere in pratica la conoscenza e le abilità imparate nei workshop TENTS-TP.

I trainer di TENTS-TP invitano esperti locali che chiariscano potenziali differenze culturali e la situazione dei servizi di un determinato Paese o realtà locale.

I workshop devono includere:

- *Aspetti chiave del programma TENTS-TP*

I professionisti sono informati del lavoro condotto nei progetti TENTS e TENTS-TP;

- *Conoscenza di base del contenuto del programma*

I professionisti devono acquisire o avere una comprensione di base della natura del disturbo post-traumatico da stress.

- *Supervisione*

E' importante che i professionisti familiarizzino con i protocolli di supervisione e valutazione.

Ad ogni partecipante del programma TENTS-TP deve essere assegnato un supervisore nominato, da contattare in caso di bisogno o assistenza. Dovrebbe essere concordato un utile metodo di comunicazione tra il supervisore e il professionista.

I moduli del workshop sono:

- a. Introduzione alle Reazioni e Disturbi da Stress Traumatico;
- b. Intervento precoce successivo agli Eventi Traumatici;
- c. Screening e Informazione;
- d. Valutazione, Formulazione e Pianificazione del Trattamento per individui Psicologicamente Traumatizzati;
- e. Trattamento Psicologico di PTSD;

- f. Trattamento Farmacologico;
- g. Interventi di comunità;
- h. PTSD Complesso;
- i. Bambini e Famiglie;
- j. Risposte all'emergenza e resilienza.

II. Metodologie di intervento psicologico sui bambini nelle calamità naturali

Vittoria Ardino

Senior Lecturer in Forensic Psychology, London Metropolitan University, Presidente della Società Italiana per lo Studio dello Stress Traumatico

Premessa

Negli ultimi anni non solo la ricerca ha chiarito le conseguenze psicologiche dei disastri naturali sui bambini e le loro famiglie, ma anche la conoscenza circa gli interventi psicosociali adeguati a promuovere una prevenzione e cure efficaci è cresciuta ed è stata sistematizzata tramite protocolli e linee guida riconosciuti a livello internazionale. Gli interventi psicosociali pensati per la fase immediatamente successiva all'evento hanno il compito di ridurre l'angoscia iniziale e di facilitare strategie di coping adattive. Gli interventi psicologici di prima emergenza (Psychological First Aid; NCTSN/NCPTSD, 2006) creano un ambiente sicuro, riducono il senso di incertezza, la paura e l'ansia.

Occorre, inoltre, identificare i bambini più a rischio di eventuali conseguenze post-traumatiche per pianificare eventuali interventi post-emergenza. Il presente contributo esamina gli aspetti legati all'assessment e l'intervento con minori vittime di calamità naturali tenendo anche in considerazione la formazione degli operatori che, in tali situazioni, hanno il compito

di coordinare le cure. Il contributo presenta l'impatto psicologico e le strategie di intervento sui minori nelle fasi post-emergenza.

I bambini sono particolarmente vulnerabili alle conseguenze post-traumatiche causate da calamità naturali e tale vulnerabilità si traduce in manifestazioni comportamentali e psicologiche complesse, con il rischio, piuttosto frequente, di non identificare in modo adeguato le reazioni psicologiche post-emergenza.

La ricerca ha messo in luce che i genitori, gli insegnanti e i professionisti della salute mentale sottostimano sia l'intensità sia la durata delle reazioni da stress dei bambini e adolescenti (Amaya-Jackson, 2000; American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 1998), che dipendono dalla fase evolutiva, dal livello di maturità cognitiva ed emotiva e dalle strategie di coping limitate.

Nonostante gli studi di efficacia sui trattamenti per i bambini siano ancora scarsi rispetto alla ricerca sul trattamento degli adulti (Kar, 2006), alcuni studi randomizzati hanno messo in luce quali sono gli approcci efficaci per la cura dei minori, tra cui la terapia cognitivo-comportamentale integrata a tecniche di riesposizione all'evento traumatico (Kar & Bastia, 2006; Shannon, Lonigan, Finch, & Taylor, 1996). Infanzia e adolescenza sono due fasi della vita particolarmente vulnerabili alle conseguenze dei disastri naturali (Somasundaram & Van de Put, 2006).

I rischi aumentano se le vittime soffrivano in precedenza di disturbi psicologici e comportamentali (Somasundaram & Van de Put, 2006; Vijayakumar, Kannan, Ganesh, & Devarajan, 2006). I fattori di rischio per il DPTS sono l'essere di sesso femminile (Goenjian, Karayan, Pynoos, Minassian, Najarian, & Steinberg, 1997), il grado di esposizione all'evento (Amaya-Jackson, 2000; Foy, Madvig, Pynoos & Camilleri, 1996) perdita

di familiari, ansia da separazione (Amaya-Jackson, 2000), traumi correlati all'angoscia, vicinanza temporale all'evento (Foy, Madvig, Pynoos & Camilleri, 1996), l'accumulo di stressor diversi.

Nel post-emergenza, i quadri clinici più comuni rivelano sintomi di ansia e depressione; in particolare i bambini in età prescolare mostrano segni di ansia da separazione, paura dell'estraneo, paure di mostri o animali nonché evitamento di situazioni, sono spaventati da alcune parole o simboli che possono avere, come no, un nesso con l'evento traumatico. Oltre a questo, è il gioco ripetitivo e compulsivo che rappresenta parti del trauma, ma che non allevia dall'ansia, a giocare un ruolo importante nella manifestazione del disagio, suggerendo la presenza di sintomi di re-experiencing.

Sono segno di evitamento o anestesia emotiva lo scarso interesse nel gioco, ritiro sociale, perdita di competenze evolutive acquisite in precedenza; alcuni bambini iniziano a pensare che esistono alcuni segni che anticipano l'evento traumatico e che se stanno in allerta sono in grado di identificare tali segnali (Terr, 1983). Mentre l'anestesia emotiva e l'evitamento prendono la forma di iperattività, scarsa concentrazione e problemi comportamentali.

Il disturbo post-traumatico acuto spesso si complessifica con dissociazione, affettività poco espressa, tristezza e distacco (Famularo, Fenton, Augustyn, & Zuckerman, 1996).

I sintomi dissociativi si possono manifestare sotto forma di allucinazioni o pensiero disorganizzato (Spiegel, 1984).

Molti dei sintomi post-traumatici si confondono con altri disturbi dello sviluppo, tra cui i disturbi dell'attenzione, la depressione, disturbi della condotta (American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 1998). Inoltre, il DPTS è spesso in comorbidità con tali condizioni cliniche.

L'importanza dell'assessment

I bambini, spesso, non raccontano del loro stato psicologico rispetto a un trauma, a meno che non sia loro chiesto in modo esplicito (Wolfe, Sas, & Wekerle, 1996).

Questo è dovuto alle risorse cognitive ancora limitate, alle scarse capacità linguistico-espressive e, a volte, non viene data semplicemente loro l'opportunità, perché gli adulti pensano che non siano ancora in grado di parlare di quello che sentono e pensano. Inoltre, i genitori e gli insegnanti, spesso, non riescono a spiegare in modo adeguato i sintomi dei più piccoli; per queste ragioni è molto importante fare domande dirette al bambino, approccio suffragato dalla ricerca che ha dimostrato quanto i bambini desiderino parlare direttamente della loro esperienza e come, di solito, siano propensi ad avere questa opportunità (Berman, 1999).

Nei casi di calamità naturali, è preferibile sostituire la valutazione clinica di routine con uno screening sistematico in modo da identificare le informazioni critiche per un piano di intervento razionale che risponda alle necessità dei minori. Lo screening dovrebbe essere piuttosto esaustivo e non solo focalizzato sui sintomi trauma-correlati, ma anche su eventuali altri disturbi, sintomi sotto-soglia e sulle eventuali difficoltà psicosociali e nella vita quotidiana (Kar & Misra, 2008; Jones, 2008).

È importante che l'assessment sia calibrato all'età, sia sensibile alla cultura di riferimento e che sia validato. I genitori dovrebbero, inoltre, compilare appositi questionari e rispondere alle domande di interviste-semistrutturate che accompagneranno una valutazione formale del bambino in situazioni di gioco (Almqvist & Brandell-Forsberg, 1997).

Occorre, inoltre, sottolineare che nello screening dei minori occorre molto tempo e che tale procedura dovrebbe essere attivata il prima possibile, ripetuta nel tempo e periodicamen-

te nel lungo periodo per monitorare l'eventuale cronicizzazione delle conseguenze post-emergenza.

Lo screening può essere somministrato dagli operatori presenti sul campo; tuttavia occorre che questi siano opportunamente formati (Jones, 2008).

Supporto psicologico: considerazioni generali

Nelle maxi-emergenze, l'intervento psicologico deve seguire delle sequenze precise e, dunque, una cadenza temporale per fasi. Nelle prime fasi post-disastro si dovrebbe attivare il cosiddetto a) "Psychological First Aid" (PFA; Intervento psico-

logico di prima emergenza), seguito poi da b) Strategie di intervento nelle situazioni di crisi e, solo successivamente, da c) interventi terapeutici dimostratisi efficaci per queste situazioni.

Siccome le calamità naturali hanno effetti riverberanti su tutto il tessuto sociale, gli interventi psicologici devono rivolgersi all'individuo, alla famiglia e alla comunità in forma ben distinta dagli interventi sui bambini vittime di traumi da violenza interpersonale (La Greca & Prinstein, 2002; Salcioglu & Dasoglu, 2008).

A questo proposito esistono molte risorse a di-

Raccomandazioni generali per l'intervento con i minori

I punti seguenti rappresentano linee guida per la pianificazione e concretizzazione dell'intervento con minori:

- Fornire un senso di sicurezza
- Favorire i contatti con la famiglia e la rete sociale
- Chiarire gli eventi e diminuire l'incertezza
- Dare la possibilità ai bambini di raccontare le loro storie
- Stabilire la definizione dell'evento data dal bambino
- Identificare e lavorare con le distorsioni cognitive
- Valutare i tipi di stressor che vive il bambino
- Valutare disturbi psicologici
- Promuovere la resilienza
- Monitorare l'eventuale ri-esposizione all'evento
- Valutare l'impatto dell'evento sullo sviluppo del minore
- Lavorare con i cambiamenti rispetto al sé e agli altri e al futuro
- Promuovere l'assimilazione e l'integrazione

sposizione dei professionisti come protocolli, manuali, siti internet (La Greca, Sevin, & Sevin, 2008; National Child Traumatic Stress Network, n.d.; National Institute of Mental Health, 2008; Schreiber & Gurwitsch, 2006), che sarebbe opportuno tradurre in lingua italiana vista la loro utilità nell'affrontare la promozione della salute mentale con bambini, famiglie e comunità colpite da disastri naturali e visto che sono tutte iniziative basate sull'evidenza empirica che si attengono a fattori di rischio ormai conosciuti per provocare gravi conseguenze post-traumatiche nei bambini vittime di calamità naturali. Le raccomandazioni basate sull'evidenza puntano a promuovere i network sociali intorno al bambino, a diminuire lo stress e a promuovere le loro strategie di coping positive.

