

VIALE GIOTTO DALL'ALTRA PARTE

L'assistenza psicologica dell'ASL FG/3 e del Comune di Foggia ai superstiti ed ai familiari delle vittime del crollo.

A cura di Michele Cusano



CRONACA DEL DISASTRO Viale Giotto, 120

GIORNO 11 NOVEMBRE 1999

Ore 02,30 L'amministratore dello stabile viene chiamato da alcuni inquilini del palazzo che notano forti irregolarità nel pavimento della loro casa e sentono strani scricchiolii provenire dalle strutture del palazzo. L'amministratore allarmato chiama i vigili del fuoco e citofona agli inquilini dicendo loro di scendere.

Ore 03,10 Il crollo.

In 19 secondi il palazzo di sei piani con 27 appartamenti cede su se stesso sollevando una fittissima nuvola di polvere per lo sbriciolamento dei materiali.

Ore 03,20 Arrivano i Vigili del Fuoco.

Ore 03,30 Arrivano le prime ambulanze dagli Ospedali Riuniti di Foggia.

Ore 03,40 Recupero delle prime vittime, bambini molto piccoli e adulti.

Ore 08,00 La macchina dell'emergenza è in continuo allertamento: Vigili del Fuoco, Esercito e Croce Rossa della Provincia di Foggia e di quelle vicine sono attivate.

Ore 11,30 Viene consentito alle organizzazioni di volontariato preposte alle emergenze di prendere parte alle operazioni di soccorso.

Ore 12,30 Complessivamente i soccorritori hanno raggiunto e portato in salvo 9 feriti e ritrovati 7 corpi senza vita.

Ore 13,00 Dalle macerie si alza del fumo e poi del fuoco che rapidamente diventa un incendio, le operazioni di soccorso si complicano: per i soccorritori, per gli eventuali superstiti che potrebbero essere raggiunti dal fuoco o intossicati dal fumo e per i corpi senza vita che potrebbero essere travolti dalle fiamme.

Ore 17,00 Dopo 14 ore sotto le macerie viene raggiunto e liberato un altro giovane, nuovo entusiasmo e nuove speranze tra i soccorritori.

Ore 24,00 Continua l'incendio e proseguono senza sosta le operazioni di rimozione delle macerie.

GIORNO 12 NOVEMBRE 1999

Ore 03.00 Recuperati complessivamente 26 corpi e raggiunti e portati in salvo 10 feriti.

Ore 04.00 Si diffonde la notizia di "lamenti provenienti dalle macerie", entrano in azione i geofoni, apparecchiature capaci di rilevare suoni provenienti dal sottosuolo, ma la notizia viene rapidamente smentita.

Ore 04.30 Esplosione tra le fiamme (forse a causa di fornelli e bombole da campeggio) ed intensificazione dell'incendio ancora in atto.

Ore 05.00 Da Milano arriva una squadra speciale con apparecchiature termografiche, capaci di rilevare fonti di calore a grande distanza, nessun risultato.

Ore 07.00 I corpi senza vita continuano ad aumentare, sono ormai 27, i feriti sono invece 10, si continua a scavare con momenti di rabbia e sconforto.

Ore 20.00 Durante la giornata sono stati recuperati molti corpi, alla fine di questo lungo e terribile giorno le vittime sono diventate 57

GIORNO 13 NOVEMBRE 1999

Si continua a rimuovere macerie, si recuperano altri corpi, grave senso di sconforto nei soccorritori e nella città.

GIORNO 14 NOVEMBRE 1999

Completata la rimozione di tutte le macerie, che sono sembrate infinite sia ai soccorritori che ai cittadini.

Il bilancio ufficiale con cui si conclude l'operazione di soccorso è di 62 morti, 5 dispersi (in realtà anche loro morti) e 9 feriti.

GIORNO 16 NOVEMBRE 1999 POMERIGGIO

I funerali Nel padiglione n.71 del quartiere fieristico, il più grande di tutti gli spazi coperti della città, si celebrano i funerali di Stato per le vittime. Tra quanti hanno trovato posto nel padiglione, quanti, impossibilitati ad entrare, si sono ammassati nei pressi e quanti hanno atteso il corteo funebre lungo le strade, si stima che ventimila persone abbiano testimoniato il loro cordoglio alle vittime ed ai parenti.