Gli interventi psicologici implementati nelle prime fasi post-evento devono essere accuratamente valutati e usati solo se necessari e senza prescindere da uno screening di valutazione sistematico, come accennato in precedenza, devono essere gestiti in sinergia dalle diverse figure professionali sul campo che, pur mantenendo il loro ruolo principale e specifico, contribuiscono con un intervento di primo soccorso psicologico. Per queste ragioni, ogni professionista coinvolto in azioni di emergenza deve essere stato formato in modo approfondito sui concetti di primo soccorso emotivo, tecniche di comunicazione di base nella relazione con il minore traumatizzato e sull'importanza di parlare ai bambini del trauma. Devono essere sensibilizzati alla prevenzione della trascuratezza e del maltrattamento dei minori in tali situazioni e ogni intervento di salute mentale deve essere implementato in sinergia con le altre strategie di azione piuttosto che separatamente.

Il training dei professionisti non può prescindere dalla formazione degli operatori locali, perché la competenza culturale è un aspetto chiave nella gestione degli interventi psicologici in casi di maxi-eventi. Per questo è molto importante che

gli insegnanti, i volontari e il personale sanitario locale siano protagonisti attivi nella gestione dell'impatto psicologico sulle giovani vittime. Il ruolo, dunque, dei professionisti psicologi è quello di formare gli altri operatori, di sostenerli nelle situazioni di difficoltà espresse dai bambini e di aiutarli a riconoscere quelle risposte che possono complicare il superamento dell'evento.

Questa impostazione aiuta a identificare le difficoltà dei bambini il prima possibile e a garantire che il supporto sia presente a casa, a scuola e all'interno della comunità.

Il contesto familiare è cruciale per comprendere e rispondere ai bisogni dei bambini traumatizzati e, dunque, la relazione madre-bambino e gli altri legami sono cruciali nel percorso di guarigione; per questo motivo, nelle fasi immediatamente successive all'emergenza, il bambino dovrebbe stare con la propria famiglia, anche se parenti e famiglie affidatarie sono molto utili nei casi di perdita delle figure genitoriali. Non occorre, ovviamente, trascurare la scuola, un contesto privilegiato per garantire ai bambini l'accessibilità ai servizi, per ridurre le patologie post-traumatiche e per enfatizzare la normalizzazione.

Il recupero della normalità dipende, ovviamente, anche dal contesto sociale macro, dove i servizi di salute mentale e le procedure di intervento nelle emergenze siano in grado di incorporare uno screening sistematico e interventi "centrati sul trauma" all'interno di un programma strategico di intervento nei casi di calamità naturale o maxi-emergenze.

Nella parte seguente del contributo vengono esaminati brevemente, ma in modo più dettagliato, gli interventi - e i loro approcci - con i bambini coinvolti in disastri naturali suddividendoli in cure a livello individuale, familiare e di comunità e tenendo presente, per quanto riguarda le psicoterapie o il supporto psicologico a lungo termine - nella fase post-emergenza

- che i principi chiave sono quelli di nutrire i legami di attaccamento, facilitare l'espressione simbolica nelle forme di gioco e di attività creative e di stimolare la possibilità di prefigurarsi la guarigione.

Tali processi aiutano il bambino a dare un significato alle proprie emozioni diventando il professionista un contenitore di quelle sensazioni ingestibili e dolorose.

Psychological First Aid

Il "Psychological First Aid" (PFA) è un intervento evidence-based da adottare nelle prime fasi post-disastro con l'obiettivo di ridurre il distress presente in fase acuta, stimolare la resilienza e favorire risposte di coping adattive (NCTSN/NCPTSD, 2006; Everly & Flynn, 2006). Le origini teoriche del PFA si basano su approcci diversi per mitigare le risposte post-traumatiche tra cui la psichiatria militare, la psichiatria dei disastri e la psicologia del trauma (Lindemann, 1944; Mitchell, 1983; Pynoos & Nader, 1988; Ursano & Friedman, 2006).

Il National Center for Child Traumatic Stress e il National Center for PTSD hanno lavorato per garantire che tale intervento fosse adatto anche ai bambini e agli adolescenti.

Il punto cardine del PFA è che i sopravvissuti a un disastro naturale vivranno uno spettro di reazioni psicologiche e che mentre la maggioranza farà esperienza di un breve e transitorio stato di angoscia, una minoranza si troverà in uno stato di malessere prolungato nel tempo che non permetterà di ritrovare strategie di coping adattive. Ne deriva che molte vittime non hanno bisogno di un intervento strutturato, ma che tutte trovano beneficio da un supporto non intrusivo ed empatico dei professionisti sul campo. Il PFA è dunque adatto perché non intrude nell'elaborazione emotiva e non richiede l'esplicitazione narrativa dell'evento e, soprattutto, è su base volontaria.

Nelle interazioni con i bambini, i professionisti sono una presenza che ascolta e che mostra una certa sicurezza sul fatto che le cose sono sotto controllo. Nelle fasi iniziali occorre prendere contatto con il bambino, garantire sicurezza, un rifugio e cibo cercando di riunire il bambino alla propria famiglia e con l'obiettivo di ristabilire l'equilibrio psicologico usando il supporto psicosociale e mitigando l'arousal attraverso informazioni accurate circa l'accaduto. Essendo il PFA un intervento di psico-educazione, i professionisti educano le vittime circa gli effetti del trauma, normalizzano e validano le risposte date dall'angoscia cercando di facilitare la resilienza e incoraggiando azioni positive di coping e la ripresa della routine il più presto possibile.

Un altro compito dei professionisti è quello di identificare i bambini particolarmente a rischio che, solitamente, manifestano iperarousal, ansia, disorientamento, anestesia emotiva, comportamenti regressivi e risposte dissociative. Diventa, dunque, prioritario individuare i bambini che hanno subito lutti, che sono separati dalla famiglia. Tali passaggi sono fondamentali per inviare il bambino allo psicologo sul campo o per monitorarlo per un eventuale intervento più strutturato. Mentre esistono studi che mostrano l'efficacia del PFA, non ci sono ricerche che hanno evidenziato la validità del debriefing psicologico e si sono sollevate critiche non solo, appunto, per la sua utilità ma anche per il potenziale danno che può arrecare alle vittime, soprattutto nei bambini (Bisson et al., 2007) proprio per la sua caratteristica di focalizzarsi, nelle prime fasi post-disastro, su un'elaborazione emotiva intensiva (Orner et al., 2006).

Psicoterapie

I bambini che presentano sintomi post-traumatici, disturbi dell'umore, dissociazione e altri sintomi corporei richiedono

cure più specifiche rispetto alle strategie di intervento in situazioni di crisi. Si auspica che la psicoterapia segua le indicazioni date anche dai risultati empirici e i principi di intervento “focalizzati sul trauma.

Terapia cognitivo-comportamentale. Tra questi interventi “focalizzati sul trauma”, la terapia cognitivo-comportamentale si è rivelata efficace (Cohen et al, 2006a) sia a livello individuale sia nei contesti scolastici e, solitamente, viene utilizzata per un intervento che dura 10-16 settimane. Una delle caratteristiche principali della terapia cognitiva è quella di far fare degli esercizi ai bambini in cui possano identificare ed esprimere in modo adeguato le proprie emozioni e possano imparare a usare tecniche per la riduzione dell’ansia, come il rilassamento, la respirazione. I bambini riescono inoltre a scoprire la relazione tra pensieri, sentimenti e azioni (ristrutturazione cognitiva) e dunque si preparano a una “riesposizione al trauma” attraverso la narrazione, disegni, racconto di storie, cosa che permette un controllo graduale della situazione traumatica (Cohen et al, 2006a). Il percorso nella sua globalità ha il compito di desensibilizzare il bambino al trauma e ai segnali rievocanti l’evento favorendone l’integrazione nella mappa autobiografica della sua vita.

Play Therapy. La play therapy si basa sul principio che il bambino possa esprimere attraverso il gioco i conflitti profondi, le sue paure e le sue preoccupazioni. Sono usate tecniche di sperimentazione emotiva per attivare il bambino a creare nelle sue fantasie quello che è spesso assente nella realtà sperimentando vie per superare il trauma (American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 2004). Il focus della play therapy è sulla comprensione del significato che il bambino attribuisce all’esperienza traumatica esplorando in che modo l’evento si connette alle altre esperienze, alle strategie di coping e ai meccanismi di difesa (American Academy of Child

and Adolescent Psychiatry, 2007). Dunque, attraverso il gioco il bambino può alleviare il dolore traumatico nella fantasia e portare a nuove risoluzioni che si accompagnano a un senso di empowerment (Gillis, 1993). Il terapeuta interpreta i pensieri e le azioni esibite attraverso il gioco e aiuta ad affrontare le sensazioni di impotenza vissute durante il terremoto, per esempio, integrando il trauma nel resto dell'esperienza e offrendo al bambino nuove strategie di coping. Ovviamente, occorre conoscere quando arriva il momento giusto per permettere al bambino di esprimere liberamente le emozioni connesse al trauma e quando chiarirne il significato. La play therapy ha mostrato un'efficacia nel 75% dei bambini trattati con tale metodo (Target & Fonagy 1994a,b, 1997).

Esistono, oggi, delle attività guidate con dei libri da colorare utili per i bambini più piccoli, le famiglie e gli insegnanti che permettono ai minori di rispettare i loro tempi nel percorso di guarigione post-traumatico.

Interventi sulla famiglia. Quando possibile, il bambino viene curato insieme alla propria famiglia su cui gravano gli effetti del trauma. La risposta familiare al trauma ha, infatti, un impatto sulla risposta psicologica del bambino e quindi il supporto genitoriale mitiga il rischio nel bambino di sviluppare sintomi post-traumatici; mentre, al contrario, un malfunzionamento del sistema familiare è un fattore di rischio per psicopatologie post-traumatiche nel minore (American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 1998).

Nonostante queste premesse, l'efficacia degli interventi familiari a seguito di un'esposizione traumatica non è ancora comprovata (Miller, 2003). Berkowitz e Marans (2006) hanno messo a punto la Child and Family Traumatic Stress Intervention (CFTSI), un intervento di psicoterapia breve che propone quattro sedute a casa con la famiglia e il resto in studio, cercando di ottenere il racconto dei sintomi e delle emozioni cercan-

do di diminuire l'impatto negativo del trauma sui bambini e, contemporaneamente, fornendo un contesto di prevenzione secondaria. La CFTSI cerca di migliorare la comunicazione familiare e fornire supporto al bambino traumatizzato puntando sulla capacità del bambino di comunicare il trauma ai genitori e sulla capacità genitoriale di rispondere in modo appropriato alle difficoltà del figlio insegnando loro strategie specifiche.

Interventi di comunità. Gli interventi di comunità in post-emergenza richiedono la messa a punto di un "sistema di cure" per i bambini e le famiglie. Per "sistema di cure" si intende un network di servizi per la salute mentale, programmi per i minori e il supporto non strutturato dei membri della comunità e dei loro servizi coordinati per assistere le vittime. Dunque, occorre un approccio integrato che gestisca l'intervento individuale e quello di comunità in modo sinergico. Tra gli interventi di comunità rientrano quelli effettuati nel contesto scolastico. Una delle azioni più efficaci per promuovere l'equilibrio psicologico dei bambini in fase post-emergenza è il recupero veloce delle attività scolastiche in cui sia integrata una risposta che includa la valutazione e l'identificazione dei bambini a rischio. Dunque, a ogni scuola dovrebbe essere assegnato un professionista psicologo per aiutare il personale scolastico nelle valutazioni suddette e per pianificare il loro intervento non trascurando i bisogni emotivi degli insegnanti stessi. La scuola dovrebbe implementare attività curricolari che richiedano lavori sulle capacità attentive del bambino e opportunità per facilitare la resilienza e il recupero.

Una riflessione conclusiva: interventi in sinergia

La letteratura dimostra che i modelli di intervento basati sulla collaborazione famiglia-scuola-professionisti e la comunità (Murray, 2006; Wieling & Mittal, 2008) sono quelli più efficaci nel dare supporto alle giovani vittime di calamità naturali;

sono modelli che emergono dagli approcci basati sulla resilienza piuttosto che sulla psicopatologia e puntano alle reti naturali di supporto presenti nel contesto (Harper & Četin, 2008), facendo anche riferimento a una visione piramidale degli interventi di comunità (Jones, 2008; Omigbodun, 2008).

Esistono diverse ragioni per cui è importante informare le famiglie e le comunità: loro sono gli attori, i primi a rispondere ai bisogni psicologici dei bambini e, dunque, non appena sono state affrontate le problematiche relative alla sicurezza e ai bisogni di prima necessità, occorre dare strumenti a questi adulti perché siano in grado di assicurare i bambini e di affrontare le paure dei più piccoli. Nel momento in cui i professionisti dell'emergenza, tra cui anche gli psicologi, arrivano sul luogo del disastro e offrono interventi nel breve periodo devono sempre avere nella loro mente che, invece, nel lungo periodo ci sarà una carenza di risorse psicosociali per offrire un supporto continuativo. Inoltre, a causa dello stigma e la mancanza di fiducia nei servizi psicologici, molto spesso le persone colpite cercano aiuto nella comunità e nella famiglia piuttosto che nei professionisti. Gli psicologi, soprattutto quelli con un'esperienza sul trauma, danno un importante contributo se collaborano con le scuole, le chiese, o altre realtà locali cercando di divulgare conoscenze di base circa le reazioni dei bambini in queste situazioni, sia quelle tipiche sia quelle atipiche. La congiuntura 'crisi umanitaria' e 'competenza professionale' spinge spesso lo psicologo ad agire e a intervenire. Tuttavia il ruolo dello psicologo nelle fasi post-disastro può essere molto ambiguo a causa dell'enormità di bisogni primari come la sicurezza, la mancanza di una casa o problemi fisici. Lo psicologo può giocare un ruolo importante se formato adeguatamente sulle caratteristiche delle reazioni post-traumatiche e sul PFA riconoscendo il peso emotivo che grava su tutti gli operatori, compresi loro stessi.

III. L'età evolutiva in emergenza

Simonetta D'Amico

Docente di Psicologia dello Sviluppo Facoltà di Psicologia, Dipartimento di Scienze della Salute - Università degli Studi dell'Aquila

Premessa

Eventi tragici, improvvisi ed imprevisti come il caso dei terremoti, o di altre calamità naturali, si impongono su persone ed intere comunità con tutta la forza distruttiva, determinata non solo dall'entità/gravità dell'evento, e quindi dal grado di perdita individuale e collettiva, ma anche dalla modificazione, a volte annullamento, che si viene inevitabilmente a determinare nelle abituali condizioni di vita individuali e collettive della comunità colpita.

Essere travolti da un evento di questo tipo è un'esperienza che mette a durissima prova le capacità di risposta e la salute psicologica delle persone. Le evidenze cliniche hanno riportato una chiara sintomatologia nei soggetti esposti a tali eventi che include: dolore e tristezza, paura per i propri impulsi di rabbia, paura di diventare distruttivi, sentimenti di colpa per essere sopravvissuti, paura di identificarsi con le vittime, sentimenti di vuoto, paura di rivivere il trauma, intensa rabbia verso la fonte del trauma.

La definitiva classificazione ha portato all'identificazione e classificazione sotto il nome di disturbo post-traumatico da stress (DPTS) di un insieme di sofferenze psicologiche che conseguono ad un evento traumatico, catastrofico o violento. Nella sopraffazione di un avvenimento traumatizzante si possono distinguere diverse fasi di reazione per la ripresa della cosiddetta "normalità", anche se la durata di tali fasi è valutabile solo approssimativamente. In genere a due settimane di

distanza dall'evento traumatico, la vittima nel suo interno è completamente assorbita da quanto avvenuto e può accadere che debba parlarne ossessivamente. Nel contempo emergono forti dubbi interiori come pure accuse contro se stessi o contro i responsabili. I sintomi fisici vanno dai disturbi del sonno alla difficoltà di concentrazione, dai disturbi della memoria alle somatizzazioni.

Dopo circa quattro settimane dall'evento, l'interesse per la vita torna di nuovo in primo piano, tuttavia può durare più a lungo, fino alla completa rielaborazione dell'avvenimento. Spesso accade che il trauma apparentemente superato, faccia riaffiorare dei sintomi anche dopo mesi o anni, eppure gli esseri umani sono naturalmente progettati per affrontare con successo difficoltà e stress.

La prospettiva di ciclo di vita, nelle sue formulazioni più recenti (Sugarman, 2003; Hendry e Kloep, 2003; Boyd e Bee, 2006), coglie gli aspetti dinamici della strutturazione del sistema persona in rapporto agli eventi di vita (Baltes, 1990) mediante una caratterizzazione multidimensionale, multidirezionale, plastica e contestuale del concetto evolutivo di età come "temporalizzazione".

Secondo Paul Baltes, gli esseri umani nelle varie fasi di vita hanno la capacità di adattarsi a situazioni nuove e a rovesciare in positivo le difficoltà incontrate (Boyd & Bee, 2006). Tali capacità si modulano in rapporto all'assetto cognitivo, sociale e personale che definisce le varie fasi "critiche" nel dispiegamento della vita di un individuo.

Nelle situazioni di emergenza, come nel caso delle calamità naturali, l'impatto dell'evento traumatico si modularizza in relazione alla specifica fase di vita attraversata.

Prendendo come esempio l'esperienza di separazione, sappiamo che, mentre i bambini piccoli e i più grandi sono relativamente protetti dall'esperienza stessa, i primi perché devono

ancora sviluppare i loro attaccamenti selettivi e gli altri perché mantengono la relazione anche quando non fisicamente presente, il rischio cade sui bambini di età intermedia perché non hanno quella capacità cognitiva di tenere la relazione in assenza fisica ed hanno forme di attaccamento instabili.

E' per tali ragioni che in situazioni di particolare emergenza, quale un disastro naturale, bambini e ragazzi costituiscono una popolazione particolarmente vulnerabile da osservare con attenzione e specificità (Gurwitch et al., 2004; Johnston & Redlener, 2006; Williams, Alexander, Bolsover, & Bakke, 2008).

Le reazioni di bambini e ragazzi in tali situazioni sono correlate non solo all'immediatezza dell'evento ma anche alla distruzione della quotidianità di vita, al distress e all'attivazione degli adulti che si prendono cura di loro, alla distruzione di ciò che è familiare, incluso la loro casa, così come delle strutture fisiche e sociali nelle comunità (come ad esempio la scuola, la sede sportiva, l'oratorio, la chiesa, etc.).

Le conseguenze di un evento traumatico di tale portata comportano una rinegoziazione del proprio sé e una reinterpretazione della propria vita per un corretto riposizionamento in relazione ai nuovi contesti e alle nuove risorse. L'evento traumatico incide sulla costruzione e sulla stabilità del proprio sistema di sé nella direzione di un adattamento meno efficace ai propri contesti di vita sino agli outcomes più nefasti della psicopatologia.

Se pensiamo ai momenti di transizione come fasi "che modellano e orientano i vari aspetti della vita di una persona", (Danish, Smyer, Nowak, 1980, pag.342) e alle dinamiche, ovvero ai processi caratterizzati da antecedenti, durate, contesti e risultati (Reese, Smyer, 1983, p.2), allora l'evento traumatico può venire inteso come "rottura di equilibrio ovvero come ciò che non può essere ricondotto all'ordinario che necessita quell'impiego di risorse aggiuntive, che richiede una ristrutturazione".

turazione nell'ambito personale, sociale, cognitivo, emotivo" (Bruner 2011, D'Amico 2010, 2011).

Situazioni di emergenza di questo tipo tendono a propagare effetti sia attraverso il sistema famiglia che il sistema comunità (Endo, Shioiri, Someya, Akazawa, & Toyabe, 2007) che possono e devono essere pensate come le risorse da pianificare e ricostruire lavorando su "quell'insieme di competenze e abilità cui l'individuo attinge nel far fronte alle situazioni problematiche e potenzialmente stressanti e nel progettare, pianificare e mettere via via in atto una propria strategia di soluzione delle difficoltà" (Sica et al. 1997).

La centratura sulla componente di disadattamento ci porta ad osservare che è proprio il sistema di sé a subire gli esiti dell'evento traumatico manifestando diverse reazioni in seguito all'evento traumatico: a parità di gravità dell'evento, alcune persone riescono a superare l'accaduto in modo più adattivo di altre che invece ne soffrono le conseguenze per anni.

Dalla letteratura specialistica si evince che le conseguenze psichiche in seguito a disastri dipendono dal tipo, dalla gravità e dalla durata del trauma: caratteristiche personali, quali sesso ed età, possono costituire dei fattori di vulnerabilità (Green et al., 1991).

Bromet e Havenaar (2002), sulla scorta dei lavori di rassegna di Green (1994) e degli studi epidemiologici di Bromet e Schulberg (1987), indicano una serie di fattori di rischio nello sviluppo dei disturbi mentali nelle persone esposte al disastro: la reazione di un bambino o di un adolescente ad un evento traumatico può dipendere dalle caratteristiche dell'evento subito (livello di esposizione e la vicinanza temporale all'evento traumatico), da caratteristiche precedenti all'evento (come caratteristiche demografiche, familiari e psicologiche) o da condizioni successive all'evento traumatico stesso (ad esempio la disponibilità di supporto sociale, la reazione genitoria-

le, l'eventuale presenza di disturbi nei genitori, la probabilità di aver avuto altri traumi) nonché dalla capacità di fronteggiamento del bambino e dell'adolescente per far fronte allo stress.