MAGGIO – GIUGNO 2000

Identificati a seguito di particolari esami i reperti di altre due vittime. Il bilancio attuale è quindi di 64 morti, e 3 dispersi (in realtà anche loro morti).

EMERGENZA CROLLO E ASSISTENZA PSICOLOGICA

La mattina dell'11 novembre 1999, appresa la notizia del crollo, cominciai a pensare che, come persona e come psicologo responsabile dell'unità operativa di psicologia, dovevo assolutamente impegnarmi affinché si attivassero interventi di supporto psicologico a favore dei superstiti, dei parenti delle vittime e dei soccorritori.

Sentito il parere del dott. G. Mazziotti, responsabile del Distretto n. 2, che si dichiarò subito concorde, mi recai dal Direttore Sanitario della ASL FG/3 dott. A. Fanelli, per richiamare l'attenzione sull'opportunità di organizzare interventi di supporto psicologico a vittime e soccorritori. Il dott. Fanelli si dichiarò anch'egli favorevole e mi chiese di predisporre un progetto di attività volta a questo scopo. Ci demmo appuntamento per la mattina del giorno successivo, con l'intesa che nel frattempo lui avrebbe contattato il Commissario Straordinario della ASL FG/3 dott. E. Mele. Anche il Commissario Straordinario fu pienamente a favore dell'iniziativa ed a sua volta si attivò presso il Sindaco on. P. Agostinacchio, ed il Prefetto Dott.ssa G. Sorbilli Lasco, che coordinavano gli interventi relativi al crollo. Ottenuto l'avallo, sia pure il informale, dal Sindaco, con una prima bozza di programma avviai i contatti con la 5° Commissione Consiliare: Affari Sociali.

La Commissione mi affiancò l'assistente sociale L. Marcone, che già si stava occupando di altre iniziative relative al crollo, ed insieme, nel corso di vari incontri in Commissione illustrammo il programma per gli interventi ai Consiglieri ed ai Rappresentanti delle vittime e ricevemmo informazioni e suggerimenti relativi a situazioni particolari. Completato l'esame del piano, in una riunione conclusiva, in cui erano presenti anche il dott. Magaldi, responsabile dei servizi socio-sanitari della ASL FG/3, il Presidente della 5° Commissione N. Mendolicchio e l'assessore ai Servizi Sociali P. La Torre, si concordò che quello stilato e discusso sarebbe stato il programma da attuare. In un successivo incontro in Comune, alla presenza del Sindaco, dei vertici della ASL FG/3, dei rappresentanti delle vittime, di Funzionari delle due amministrazioni e di Consiglieri Comunali, si ratificò l'adesione al programma sia da parte del Comune che della ASL FG/3.

Nei giorni successivi ebbero inizio le attività di Supporto e Prevenzione del danno psicologico post-traumatico previsto dal programma, con il coinvolgimento attivo e continuo delle Assistenti Sociali della 6° Circoscrizione, che prosegue a tutt'oggi.

ANALISI DELL'EVENTO CROLLO

CRITERI DI INQUADRAMENTO E VALUTAZIONE DEL CROLLO

Prima di disporre il programma di intervento, è stato necessario decidere se il crollo, per le sue dimensioni, la modalità con cui si è svolto, etc., fosse da esaminare ed inquadrare secondo i criteri dei disastri oppure no.

Sin dalle prime osservazioni del palazzo crollato (effetti, dimensioni, modalità, tempi, etc), è parso però assolutamente chiaro che ricorressero tutte le condizioni per inquadrare il crollo come disastro, e quindi per esaminarlo ed affrontarlo secondo i criteri tipici delle grandi emergenze.

Assunta questa decisione, l'esame del crollo ed il programma di intervento psicologico sono condotti secondo i criteri delle grandi emergenze.

TOPOLOGIA DEL DASASTRO

Il primo necessario inquadramento dell'evento sembrò essere quello relativo alle coordinate spaziali o come comunemente si dice: la topografia del disastro.