Aldilà del "fattore aspecifico" (Steinberg e Avenevoli, 2000), l'impatto dell'evento traumatico in età evolutiva può originare una molteplicità di conseguenze psicopatologiche di diversa natura e severità: paure, sintomi dissociativi, enuresi, aggressività, depressione, disturbi d'ansia, disturbi della condotta, disturbi dell'attenzione, abuso di sostanze (Pine & Cohen, 2002).

Nel processo di fronteggiamento delle situazioni stressanti gioca un ruolo considerevole la variabilità individuale proprio per le peculiarità dell'interazione dello sviluppo dei diversi processi, biologici, cognitivi e socio-emotivi, nel verificarsi del cambiamento nel comportamento e nelle funzioni dell'uomo (Rutter, 1995).

TABELLA 1. Fattori di rischio nello sviluppo dei disturbi mentali nelle persone esposte al disastro [adattato da Bromet, E. J. and Havenaar, J. M.(2002). Mental Health Consequences of Disasters, pag. 249. In Sartorius N., Gaebel W., Lopez-Ibor J.J. & Maj M. (2002) Psychiatry in Society. Wiley, Chichester.]

Periodo	Fattore di rischio
Pre-disastro	Sesso femminile Maternità Storia di precedenti disturbi psichiatrici Precedenti esperienze traumatiche
Durante il disastro	Severità dell'esposizione Morte di un caro o di un amico Malattie fisiche Mancanza di controllo percepita
Post-disastro	Trasferimento dal luogo del disastro Inadeguato supporto organizzativo Inadeguato supporto psicologico Inadeguato intervento professionale

La variabilità individuale nel sistema di reazione agli eventi traumatici dipende, oltre che dalle caratteristiche dell'evento stesso (tipo, gravità e durata) come precedentemente detto, anche da una serie di fattori definiti come fattori di vulnerabilità e fattori di protezione che potenziano o depotenziano l'effetto devastante dell'evento traumatico per l'individuo.

La psicopatologia dello sviluppo riconosce come principio fondamentale la necessità di studiare il comportamento normale e quello atipico l'uno nell'altro, nella misura in cui possono presentarsi esiti disadattivi all'interno di un percorso normale, o, viceversa emergono esiti adattivi a seguito di fasi o periodi ad elevato rischio nello sviluppo del bambino. Tale disciplina ha introdotto ed identificato i costrutti di rischio e protezione per cogliere la complessità di interazione tra questi fattori che promuovono traiettorie adattive e quelli coinvolti in percorsi disadattivi (Rutter, 1995).

Da queste considerazioni scaturisce l'interesse verso il rischio psico-sociale come area di cerniera tra sviluppo adattivo e disadattamento.

Nella realtà tali fattori fungono in relazione alle diverse circostanze in cui si presentano come rischio o come protezione: i fattori di rischio²² (risk factors) aumentano la probabilità di esperire reazioni traumatiche una volta esposti a stressors di una certa intensità, ad esempio Sadock, Kaplan e Sadock (2007) hanno identificato determinati fattori che sembrano giocare un ruolo eziologico nella manifestazione di disturbi

²²La disabilità costituisce un ulteriore fattore di rischio nell'età evolutiva in emergenza: un mancato uso efficace di strategie idonee ad un riadattamento positivo alla nuova situazione può risultare marcatamente deficitario o problematico, sia in relazione all'età che alla tipologia di disturbo/patologia. Conseguentemente l'intervento con tali popolazioni dovrebbe essere progettato in relazioni a tali specificità.

e disagi dopo l'esperienza di eventi traumatici; d'altro canto progettare, pianificare e mettere in atto una propria strategia di soluzione della difficoltà (Felton, Revenson & Hinrichsen, 1984; Holahan & Moos, 1985; Suls & Fletcher, 1985) sono le caratteristiche che identificano i fattori protettivi che aiutano nel contenimento della vulnerabilità potenziando le caratteristiche individuali di hardiness (robustezza) e di resilience (resistenza) che consentono di affrontare un aumento dei livelli di stress con meno angoscia.

L'idea è che negli individui, così come nelle famiglie, esista una dinamicità e una stretta interrelazione tra eventi positivi e negativi non riducibili al semplice effetto della somma degli uni sugli altri.

L'effetto dei fattori di rischio dipende dai cosiddetti mediatori esplicativi del perché e del come certe condizioni possano o meno influenzare l'esito evolutivo.

Ciò che si osserva è che l'attivazione di meccanismi e processi è legata alla fase di transizione cui si fa riferimento e al peso relativo che i diversi fattori giocano nei diversi momenti, quindi l'equazione vulnerabilità/resistenza non risulta risolta una sola volta ma continuamente si modifica, in funzione delle risorse del soggetto e delle dinamiche dei processi.

Rutter ha individuato i possibili meccanismi che mediano la protezione al rischio producendo un effetto catalizzante o aumentando la resistenza a fattori di rischio (protezione) o riducendola (debolezza).

L'importanza delle esperienze non condivise viene sottolineata dal meccanismo di riduzione esposizione al rischio perché i fattori di protezione possono operare direttamente; il secondo meccanismo spiega come si possano verificare delle reazioni a catena e pertanto l'azione cuscinetto sui fattori di rischio sta proprio nella riduzione di reazioni a catena (i fattori di protezione); il terzo meccanismo attiene al rafforzamento

autostima ed infine il quarto meccanismo sottolinea l'apertura a nuove opportunità.

Partendo dalle considerazioni sui meccanismi psicosociali di protezione e di rischio, possiamo osservare che ciò che si è modificato nella psicologia dell'emergenza (D'Amico 2011) in età evolutiva è la concettualizzazione dell'idea di sviluppo, che non viene più interpretato con la metafora della parabola discendente, nascita-morte, con il dispiegarsi di forze nella parte sinistra della campana ed il deterioramento e la perdita nella parte destra, a favore di una interpretazione del cambiamento che avviene secondo una serie di linee spezzate che possono trovare l'inizio alla nascita ma che possono anche invece attivarsi in momenti successivi alla nascita e che sono in funzione di diversi apprendimenti e competenze.

Il percorso di sviluppo si interpreta quindi nella direzione del cambiamento, della continuità/discontinuità e del caos. In tal senso gli effetti dei diversi fattori sono collegati ed hanno esiti diversi in relazione allo stadio di sviluppo e al periodo sensibile del fattore stesso.

In tale concettualizzazione appare evidente l'impossibilità di adottare modelli di interpretazione basati sull'esperienza dell'adulto senza tenere conto degli aspetti peculiari che caratterizzano le diverse fasi di sviluppo. E' che spesso la continuità deriva da effetti a catena indiretti oltre che da influenze dirette e questo lo possiamo leggere quando spostiamo l'attenzione dalle caratteristiche degli eventi di vita alle esperienze dei singoli individui coinvolti negli eventi, nel gioco delle influenze genetiche e ambientali.

Le procedure di sviluppo dei meccanismi di rischio e di protezione sottolineano la rilevanza cruciale di una prospettiva evolutiva in emergenza per poter differenziare interventi specifici prima (prevenzione), durante (intervento) e dopo (intervento e prevenzione) l'evento, in relazione all'assetto

cognitivo, emotivo e relazionale del bambino e dell'adolescente sul piano fisico e psicologico.

In tal senso, la promozione di cambiamenti individuali, sociali e contestuali ai fini del benessere psicofisico e sociale dei soggetti in una comunità contiene il concetto stesso di prevenzione²³ (Horowitz, 1986; Linley e Joseph 2004).

Adottando una prospettiva dell'arco di vita in emergenza pensiamo che l'intervento preventivo si debba strutturare in base alla categoria dei soggetti destinatari delle azioni di prevenzione, alla categoria degli obiettivi che si vogliono raggiungere e infine alla categoria delle modalità d'azione finalizzate allo scopo preventivo.

In particolare, l'obiettivo dell'intervento dovrà essere centrato nella promozione di cambiamenti consapevoli e duraturi che si collocano sul triplice livello di ordine culturale, psicologico, socio-politico (Regogliosi, 2000; Linley e Joseph 2004).

IV. Orientamenti per lo sviluppo della resilienza

Monica Mazza

Docente di Psicometria, Facoltà di Psicologia, Università degli Studi dell'Aquila

La salute dei nostri bambini, sia fisica che psichica, è messa a repentaglio da molteplici fattori, tra i quali, spesso sottovalutati, ci sono anche quegli episodi traumatici che possono mi-

²³La prevenzione primaria è tesa a limitare le cause del disagio nell'intera società. La prevenzione secondaria ha lo scopo di individuare precocemente i sintomi di un disagio e i soggetti a rischio. Infine, la prevenzione terziaria ha l'obiettivo di limitare il più possibile i danni di un disagio presente e di mettere e in atto interventi riabilitativi (Caplan, 1964).

nare il loro equilibrio. Purtroppo, a volte accadono nella vita degli eventi drammatici che non si possono né prevedere, né, tantomeno, impedire, e le cui ripercussioni a livello mentale si possono affrontare solo nel momento in cui compaiono. Abbiamo tutti negli occhi e nel cuore lo sgomento seguito al tremendo tsunami che ha recentemente colpito il Giappone, e la conseguente tragedia per la popolazione, specialmente quella infantile.

La nostra attenzione deve essere rivolta a quei piccoli sopravvissuti del terremoto dell'Aquila, che ancora oggi, a due anni dal sisma, vivono un disagio particolare, e ancora ora ne emergono gli effetti.

Un piccolo su 15, tra quanti hanno vissuto quel dramma che causò, ricordiamolo, 309 morti, manifesta una patologia definita sindrome posttraumatica da stress, una sua forma subclinica. Questo è quanto si evince a seguito di una ricerca promossa dall'Ordine dei Ministri degli Infermi Camilliani, sostenuta dalla Caritas, e realizzata grazie agli specialisti dell'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù, e ai pediatri dell'Abruzzo.

A tale Sindrome sono inoltre associati altri problemi, come il senso di impotenza e una forte paura, segni di ansia legati all'evento sismico, disturbi legati all'affettività, come fragilità e cambiamenti dell'umore e problemi connessi al contesto ambientale. Nell'ansia di aiutare la popolazione colpita, tutti quei professionisti e NON, lanciati in eroismi volontaristici non coordinati, hanno rischiato di non essere realmente un aiuto ma un impedimento ad una rapida ed efficace organizzazione affinché si limitasse al massimo i danni e le vittime.