Nella articolazione classica della topografia dei disastri si contempla una successione di aree concentriche che si articolano come segue:

- zona centrale di impatto / impatto totale;
- zona di distruzioni materiale / cornice;
- zona marginale / filtro;
- zona esterna / comunità organizzata;

Volendo inquadrare il crollo avvenuto in Viale Giotto con questi criteri, abbiamo:

- zona centrale di impatto / palazzo crollato;
- zona di distruzioni materiali / palazzo gemello;
- zona marginale / gli stabili che necessitano di consolidamento e monitoraggio a causa del crollo, che ha determinato in quella area un sommovimento pari al 4° grado della scala Mercalli;
- zona esterna / gli isolati che circondano l'area del crollo e dei danni.

FASI DEL DISASTRO

Oltre alle coordinate spaziali, importanti sono anche quelle temporali, ossia la successione delle fasi di cui un disastro si compone.

Le fasi in cui un disastro viene comunemente suddiviso sono le seguenti:

- *predisastro*: situazione di normalità;
- *preavviso*: minaccia, allarme, eventuali reazioni;
- *impatto*: danni, isolamento, reazioni immediate;
- *riorganizzazione*: soccorso e prima emergenza, inventario, ripristino;
- *ricostruzione*: ricostruzione sostitutiva, ricostruzione migliorativa, misure di protezione e prevenzione

Adottando questi criteri anche per l'inquadramento del crollo avvenuto in viale Giotto, abbiamo:

- *predisastro*
dalla costruzione del palazzo fino a qualche giorno prima del crollo;

- *preavviso*

scricchiolii, crepe, difficoltà a chiudere le porte ed infissi, attriti dell'ascensore durante la salita e la discesa, irregolarità del pavimento;

- *impatto*

il crollo

- *riorganizzazione*

soccorso ai superstiti, prima sistemazione, delle persone in albergo e successivamente in case appositamente affittate, inventario dei beni e loro restituzione;

- *ricostruzione*

promozione ed attuazione della ricostruzione in situ secondo un apposito Decreto Ministeriale.

VITTIME DEL DISASTRO

ANALISI DELLE DIFFERENTI SITUAZIONI TRAUMATICHE

Un'importante operazione che deve precedere ogni iniziativa di assistenza è quella di distinguere le vittime del disastro in base a come e quanto sono state coinvolte dall'evento, allo scopo di promuovere interventi quanto più possibile calibrati sulle differenti situazioni traumatiche.

Secondo criteri comunemente adottati dalla psicologia dell'emergenza si possono individuare le seguenti situazioni di vittimizzazione:

- *vittime del primo tipo*

chi subisce in via diretta l'impatto dell'evento catastrofico;

- *vittime del secondo tipo*

parenti e persone care delle vittime del primo tipo;

- *vittime del terzo tipo*

personale di soccorso

- *vittime del quarto tipo*

la comunità coinvolta nel disastro e chi in qualche modo né è eventualmente responsabile;

- *vittime del quinto tipo*

individui il cui equilibrio psichico è tale che anche se non sono coinvolti direttamente nel disastro, possono reagire con un disturbo emozionale;

- *vittime del sesto tipo*

persone che, per un diverso concorso di circostanze avrebbero potuto essere loro stessi vittime del primo tipo o che hanno spinto altri nella situazione della calamità o che si sentono coinvolti per altri modi indiretti.

Nel crollo del palazzo di viale Giotto, tutte queste situazioni traumatiche sono rappresentate; possiamo dire, infatti, che:

- *La traumatizzazione del primo tipo*

E' quella vissuta dalle persone estratte dalle macerie;

- *La traumatizzazione del secondo tipo*

E' quella vissuta dai parenti e dalle persone care dei defunti e dei superstiti;

- *La traumatizzazione del terzo tipo*

E' quella vissuta dai soccorritori, professionisti e volontari, due dei quali sono deceduti per infarto dopo le operazioni di soccorso;

- *La traumatizzazione del quarto tipo*

E' quella degli abitanti del palazzo attiguo, gemello di quello crollato, del quartiere e della città intera, come dimostrano i moltissimi disturbi del sonno e le moltissime ansosce di crollo insorte in concomitanza del crollo;

- *La traumatizzazione del quinto tipo*

E' quella di molti cittadini che già soffrivano di disturbi emozionali e che a seguito del forte impatto psicologico del crollo e delle vittime, hanno subito uno scompenso emotivo che ha acuito il loro malessere;

- *La traumatizzazione del sesto tipo*

E' quella di quanti non erano presenti nel palazzo quella notte per puro caso (lavoro, università, viaggi, ricovero ospedaliero) e di quanti hanno sollecitato la presenza di figli, coniugi e parenti vari in casa quella notte, scoraggiando iniziative che li avrebbero portati in altri contesti.

TIPOLOGIA E FREQUENZA DEI DISTURBI IN UNA CATASTROFE COLLETTIVA

Altra nostra importante preoccupazione nel predisporre l'intervento, fu quella di tenere conto di quali potessero essere i disturbi psichici delle singole persone e con quale frequenza avremmo potuto incontrarli, allo scopo di predisporci ad offrire risposte adeguate alle difficoltà.

Gli studi psicologici sugli eventi catastrofici, effettuati nel mondo negli ultimi decenni, concordano sostanzialmente sulle stime riportate nella tavola seguente ed è a quelle previsioni che abbiamo fatto riferimento nel prefigurarci il tipo e la frequenza dei disturbi che avremmo fronteggiato.

FASI REAZIONI

IMPATTO 75% 10 – 20% 10 – 20% Shock Reazioni fisiologiche di paura e ansia (tremori, palpitazioni, nausea...), smarrimento, stupore, incredulità attonita, ottusità emotiva, comportamenti automatici. Autocontrollo, lucidità, comportamenti e reazioni emotive adeguate; risposte gravemente inadeguate: stato confusionale, reazioni di panico, grida isteriche, comportamenti aggressivi, breve psicosi reattiva.

PRIME REAZIONI Emergenza Recupero della lucidità, consapevolezza, partecipazione emotiva, preoccupazione per gli altri. Regressione verso comportamenti infantili, dipendenza e passività acritica nei confronti di chi tende ad assumere posizioni di leadership

POST-TRAUMATICA Riparazione Riorganizzazione e ricostituzione di un equilibrio interno, familiare e sociale. Elaborazione maturativa dell'esperienza di crisi. Formazione dei sintomi, a distanza di giorni o di mesi dall'evento.

DISASTRO, ATTEGGIAMENTO PSICOLOGICO IMMEDIATO ED EVOLUZIONE IN TEMPI BREVI

Il quadro psicologico tipico delle persone colpite da eventi disastrosi contempla due diversi atteggiamenti generali, quello del Diniego e quello dell'Intrusione.

I due differenti atteggiamenti si distinguono oltre che per la diversa modalità reattiva che esprimono, anche il diverso momento in cui insorgono; compare, infatti, prima il diniego e poi l'intrusione.

Queste differenze ci consentono di dire che a seguito di un disastro si hanno due diverse fasi di reazione la fase del diniego e quella dell'intrusione. La prima è caratterizzata da un vissuto che consiste in una sorta di negazione dell'evento: "non ci posso credere...", "non mi sembra vero", "è come se non fosse la realtà, è come se fosse tutto un film che si svolge intorno a me...".

La seconda invece è contraddistinta dal sopraggiungere di una dolorosa presa d'atto interiore dell'evento, ossia della

perdita affettiva e del modo violento in cui è avvenuta.

In questa fase il pensiero si polarizza sull'evento, i ricordi più dolorosi si impongono alla mente in maniera automatica ed intensi vissuti di dolore trafiggono in continuazione il soggetto. Nei superstiti ed in alcune persone care compaiono anche forti angosce di morte imminente relative a sé ed ai familiari ancora in vita. La presenza di queste due fasi comporta che spesso il vero impatto psicologico, quello più forte, non si verifica subito dopo l'evento, ossia nella fase del diniego, ma successivamente, cioè durante la fase di intrusione.

L'esistenza di questi due atteggiamenti nella risposta psicologica dell'individuo ad un disastro comporta che debba essere attentamente valutato anche il momento in cui intervenire. L'intervento non deve essere troppo precoce, perché le persone potrebbero non sentirne il bisogno, essendo ancora in pieno diniego, né deve essere tardivo, essendoci il rischio che la fase di intrusione si sia già determinata, attivando processi di cronicizzazione dei disturbi in atto e di alterazione della struttura e del funzionamento psichico del soggetto.