Come può un genitore aiutare un bambino vittima di un evento traumatico come il terremoto che ha sconvolto l'Abruzzo? I bambini colpiti dallo shock cambiano comportamento: ecco che nei più piccoli possono venir fuori ansia da separazione dai genitori, regressioni, irritabilità e problemi

al momento di addormentarsi. Il ruolo dei genitori è di fondamentale aiuto per bambini e adolescenti vittime di eventi traumatici. E' importante che i genitori trovino o ritrovino il tempo e la tranquillità necessari ad ascoltare le domande dei figli, rispondere loro con sincerità, accettare e rispettare le loro emozioni.

In questi ultimi anni, la resilienza è stata oggetto di una serie di studi e di riflessioni della comunità scientifica nazionale ed internazionale, che le hanno consentito di affrancarsi dal novero astratto entro cui si collocava, per diventare prassi e anche studio di metodologia di lavoro per tutte quelle professioni che vengono a contatto con situazioni di crisi delle famiglie, o di minori che hanno vissuto vere e proprie condizioni traumatiche: terremoti, violenza, guerra, abbandono, maltrattamento, abuso sessuale.

Con il termine resilienza si intende la capacità di far fronte in maniera positiva agli eventi traumatici e di riorganizzare positivamente la propria vita dinanzi alle difficoltà; è quindi una competenza chiave, che è possibile sviluppare attraverso l'apprendimento di tecniche professionali ed il potenziamento dei fattori personali per trasformare le circostanze avverse in nuove sfide alla propria esistenza.

Le risorse interne acquisite fino al momento del trauma permettono di reagire a esso: in modo particolare, risultano determinanti il possesso di un attaccamento sicuro ad una o più figure di riferimento, ed i comportamenti seduttivi, che consentono di essere ben voluti e in grado di riconoscere ed accettare gli aiuti che vengono offerti dall'esterno. Colui che non è riuscito a raggiungere tali acquisizioni fino a quel momento, potrà conseguirli successivamente, pur con maggiore lentezza, a condizione che l'ambiente circostante disponga intorno a lui qualche tutore di resilienza.

La resilienza non si acquisisce una volta per tutte, ma rap-

presenta un cammino da percorrere; non è una qualità dell'individuo, ma un divenire, che inserisce lo sviluppo della persona in un contesto e imprime la sua storia in una cultura. Naturalmente il ritorno al funzionamento psicologico precedente al fattore di rischio non deve essere preso alla lettera. Adottando una prospettiva sistemica, infatti, persone, famiglie e comunità sono sistemi in continuo cambiamento e, pertanto, non è possibile un ritorno ad uno stato precedente in senso stretto.

In Italia i primi lavori sulla resilienza sono apparsi solo nell'ultima decade. Per esempio possiamo citare la panoramica critica elaborata da Caso, De Leo e De Gregorio (2002), il lavoro di Oliviero Ferraris (2003), la messa a punto della misura italiana di ego-resiliency da parte di Caprara, Steca, e De Leo (2003), la trattazione della dinamica fra rischio, protezione e resilienza di Emiliani (2005) e la sistematizzazione del concetto all'interno di una prospettiva pedagogica di Cyrulnik, Malaguti (2005) e Malaguti (2005).

Quando le comunità sono esposte a situazioni critiche, spesso le conseguenze di cui si tiene conto sono quasi esclusivamente negative. L'assunzione prevalente che ne deriva è che le comunità siano incapaci di riprendersi da sole (Sonn e Fisher, 1998; Van den Eyde e Venio, 1999).

Una fra le definizioni più sintetiche di resilienza di comunità è quella di Dawes, Cresswell e Cahan (2004), i quali la intendono come la capacità di una collettività di resistere ad eventi critici che sfidano il proprio ambiente fisico e tessuto sociale.

Gli studi condotti su soggetti 'resilienti' hanno focalizzato l'attenzione sulle caratteristiche psicologiche distintive e trasversali ai diversi contesti, che possano fungere da elementi predittori dell'esito positivo, in termini di benessere psico-fisico, della condizione di stress. Come caratteristica personale,

un'alta autoefficacia è basata sull'orientamento a cogliere, in ogni sfida, ciò che è fattibile, ciò che è realizzabile o quantomeno tentabile, e la ricerca autonoma di strumenti per colmare le eventuali carenze.

Allo stesso tempo, l'autoefficacia si correla alla consapevolezza di dove, quanto e come siamo in grado di potercela fare da soli. Questo punto (indipendenza e autonomia) non deve essere confuso con una chiusura verso l'esterno e verso l'aiuto. Autoefficacia anzi significa anche capire e volere l'aiuto che serve a compiere un progetto, ma con una consapevolezza di dove realmente si colloca il confine delle proprie capacità autonome e dove è importante ricercare aiuto. Coltivare coscienza di sé è fondamentale.

Inoltre, le caratteristiche dell'ambiente di vita e la qualità delle relazioni sociali sono un punto di riferimento fondamentale in questo ambito di indagine. Concetto fondamentale è quello di supporto sociale. Nel tempo il supporto sociale ha assunto le sembianze di un ampio meta-costrutto in cui convergono diversi fattori, quali lo scambio di interazioni supportive, la percezione di sostegno ricevuto, l'integrazione sociale o, più recentemente, la "solitudine" definita come discrepanza percepita tra le relazioni sociali desiderate e quelle effettive.

Complessivamente, il supporto sociale risulta essere positivamente correlato con la resistenza allo stress, con un miglior adattamento psicologico, ma anche con diversi parametri di natura fisiologica. La percezione di un buon livello di supporto sociale è associata a migliori indici di attività del sistema autonomo, del sistema immunitario e del sistema ormonale. Infatti, diversi studi hanno evidenziato in modo particolare il ruolo protettivo della dimensione di supporto sociale nei confronti del rischio cardiovascolare, verificato anche in studi epidemiologici.

Alcuni ricercatori (Schaefer e Moos, 1998) ipotizzano che

determinate risorse personali e ambientali associate a una particolare valutazione dell'evento possano facilitare una crescita dopo un'avversità. Inoltre, il sistema ambientale e personale influenza le crisi e le transizioni della vita, le quali, a loro volta, influenzano la possibilità di esiti positivi sia direttamente, sia con la mediazione della valutazione cognitiva e delle risposte di coping.

Per garantire un ritorno alle condizioni iniziali, e per sviluppare una buona resilienza, è necessario lavorare soprattutto su queste due caratteristiche sin da quando si verifica un disastro naturale, per preparare le persone ad affrontare un qualsiasi evento stressante e sviluppare in loro capacità di coping.

I maggiori punti di criticità individuati sono quelli di non avere tenuto conto di quei fattori che un cittadino considera importanti, e che provengono dalle strutture sociali locali che dovrebbero offrire al cittadino un sostegno nei casi di emergenza.

A partire da strumenti già esistenti in letteratura, dalla definizione di QoL da parte della WHO e dalla Scala SOC di Antonovsky, da tutti gli scritti sulla Resilienza, scopo dello studio svolto dall'università di L'Aquila è stato la messa in pratica di tali conoscenze per osservare le differenze, soprattutto di carattere socio-demografico, nella soddisfazione della vita e nel livello di resilienza tra il Gruppo Sperimentale (Aquilano) e il Gruppo di Controllo (altre province dell'Abruzzo e altre Regioni italiane), principalmente a seguito del sisma del 6 aprile 2009. Infatti, la curiosità di analizzare tali discrepanze nasce proprio dalla constatazione della disgregazione della rete sociale del territorio aquilano conseguente al terremoto. Si vuole quindi analizzare se realmente chi vive situazioni di svantaggio, in questo caso a causa del sisma, presenti una tendenza a considerare negativamente gli avvenimenti, ed abbia una difficile ristrutturazione positiva della propria vita e della consi-

derazione di se stesso, a causa dei diversi fattori di rischio con cui convive quotidianamente da ormai più di 24 mesi (perdita della casa, creazione di nuovi rapporti di vicinato, risorse territoriali non sempre facilmente raggiungibili, etc.), rispetto a chi vive in un territorio privo di tali problematiche.

Da una pre-analisi sui dati raccolti su 2000 persone (da 18 ai 50 anni) da parte dell'Università de L'Aquila, è emerso che, ai fini di una buona capacità di resilienza, sono necessari buoni livelli di ottimismo, autostima (autoefficacia) e soddisfazione alla vita. Esiste in queste persone la voglia di mantenere le condizioni di vita sociali pre-esistenti al sisma, in particolare il sostegno e l'impegno da parte degli enti locali, la percezione da parte del soggetto di un aiuto "concreto o almeno morale", l'andare incontro ai loro bisogni. Il pensiero positivo individua una predisposizione cognitiva 'positiva' rispetto a se stessi, alla propria vita e al proprio futuro. I risultati raccolti sostengono l'ipotesi che il pensiero positivo costituisca un'efficace risorsa di resilienza, svolgendo una funzione protettiva nei confronti dello sviluppo di sintomi depressivi legati al trauma. Dal nostro campione, la persona aquilana ha percepito come assente o non sufficiente l'impegno sociale, e questo è andato ancora di più ad inficiare il livello di autostima già basso in molti.

Osservare le differenze, soprattutto di carattere socio-demografico, nella soddisfazione della vita e nel livello di resilienza tra la gente aquilana che ha vissuto il sisma e la gente proveniente da altre regioni che non hanno vissuto l'evento, può essere di aiuto nel fare emergere quei fattori di rischio che in qualche modo ostacolano il processo di risoluzione di un evento traumatico, e di conseguenza può fornire una guida all'individuazione di quei fattori protettivi che facilitano la rielaborazione dello stesso.

Nell'andamento generale della ricerca fin qui effettuata e non ancora conclusa, per quel che riguarda il gruppo speri-

mentale, vi è appiattimento emotivo, mancanza di piacevolezza nel godere della propria vita e delle proprie esperienze, di apprendere dall'esperienza per agire sui piani di vita futura; quindi, una considerazione della qualità della vita percepita e vissuta con un grado di soddisfazione non sempre soddisfacente e probabilmente passivo, con poche situazioni di euforia e molti rimpianti per il passato, confermato anche dalla risposta aperta.

Per procedere con programmi di supporto è necessario valutare quali risorse mancano alle persone ma anche al territorio per potersi sviluppare positivamente e quali invece sono presenti. Nel caso di un evento traumatico di grossa portata, come il sisma, dobbiamo evitare di incorrere in alcune fallacie ("credenze"), come ad esempio il pensare che solo chi presenta una richiesta esplicita di aiuto ne abbia esclusivamente bisogno, poiché la ferita causata dall'evento può inibire la domanda ma non per questo impedire la sofferenza, o al contrario il voler trattare a tutti i costi una persona che non lo desidera, spinti solo dal desiderio di voler "salvare" l'umanità.