L'intervento quindi va studiato e programmato immediatamente dopo l'evento e avviato quando la negazione non è più molto forte. Cercando di rispettare questi criteri ci siamo attivati affinché l'intervento che noi dovevamo effettuare potesse avviarsi in un momento adeguato.

Grazie alla collaborazione delle Istituzioni nel nostro caso l'avvio è avvenuto in un buon momento, ossia quando la reazione dissociativo-depressiva peritraumatica (fase del diniego) cominciava ad attenuarsi lasciando spazio a pensieri e fantasie eccessive relative alle persone perdute che aprono piano piano le porte, alla fase di intrusione.

FASE DI DINIEGO

Torpore

Ottundimento

Sentimento di irrealtà

Inerzia e isolamento

Depressione (anedonia)

Iperattività

Fantasticherie eccessive

Amnesia, soprattutto anterograda

Disturbo del sonno (insonnia o ipersonnia)

FASE DI INTRUSIONE

Emozioni e pensieri intrusivi ricorrenti

Sogni angosciosi, incubi

Illusioni, pseudoallucinazioni, allucinazioni

Reazioni eccessive di allarme per stimoli improvvisi

Ipervigilanza

Difficoltà di memoria e di concentrazione

ASSISTENZA PSICOLOGICA PER I TRAUMI

CAUSATI DAL CROLLO

SITUAZIONI TRAUMATICHE SU CUI INTERVENIRE

L'intervento di assistenza psicologica, volto a superare il trauma psichico, elaborare il lutto e prevenire la cronicizzazione dei disturbi psichici post-traumatici, è stato articolato con l'obiettivo di intervenire nelle cinque situazioni traumatiche che seguono.

SITUAZIONI TRAUMATICHE:

numero 1 quella vissuta dalle persone estratte dalle macerie;

numero 2 quella vissuta dai parenti e dalle persone dei deceduti e dei superstiti;

numero 3 quella vissuta dai soccorritori, professionisti e volontari;

numero 4 quella vissuta dagli abitanti del palazzo attiguo, nonché gemello di quello crollato;

numero 5 quella vissuta da cittadini non direttamente coinvolti che tuttavia hanno manifestato disturbi emozionali secondari al crollo

PRAGRAMMA DI INTERVENTO RELATIVO ALLE SITUAZIONI TRAUMATICHE n.1 e n.2

Nell'effettuazione dell'attività di supporto psicologico, le situazioni traumatiche contrassegnate con i numeri 1 e 2, sono state associate e fronteggiate con lo stesso programma di intervento, articolato come segue.

SITUAZIONI TRAUMATICHE N.1 E N.2

SUPERSTITI, PARENTI E PERSONE CARE

Interventi previsti:

- Incontro di spiegazioni e motivazione a collaborare;
- Dialogo di gruppo sui vari risvolti psichici dell'esperienza traumatica, relativamente agli adulti ed ai minori;

- Rilevazione dei bisogni psichici post-traumatici attraverso l'ascolto, il dialogo e la somministrazione di un questionario per la rilevazione del disturbo post-traumatico;
- Sostegno e guida
 - per il superamento del trauma psichico;
 - per la prevenzione della cronicizzazione dei disturbi post-traumatici
 - per l'elaborazione del lutto, che essendo conseguenza ad eventi critici estremi è da considerare lutto traumatico e non lutto normale;
 - per il recupero della forza e della voglia di vivere;
 - per il ritorno alla vita normale.

Modalità di intervento:

- Individuali
- Di coppia
- Familiari
- Piccolo gruppo
- Gruppo

Persone a cui riservare particolare attenzione:

- I sopravvissuti liberati dalle macerie
- Chi ha visto i parenti dopo il ritrovamento
- Chi ha dovuto riconoscerli
- I parenti delle persone "disperse"

ATTUAZIONE DELL'INTERVENTO

FASI DELL'INTERVENTO

PRIMA FASE: Motivazione all'intervento

Ai partecipanti sono state date indicazioni, spiegazioni, rassicurazioni ed ogni possibile chiarimento relativo ai vari risvolti dell'esperienza psico-traumatica.

Esempi

Suggerimenti volti ad indicare come vivere e considerare:

- Le forti emozioni scatenate dal trauma (dolore, rabbia, panico, confusione, senso di impotenza, negazione, depressione, apatia, etc.);
- La presenza di disturbi funzionali (somatizzazioni, insonnia, ipersonnia agitazione, etc.);
- Il calo delle prestazioni (lavorative, della memoria, dell'attenzione, etc.);
- L'insorgere di fobie legate all'evento traumatico, (angoscia di crollo, senso di pericolo e di morte imminente, etc.);
- L'angoscia dei bambini ed il loro bisogno di sicurezza e rassicurazione.

SECONDA FASE: Rilevazione dei bisogni psichici post-traumatici

La rilevazione è stata effettuata attraverso l'ascolto, il dialogo e la somministrazione di un apposito questionario, ed ha evidenziato che superstiti e parenti delle vittime presentano un particolare bisogno di :

- Rassicurazione, conforto, solidarietà, negazione, regressione, esternazione dei sentimenti e del dolore;
- Conoscere il perché del crollo, avere giustizia, recuperare testimonianze delle persone scomparse, (oggetti, foto, etc.);
- Vedere rispettata la memoria degli scomparsi ed il luogo della tragedia;
- Sentire comprensione per il loro dolore.

Anche il questionario per la rilevazione dello stato psichico post-traumatico, ha evidenziato una marcata presenza di elementi psichici tipici dei disturbi emozionali post-traumatici in molte delle persone sottoposte all'esame.

TERZA FASE: Sostegno e guida all'elaborazione del lutto

Con il termine Lutto in psicologia si indicano più fenomeni psichici:

il dolore provato per la scomparsa di una persona cara, l'insieme dei pensieri e dei vissuti che lo accompagnano ed i processi psichici che si attivano nell'individuo per superare questo stato.

I superstiti e i parenti destinatari del nostro intervento si sono trovati a dover vivere la perdita di più membri della loro famiglia, verificatasi contemporaneamente ed in maniera tragica.

Le situazioni di lutto di questo tipo, come è chiaro, non sono paragonabili alle situazioni di lutto normale in cui ad età avanzata si verifica la conclusione più o meno naturale della vita di una persona cara.

Per i nostri assistiti, a causa della molteplicità dei parenti perduti, della contemporaneità dei decessi e della modalità violenta con cui le persone sono morte, si deve parlare di lutto traumatico.

Queste forme di lutto per la loro intensità e complessità hanno un'alta probabilità di diventare lutti patologici, ossia stati psichici da cui le persone non sempre riescono a riprendersi ed i disturbi si stabilizzano.

L'intervento di sostegno e guida all'elaborazione del lutto ha evidenziato che i superstiti e parenti delle vittime subito dopo l'evento shock (il crollo) hanno cominciato a manifestare gli stati psichici tipici dei lutti traumatici.

Le fasi del lutto che le persone assistite hanno attraversato e che hanno richiesto una sistematica attenzione sono: il DINIEGO, il CORDOGLIO, la RASSEGNAZIONE e il RIADATTAMENTO.

ELABORAZIONE DEL LUTTO

PRIMO STADIO: *IL DINIEGO*

Il diniego rappresenta la prima forma di reazione all'evento traumatico e consiste nella negazione dell'evento, nella sensazione di irrealtà dei fatti, e nell'impressione che da un momento all'altro tutto potrebbe tornare normale.

Il diniego l'obnubilamento, ossia lo stato confusionale, l'inibizione e la passività, psichica e motoria, vanno considerati come aspetti fondamentali.

SECONDO STADIO: *IL CORDOGLIO*

Il cordoglio rappresenta lo stato psichico che consegue all'avvenuta presa d'atto della realtà e della inesorabilità delle perdite (FASE DI INTRUSIONE), e che dà l'avvio al "dolor di cuore", ossia all'afflizione profonda:

- Per la morte delle persone care;
- Per come sono morte e per ciò che hanno vissuto (terrore, disperazione, dolore fisico, abbandono);
- Per l'impossibilità di continuare ad avere con loro contatto e relazione (vederli, parlargli, abbracciarli, sentirli, etc.);
- Per ciò che non potranno più essere ed avere, pur avendo combattuto per quegli obiettivi, etc.