Per essere resilienti e mettere in pratica tale capacità, è necessario disporre di un sistema sociale che offra i mezzi per poter agire in questo senso; quindi la valutazione va fatta oltre che per indagare il livello di resilienza personale, anche per osservare qual è lo stato delle cose nell'ambiente di riferimento ed eventualmente attivare progetti per il sostegno della comunità e quindi della salute mentale pubblica.

È necessario un lavoro multidisciplinare al quale collaborino i servizi assistenziali, l'istruzione, il settore sanitario, nel quale vi sia collaborazione e co-realizzazione (Australian Health Ministers, 1991, 1998). Per compiere, quindi, una valutazione complessiva occorre un lavoro di rete, la partecipazione di tutti gli attori sociali, in modo da poter realizzare lo stato di benessere individuale e collettivo, che non può essere de-

legato solo ai servizi e ai relativi operatori. Il lavoro di rete risponde al desiderio di uscire dalla logica di formare un nuovo servizio per ogni nuovo bisogno e di incrementare la flessibilità e la sinergia fra le risorse esistenti, connette le soluzioni ai contesti di vita delle persone per individuare, prevenire o risolvere i diversi problemi.

Nel processo valutativo è quindi essenziale un'analisi del contesto socio-culturale attraverso questionari che valutino la qualità della vita percepita, invocando la partecipazione della comunità per l'identificazione dei problemi e delle strategie per affrontarli, promuovendo così anche l'empowerment individuale e collettivo. L'evento traumatico non può essere cancellato poiché ne rimangono tracce indelebili nella memoria di chi lo ha vissuto. Stando a quanto detto, il trauma rischia di bloccare la crescita e lo sviluppo delle competenze individuali, inducendo l'uomo a vivere da vittima poiché non in grado di riorganizzare il proprio futuro, a causa di una fissazione costante al passato, a ciò che c'era e non c'è più, agli obiettivi che si volevano raggiungere se solo non fosse accaduto l'impensabile. Il percorso di riorganizzazione positiva, di crescita, richiede innanzitutto interventi di riduzione delle disparità e delle difficoltà che l'evento traumatico comporta, attraverso azioni di rieducazione, riabilitazione, didattica speciale, e di interventi che promuovano le capacità di coping, di empowerment, di resilienza personale, attraverso un'analisi multifattoriale e sistemica della realtà che miri alla costruzione di un nuovo progetto di vita che coinvolga tutti gli attori sociali in un reciproco scambio di solidarietà ed aiuto che promuova la conoscenza, l'ascolto ed attivi il processo di resilienza, un approccio clinico non sanitarizzante. Si tratta di valorizzare i diritti e doveri di tutti, di progettare comunità solidali basate sulla condivisione della forza-debolezza di ogni individuo che ne fa parte, di rispettare.

Quindi, quali fattori favoriscono il positivo recupero di un equilibrio personale dopo un evento improvviso e negativo? Quali sono le capacità decisive e necessarie per affrontare le difficoltà?

Le ricerche condotte in questo ambito hanno ampiamente mostrato il ruolo cruciale giocato dalla dimensione di senso come moderatore degli effetti dello stress sulla salute fisica e sul benessere psicofisico delle persone in generale, e delle vittime di disastri naturali, in particolare, come agente promotore di benessere. Il Senso di coerenza è un costrutto attraverso il quale si coglie un orientamento generale di vita che predispone all'utilizzo efficace delle diverse strategie di coping. Esso fa riferimento al sentimento della persona di confidenza pervasivo, duraturo e al tempo stesso dinamico, con gli stimoli provenienti dall'ambiente interno ed esterno come strutturati, prevedibili, spiegabili (comprensibilità), alle risorse per fronteggiare efficacemente le richieste poste dall'ambiente come disponibili e accessibili (fronteggiabilità) e alle richieste poste dall'ambiente come sfide ricche di impegno e coinvolgimento (significatività).

È la conoscenza di questi fattori che permette di sviluppare una visione più positiva della propria vita anche di fronte alle avversità, di modo che le persone diventino in grado di tornare alla condizione iniziale, o almeno, cercare di riorganizzare positivamente la loro esistenza.

5. GLOSSARIO DEI TERMINI

Termine	Significato nel contesto delle emergenze
Calamità naturale	È un evento che impatta sull'intera comunità, destabilizza tutte le risorse locali, ha in genere una lunga durata, impone un alto prezzo agli abitanti in termini di senso di sicurezza, benessere emotivo, fiducia nella comunità e nei suoi leader. Gli impatti sociali ed i rischi delle calamità naturali possono essere contrastati grazie a strategie di prevenzione e di protezione adeguate.
Comunità resiliente	Una comunità può dirsi resiliente quando tutte le sue componenti (enti pubblici di tutti i livelli, enti non-profit, imprese, cittadini) lavorano insieme per comprendere e gestire i rischi cui devono far fronte.
Emergenza grave	Situazione improvvisa, inaspettata o imminente che può causare lesioni, perdite di vite umane, danni alle proprietà e/o interferenze con le normali attività di una persona o di un'impresa e che, pertanto, richiede attenzione e intervento immediato per mettere in campo misure correttive. Può definirsi come una sproporzione tra domanda (l'Evento) e offerta (la Risposta), ossia la scarsa capacità di risposta a fronte di una apparentemente insuperabile e grave necessità.
Età evolutiva	Il concetto designa "canonicamente" il periodo di sviluppo dell'individuo che va dal concepimento alla giovinezza. Solitamente le fasi del ciclo di vita che designano tali periodi di sviluppo sono suddivise in periodo prenatale, prima infanzia (o infanzia), età prescolare (o seconda infanzia), età scolare (o fanciullezza) e adolescenza. In emergenza, l'esperienza traumatica a seguito di determinate situazioni come catastrofi, lutti, traumi, innesca la possibilità di produrre in coloro che ne sono vittime gravi e invalidanti conseguenze sul piano fisico e psicologico che si modulano in relazione all'assetto cognitivo, emotivo e relazionale del bambino e dell'adolescente.
Interventi psico-sociali	Gli interventi psico-sociali comprendono aiuti di carattere emotivo e pratico. Possono andare dal prestare immediato conforto e aiuto materiale fino ad una presa in carico psico-

	<p>sociale di lungo termine. Le persone ricevono spesso aiuto da famiglia, amici e comunità.</p> <p>Ogni supporto formale esterno deve essere complementare a queste risorse spontanee. Ogni forma di sostegno psico-sociale deve essere prestata considerando l'ambiente sociale allargato cui appartiene la persona.</p>
Media	<p>È l'insieme dei mezzi di informazione: televisione, stampa, radio, internet. I media svolgono un ruolo importante prima, durante e dopo una calamità naturale, in quanto possono raggiungere tutti i cittadini, ed agire così da strumento per promuovere la resilienza e la preparazione in caso di catastrofe.</p>
Operatori di primo soccorso	<p>Gli operatori di primo soccorso sono coloro che prestano i primi interventi sul luogo della calamità: pompieri, polizia, medici dell'emergenza, etc.</p> <p>Gli operatori del primo soccorso sono rispettati e membri di fiducia della comunità. Per questo il loro coinvolgimento nella costruzione dei piani di intervento nelle emergenze è importante.</p>
Prevenzione	<p>È l'insieme delle attività volte ad evitare o ridurre al minimo la possibilità che si verifichino danni conseguenti ad un evento calamitoso, e comprende interventi strutturali e non strutturali, quali la pianificazione di emergenza, le esercitazioni di protezione civile, la formazione, la preparazione e l'informazione alla popolazione.</p> <p>Il concetto di prevenzione implica la promozione di cambiamenti individuali, sociali e contestuali ai fini del benessere psicofisico e sociale dei soggetti in una comunità.</p> <p>L'intervento preventivo si struttura in base alla categoria dei soggetti destinatari delle azioni di prevenzione, alla categoria degli obiettivi che si vogliono raggiungere e infine alla categoria delle modalità d'azione finalizzate allo scopo preventivo. Possiamo distinguere tre tipi di prevenzione: la prevenzione primaria (promozione del benessere e limitazione delle cause del disagio), la prevenzione secondaria (prevenzione dei sintomi di disagio e di soggetti a rischio) ed infine la prevenzione terziaria (rappresenta le azioni di riabilitazione) (Caplan, 1964).</p>

Protezione Civile	<p>La protezione civile ha il compito specifico di: <i>“tutelare l'integrità della vita, i beni, gli insediamenti e l'ambiente dai danni o dal pericolo di danni derivanti da calamità naturali, da catastrofi e da altri eventi calamitosi”</i> (cfr. Legge 24 febbraio 1992 n. 225).</p> <p>Si tratta di protezione civile quando la gestione di un evento, per la gravità, la complessità e/o vastità dello stesso, richiede competenze plurime e l'intervento coordinato e sinergico di più Enti e/o Organizzazioni. La protezione civile è, quindi, un sistema complesso ed interdisciplinare, costituito da enti, istituzioni, aziende ed organizzazioni (componenti), che, pur operando ciascuno nel campo di propria competenza, garantiscono insieme un'azione completa per il soccorso in caso di evento calamitoso (cfr. L. 225/92).</p>
Resilienza	<p>È la capacità di mettere in campo azioni efficaci in risposta alle avversità per riprendersi ed affrontare le crisi. E' un concetto che si applica a diversi ambiti disciplinari (in fisica, in psicologia, in sociologia, in economia, etc.). Nel settore della protezione civile, la resilienza va costruita prima che una calamità naturale si verifichi agendo sulla comunità, e va rafforzata dopo per consentire alla comunità di ristabilirsi e di poter cambiare in modo efficace le sue priorità ed i suoi stili di vita. La resilienza persegue l'obiettivo di innalzare il grado di resistenza di una Comunità ad un evento perturbante, di elevare la sua capacità di assorbimento del danno e di migliorare la sua capacità di ripristino a seguito di un evento. Gli obiettivi si perseguono attraverso principi-chiave quali per esempio: la pianificazione e la programmazione, la previsione e la prevenzione, la mitigazione del rischio e delle minacce esterne, la capacità di adattamento, la pianificazione di campagne di informazione sui rischi e sulla preparazione supportate da adeguati investimenti, il coinvolgimento delle persone e la ricerca di soluzioni alternative.</p>
Risorse locali	<p>Sono tutte le risorse umane, materiali ed immateriali che caratterizzano una comunità colpita da un evento calamitoso. Gli interventi di emergenza devono essere svolti, se possibile, avvalendosi di queste risorse; nel caso di gravi disastri, è necessario riattivare al più presto le risorse locali per sostenere la ripresa positiva della vita delle comunità colpite.</p>

Trauma	<p>In psicopatologia gli eventi traumatici <i>“includono, ma non sono limitati a, combattimenti militari, aggressione personale violenta (violenza sessuale, attacco fisico, scippo, rapina), rapimento, essere presi in ostaggio, attacco terroristico, tortura, incarcerazione come prigioniero di guerra o in campo di concentramento, disastri naturali o provocati, gravi incidenti automobilistici, ricevere una diagnosi di malattie minacciose per la vita”</i> (DSM IV TR).</p> <p>Di fatto, il significato psicologico del concetto di trauma (dal greco τραμα ferita) contiene gli effetti sul comportamento, sulle interpretazioni e sulle emozioni provate dalle persone. In età evolutiva, la reazione di un bambino o di un adolescente ad un evento traumatico può dipendere dalle caratteristiche dell'evento subito, da caratteristiche precedenti all'evento o da condizioni successive all'evento traumatico stesso nonché dalla capacità di fronteggiamento del bambino e dell'adolescente per far fronte allo stress.</p>
Triage	<p>Parola d'origine francese che significa “selezionare”, trova applicazione nel settore sanitario dell'emergenza per definire l'atto di classificare le vittime di una catastrofe o di un incidente con numerosi feriti.</p> <p>Nel sistema sanitario attuale il triage rappresenta uno strumento essenziale di emergenza. La metodica del triage consiste nella selezione delle vittime in funzione della gravità delle lesioni e dei loro rischi evolutivi, così da stabilire un ordine di priorità nell'evacuazione dei feriti e relativo trattamento.</p> <p>Il triage è applicabile anche in ambito psicologico.</p>
Volontariato	<p>Il volontariato è un'attività libera e gratuita svolta per ragioni private e personali, che possono essere di solidarietà, di giustizia sociale, di altruismo o di qualsiasi altra natura. In caso di calamità naturali, le forze di volontariato che possono entrare il gioco sono: il Volontariato di Protezione Civile; il Volontariato professionale, attraverso il lavoro di esperti ed organizzazioni affiliate e riconosciute dalla Protezione Civile per gli interventi di emergenza; i Volontari spontanei, che sono le persone che, senza legami o affiliazioni con altre organizzazioni, offrono il proprio aiuto soprattutto nell'immediato verificarsi dell'emergenza.</p>

6. BIBLIOGRAFIA

AA. VV. (Gurwitch, R. H., Pfefferbaum, B., Montgomery, J. M., Klomp, R. W., & Reissman, D. B.) (2007), *Building community resilience for children and families, Oklahoma City: Terrorism and Disaster Center at the University of Oklahoma Health Sciences Center.*

Academic Medical Center University of Amsterdam (with the contribution of the TENT – The European Network for Traumatic Stress) (2009), *TENTS - Interventions on the Aftermath of Disaster*, February 2009.

Almqvist, K., & Brandell-Forsberg, M. (1997). Refugee children in Sweden: post-traumatic stress disorder in Iranian preschool children exposed to organized violence., in *Child Abuse and Neglect*, 21, pp. 351-366.

Amaya-Jackson, L. (2000). Posttraumatic stress disorder in children and adolescents, in: Sadock, B., & Sadock, V. (Eds). *Kaplan and Sadock's Comprehensive textbook of psychiatry*, 7th ed. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins, pp. 2763-2769.

American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (1998). Practice parameters for the assessment and treatment of post- traumatic stress disorder in children and adolescents, in *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 37(10), pp. 4S-26S.

American Psychological Association (APA), *Tips for recovering from disaster and other traumatic events*, www.apa.org.

American Psychological Association (APA), *Managing your distress about the earthquake from afar*, www.apa.org.

American Psychological Association (APA), *Resilience Guide for Parents and Teachers*, www.apa.org.

American Red Cross, FEMA (2004), *Helping children cope with disaster*.

Baggerly J. and Exum H.A. (University of South Florida, Tampa, Florida, USA) (2008), *Counseling Children After Natural Disaster: Guidance for Family Therapists*, in *The American Journal of Family Therapy*, 36:79-63, Taylor and Francis Group.

Baltes P.B., & Baltes M.M. (eds.) (1990). *Successful aging. Perspectives from the behavioral science*, Cambridge University Press.

Berman, H. (1999). Stories of growing up amid violence by refugee children of war and children of battered women living in Canada, in *Image Journal of Nursing Scholarship*, 31, pp. 57-63.

Biemmi I (2010), *Tu Partecipi io Partecipo. Un'analisi dei metodi di lavoro e delle buone pratiche di partecipazione di bambini e adolescenti realizzate da Save the Children Onlus Italia*, Save the Children Italia Onlus.

Biemmi I., Scognamiglio N. (2007), *Verso una pedagogia dei diritti. Guida per insegnanti*, Save the Children Italia Onlus.

Boyd, D., & Bee, H. (2006). *Lifespan development* (4th ed.). Upper Saddle River, NJ: Pearson.

Bruner J.S., Weisser S., (1991). The invention of self, in *D.R.Olson, N.Torrance, Literacy and orality*, Cambridge University Press, Cambridge.

Campbell J. and Yates R., Lessons for life. Building a culture of safety and resilience to disasters through schools, *Action Aid International*.

Caplan G. (1964). *Principles of preventiv psichiatria*, Tavistock, London.

Cardiff University (with the contribution of the TENT – The European Network for Traumatic Stress) (2008), *The TENTS Guidelines for psychosocial care following disasters and major incidents*, Cardiff University.

Commissione Europea (2010), *Decisione 2010/481/CE, Euratom del 29 luglio 2010 recante modifiche alla decisione 2004/277/CE, Euratom della Commissione per quanto concerne le modalità di applicazione della decisione 2007/779/CE, Euratom del Consiglio che istituisce un meccanismo comunitario di protezione civile*.

Commissione Europea (2004), *Decisione 2004/277/CE, Euratom del 29 dicembre 2003 che stabilisce norme per l'attuazione della decisione 2001/792/CE, Euratom del Consiglio che istituisce un meccanismo comunitario inteso ad agevolare una cooperazione rafforzata negli interventi di soccorso della protezione civile*.

Commissione Europea - Direzione Generale dell'Ambiente (2002), *L'attenzione dell'UE alla protezione civile*, Comunità europee 2002.

Commissione Europea (2009), *The European Community Civil Protection Mechanism Training Programme*, European Communities.

Commissione Europea (2009), *Comunicazione della Commissione al Consiglio e al Parlamento Europeo. Strategia dell'UE a sostegno della riduzione del rischio di catastrofi nei paesi in via di sviluppo*. Bruxelles, 23.2.2009, COM (2009) 84 def.

Consiglio dell'Unione Europea (2007), *Decisione 2007/779/CE, Euratom dell'8 novembre 2007 che istituisce un meccanismo comunitario di protezione civile.*

Council of Australian Government's Brisbane (2009), *National Disaster Resilience Statement*, 7 December.

D'Amico S. (2010). *Convinzioni di efficacia e capacità di fronteggiamento: studio su un campione di preadolescenti esposti al sisma del 6 aprile 2009*, relazione presentata al convegno Proteggere I bambini nelle emergenze. Strumenti e modelli operativi per gli interventi di protezione dei bambini alla luce dell'esperienza aquilana, Facoltà di Psicologia Ateneo dell'Aquila, L'Aquila 19 gennaio 2010.

D'Amico S. (2011). *Proteggere la mente dei bambini prima e dopo una catastrofe naturale. L'intervento psicologico e neuropsichiatrico*, relazione presentata al convegno "I segni del terremoto: modificazioni cognitive, comportamentali e sociali in soggetti esposti al sisma del 6 aprile 2009", Save the Children e Facoltà di Psicologia Ateneo dell'Aquila, L'Aquila 4 aprile 2011.

D'Amico S., Marianella M. (2011). Aspetti psicologici e qualità della vita, in (a cura di) *Osservatorio sul terremoto dell'Università dell'Aquila, Il Terremoto dell'Aquila. Analisi e riflessioni sull'emergenza*, Edizioni l'Una.

D'Amico S., Marano S. (2011), *Strategie di reazione ad un evento traumatico in un campione di preadolescenti*, 6th Congress on European Psychopathology in Childhood and Adolescence, A.E.P.E.A Bologna 05 – 07 maggio.

Danish, S. J., Smyer, M. A., & Nowak, C. A. (1980). Developmental intervention: Enhancing life-event processes. In P. B. Baltes & O. G. Brim, Jr. (Eds.), *Life-span development and behavior* (Vol. 3, pp. 339-366). New York: Academic Press.

Da Fermo M. (1991). *La prevenzione del disagio giovanile: teorie e strategie di intervento*, Associazione Prevenzione droga, Ente Ausiliario della Regione Abruzzo, Collana per l'educazione alla salute, n. 54, Editoriale Eco, Teramo.

Department For International Development UK - DFID (2006), *Reducing the Risk of Disaster.*

Endo, T., Shioiri, T., Someya, T., Akazawa, K., & Toyabe, S. (2007). *Parental mental health affects behavioral changes in children following a devastating disaster: A community survey after the 2004 Niigata- Chuetsu earthquake. General Hospital Psychiatry*, 29, 175–176.

Famularo, R., Fenton, T., Augustyn, M., & Zuckerman, B. (1996). Persistence of pediatric post traumatic stress after two years. *Child Abuse and Neglect*, 20, pp. 1245-1248.

Federal Emergency Management Agency (FEMA - U.S.A.) – America Red Cross (2004), *Helping Children Cope with Disaster*.

Felton BJ, Revenson TA, Hinrichsen GA. (1984). Stress and coping in the explanation of psychological adjustment among chronically ill adults. *Social Science & Medicine* 18:889-898.

Foy, D.W., Madvig, B.T., Pynoos, R.S., & Camilleri, A.J. (1996). Etiologic factors in the development of posttraumatic stress disorder in children and adolescents. *Journal of School Psychology*, 34, pp. 133-145.

Global Education Cluster, http://onerresponse.info/GlobalClusters/Education/publicdocuments/Education_Cluster_Overview_28072010.pdf.

Goenjian, A.K., Karayan, I., Pynoos, R.S., Minassian, D., Najarian, L.M., Steinberg, A.M., et al. (1997). Outcome of psychotherapy among early adolescents after trauma. *American Journal of Psychiatry*, 154, pp.536-542.

Green BL, Korol M, Grace MC et al. (1991). Children and disaster: age, gender, and parental effects on PTSD symptoms. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 30:945-951.

Gurwitsch, R. H., Kees, M., Becker, S. M., Schreiber, M., Pfefferbaum, B., & Diamond, D. (2004), When disaster strikes: *Responding to the needs of children*, Prehospital and Disaster Medicine, 19, 21–28.

Harper, G., & Cetin, F. C. . (2008). Child and adolescent mental health policy: Promise to provision. *International Review of Psychiatry*, 20, 217–224.

Hendry L.B., Kloep M. (2003). *Lo sviluppo nel ciclo di vita*, Bologna, Il Mulino.

Holloway HC, Ursano RJ. (1984). Vietnam: Memory, social context and metaphors, *Psychiatry*, 47:103-108.

Horowitz M.J., (1986). Stress Response Syndrome: a review of post-traumatic and adjustment disorders. *Hospital and community Psychiatry*, 37, 241-249.

Inter-Agency Network for Education in Emergencies – INEE (2010), *Minimum Standards for Education: Preparedness, Response, Recovery*.

Inter-Agency Network for Education in Emergencies – INEE, *Good practice Guide: Emergency Space for Children*, www.ineesite.org

Inter-Agency Standing Committee – IASC (2008), *Mental Health and Psychosocial Support: Checklist of field use*, Ginevra.

International Strategy for Disaster Reduction ISDR (2006-2007), *Disaster risk reduction begins at school*.

Izadkhah Y.O. (2005), Towards resilient communities in developing countries through education of children for disaster preparedness, *Int. J. Emergency Management*, Vol. 2 N. 3.

Johnston, C., & Redlener, I. (2006). Critical concepts for children in disasters identified by hands-on professionals: Summary of issues demanding solutions before the next one. *Pediatrics*, 117, S458–S460.

Kar, N. (2006). Psychosocial issues following a natural disaster in a developing country: a qualitative longitudinal observational study. *International Journal of Disaster Medicine*, 4, pp.169-176.

Kar, N., & Bastia, B. K. (2006). Post-traumatic stress disorder, depression and generalised anxiety disorder in adolescents after a natural disaster: a study of comorbidity. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*, 2-17.

Kar N, & Misra, B.N. (2008). *Mental health care following disasters: a handbook for disaster workers*. Bhubaneswar: Quality of Life Research and Development Foundation.

Jones, L. (2008). Responding to the needs of children in crisis. *International Review of Psychiatry*, 20, pp. 291-303.

La Greca, A. M., & Prinstein, M. J. (2002). Hurricanes and earthquakes. In A. M. La Greca, W. K. Silverman, E. M. Vernberg, & M. C. Roberts (Eds.), *Helping children cope with disasters and terrorism* (pp. 107–138). Washington, DC: American Psychological Association.

La Greca, A. M., Sevin, S., & Sevin, E. (2008). *After the storm: A guide to help children cope with the psychological effects of a hurricane*. Miami, FL: 7-Dippity. Retrieved from http://www.7-dippity.com/other/op_storm.html

Linley P.A., Joseph S., (2004). Positive change following trauma and adversity: a review, *Journal of Traumatic Stress*, 17, 11-21.

Local Government Association of South Australia (2009), *Council volunteers in local emergency management – A discussion paper*.

Murray, C. J. S. (2006). Addressing the psychosocial needs of children following disasters. *Journal for Specialists in Pediatric Nursing*, 11, 133–137.

Mirhashemi, S., Ghanjal, A., Mohebbi, H. A., & Moharamzad, Y. (2007). The 2003 Bam earthquake: Overview of first aid and transport of victims. *Prehospital and Disaster Medicine*, 22, 513–516.

National Child Traumatic Stress Network. (n.d.). *Natural disasters*. Retrieved from http://www.nctsnet.org/nccts/nav.do?pid_typ_nd.

National Institute of Mental Health. (2008). *Helping children and adolescents cope with violence and disasters: What parents can do*. Retrieved from <http://www.nimh.nih.gov/health/publications/helping-childrenand-adolescents-cope-with-violence-and-disasters-what-communitymembers-can-do.pdf>.

Nazioni Unite (2007), *Building Disaster Resilient Community – Good practices and Lessons: Learned*, Ginevra.

Omigbodun, O. (2008). Developing child mental health services in resource-poor countries. *International Review of Psychiatry*, 20, 225–235.

Pine D.S., Cohen J.A., (2002). Trauma in children and adolescents: risk and treatment of psychiatric sequelae. *Biological Psychiatry*, 51, 519-531.

Presidenza del Consiglio dei Ministri – Dipartimento della Protezione Civile – Servizio Rischio Sanitario e Ambientale (2006), *Criteri di massima sugli interventi psicosociali da attuare nelle catastrofi*, G.U. n. 200 del 29/08/2006.

Presidenza del Consiglio dei Ministri – Dipartimento della Protezione Civile (2011), *Hyogo Framework for Action 2005-2015: launch of the Mid-Term Review Report and Disaster Risk Reduction in South Eastern Europe and in the Meditterrean*, http://www.protezionecivile.it/jcms/it/view_new.wp.jsessionid=F2AB3596D611290EAAF5C8C6217D24E5?contentId=NEW23298.

Reese, H. W., & Smyer, M. A. (1983). The dimensionalization of life events. In K. McCluskey (Ed.), *Life-span Developmental Psychology: Non-normative Live Events*. New York: Academic Press.

Regional Emergency Psychosocial Support Network (2005), *Handbook on Psychosocial Assessment of Children and Communities in Emergencies*, UNICEF East Asia and Pacific Regional Office.

Regoliosi L. (2000), *La prevenzione del disagio giovanile*, Carocci, Roma.

Rutter M. e Rutter M. (1995), *L'arco della vita: continuità, discontinuità e crisi nello sviluppo* (1992), Giunti.

Sadock, B. J., Sadock, V. A., & Ruiz, P. (Eds.) (2007). *Kaplan and Sadock's comprehensive textbook of psychiatry (9th ed)*. Philadelphia, PA: Lippincott, Williams & Wilkins.

Salcioglu, E., & Basoglu, M. (2008). Psychological effects of earthquakes in children: Prospects for brief behavior treatment. *World Journal of Pediatrics*, 4, 165–172.

Save the Children Federation, Inc.(2004) *Children in crisis: best practices in evaluating psychosocial programming.*

Save the Children International (2009), *Reducing risks, saving lifes.*

Save the Children Sweden (2007), *Child- Led Disaster Risk Reduction, A practical Guide.*

Save the Children Italia Onlus (2009), *Decalogo per il supporto psicologico ai bambini*, www.savethechildren.it.

Save the Children Italia Onlus (2009), *Spazi a Misura di Bambino: manuale per lo staff di Save the Children.*

Save the Children Italia Onlus (2010), *Il Futuro è adesso. L'educazione dei bambini e delle bambine nei paesi colpiti dalle guerre.*

Save the Children Italia Onlus (2010), *L'esperienza di Save the Children a L'Aquila. Aprile-Ottobre 2009. Manuale operativo per realizzare attività educative e psicosociali in situazione di emergenza nazionale.*

Save the Children Italia Onlus (2006), *Programmi di educazione in contesti di emergenza: l'esperienza di Save the Children. Approcci, metodologie, standard di intervento.*

Save the Children Italia Onlus (2010), *Racconti dalla tenda. Emergenza Abruzzo: la voce dei ragazzi del campo Ex-italtel 1.*

Schreiber, M., & Gurwitch, R. (2006). *Listen, protect, and connect: Psychological first aid for children and parents.* Retrieved from www.ready.gov/kids/downloads/PFA_Parents.pdf.

Shannon, M.P., Lonigan, C.J., Finch, A.J., & Taylor, C.M. (1994). Children exposed to disaster: epidemiology of post traumatic symptoms and symptom profile. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 33, 80-93.

Sica C., Novara C., Dorz S., Sanavio E. (1997), *Coping Orientation to Problems Experienced (COPE): traduzione e adattamento italiano*, *Bollettino di Psicologia Applicata* 1997; 223: 25-34.

Società Italiana di Medicina di Emergenza ed Urgenza Pediatrica – Simeup (2005), *Linee Guida per la gestione dell'Osservazione Breve in Pediatria*, Consensus Meeting "L'Osservazione Temporanea e Breve in Pronto Soccorso Pediatrico", Trieste, 14-15 ottobre 2005.

Somasundaram, D.J., & van de Put, W.A. (2006). Management of trauma in special populations after a disaster. *Journal of Clinical Psychiatry*, 67(2), 64-73.

Spiegel, D. (1984). Multiple personality as a post traumatic stress disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 7, 101-110.

Steinberg L., Avenevoli S., 2000, The role of context in the development of psychopathology. A conceptual framework and some speculative propositions, *Child Development*, 71, 66-74.

Sugarman L. (2003). *Psicologia del ciclo di vita. Modelli teorici e strategie di intervento*. Milano, Cortina.

Suls J, Fletcher B. (1985). The relative efficacy of avoidant and non-avoidant coping strategies: A meta-analysis. *Health Psychology* 4:249-288.

Terr, L.C. (1983). Chowchilla revisited: the effects of psychic trauma four years after a school-bus kidnapping. *American Journal of Psychiatry*, 140,1543-1550.

The International Save the Children Alliance (2007), *Child Protection in Emergencies: Priorities, Principles and Practices*.

The International Save the Children Alliance (2008), *In the face of disaster, children and climate change*.

Twig J. (2004), *Disaster risk reduction. Mitigation and preparedness in development and emergency programming*.

UNICEF (2006), *Life has changed, Teachers guide*.

United Nations – International Strategy for Disaster Reduction (UN-ISDR), *Making Cities Resilient. My City is getting ready – 2010-2011 World Disaster Reduction Campaign*, 2009

Vijayakumar, L., Kannan, G.K., Ganesh, K. B., & Devarajan, P. (2006). Do all children need intervention after exposure to tsunami? *International Review of Psychiatry*, 18, 515-522.

Wieling, E., & Mittal, M. (2008). JMFT special section on mass trauma [Special section]. *Journal of Marital & Family Therapy*, 34, 127–131.

Williams, R., Alexander, D. A., Bolsover, D., & Bakke, F. K. (2008). Children, resilience and disasters: Recent evidence that should influence a model of psychosocial care. *Current Opinion in Psychiatry*, 21, 338– 344.

Wisner B. (2006), *Let our children teach us! A review of the role of education and knowledge in disaster risk reduction.*

Wisner, Blaikie, Cannon and Davis (2003), *At Risk: natural hazards, people's vulnerability and disasters.*

Wolfe, D.A., Sas, L., & Wekerle, C. (1994). Factors associated with the development of post traumatic stress disorder among child victims of sexual abuse. *Child Abuse and Neglect*, 18, 37-50.

World Health Organization – WHO (2008), *Manual for the health care of children in humanitarian emergencies.*

World Vision International (2006), *Children in Emergencies Manual.*

World Vision International, *What is a Child Friendly Space*, http://www.worldvision.org.uk/upload/pdf/What_is_a_Child_Friendly_Space.pdf.

Zuliani Antonio (2002), *L'intervento psicologico nei disastri: panoramica nazionale ed internazionale*, Relazione, non rivista dall'Autore, al Convegno "Scenari nazionale ed internazionali dell'emergenza" di Castel Ivano (TN) dell'11 maggio 2002.

Finito di stampare nel mese di aprile 2012
presso Editpress srl Castellalto (TE)

Patrocini



ISBN 889037403-9



9 788890 374036