In questo stadio superstiti e parenti sono totalmente assorbiti dall'attenzione per le vittime, da ciò che hanno vissuto, da ciò che hanno sentito, etc., ed alcuni di loro esprimono spesso tutto questo dicendo: "...No, No, Non meritavano Quella Morte, è stata troppo brutta, tanto brutta che non si riesce nemmeno a pensare".

Aspetti del cordoglio che in parenti e superstiti hanno assunto particolare intensità dolorosa sono:

La colpa di vivere, ossia il senso di colpa per essere ancora in vita, per aver goduto dell'ingiusto ed inopportuno "privilegio" di vivere, concesso dalla sorte a superstiti e parenti, e negato alle vittime, che sono state inveisce "Punite";

La depressione, caratterizzata dalla marcata perdita di attenzione per sé, per i membri vivi della famiglia, per la vita, le attività, etc., e dalla voglia di "congiungersi" ai cari perduti;

La rabbia, i parenti oltre a ritenersi ingiustamente colpiti dalla sorte, sanno anche che il loro dolore è stato causato da persone che volutamente hanno agito male nella progettazione e nella costruzione. Da questo si scatena un senso di rabbia, che rappresenta la loro reazione contro la sorte e quanti si possono considerare responsabili diretti o indiretti del crollo. La sensazione di aver subito un'ingiustizia dalla sorte ma soprattutto dagli uomini, "...perché il crollo è la conseguenza delle illegalità commesse da alcuni"; acuisce la rabbia ed il dolore, come accade sempre quando nei disastri ci sono responsabilità umane, perché i parenti vengono ossessionati dal pensiero che "si sarebbe potuto evitare";

La rivendicazione, per i parenti ed i superstiti attivarsi, perché i diritti delle vittime siano tutelati, perché i frutti del loro lavoro siano riconosciuti, perché la memoria sia difesa, etc., rappresenta il modo con cui combattere la paura che la vita delle vittime possa risultare inutile, che il loro lavoro vada perduto e che il nulla li avvolga completamente;

I sensi di colpa, tipico dei parenti delle vittime di eventi traumatici è il concepire delle sequenze di pensieri che, pur essendo completamente infondate, diventano assillanti ed angoscianti e disturbano fortemente la loro vita. Da parte dei parenti si sentiva dire spesso, infatti: "...se avessi scoraggiato l'acquisto di quell'appartamento oggi sarebbero qui"; "...se li avessi invitati a restare a casa mia quella notte.."; "...se avessimo cambiato casa..."; etc.;

La paura della morte, quando ci si sente duramente colpiti senza ragione e senza preavviso, quando l'impensabile diventa realtà dolorosa, allora più nulla dà sicurezza e tutto può essere vissuto come pericoloso e mortale. Tutto può scatenare angoscia e senso di imminente pericolo per sé e per i cari ancora in vita. Ogni cosa diventa difficile da vivere perché genera forte angoscia di morte.

ASPETTI METODOLOGICI

Modalità operative: individuali e di gruppo.

Fruitori degli interventi di gruppo:

1° fase – superstiti, parenti diretti, acquisiti e persone care;

2° fase – superstiti, parenti diretti ed acquisiti;

3° fase – superstiti e parenti diretti.

Fruitori degli interventi individuali: superstiti e parenti diretti.

QUANTIFICAZIONE DEGLI UTENTI

Interventi di gruppo:

1° fase – mediamente trenta presenti;

2° fase – mediamente venticinque presenti;

3° fase – mediamente quindici presenti (distribuiti su due fasce:

pomeriggio del giov. 8 – 9 persone

mattina del sabato 7 – 8 persone).

Interventi individuali:

- Persone che hanno richiesto un trattamento esclusivamente individuale:

n. 7 utenti – circa 50 prestazioni;

- Persone che hanno richiesto un intervento integrativo del trattamento di gruppo:

n. 9 utenti – oltre 30 prestazioni.

SEDE DEGLI INTERVENTI

Interventi di gruppo: 6° circoscrizione
Interventi individuali: ambulatorio di psicologia ex I.N.A.M

ORARI

Interventi di gruppo: pomeriggio del giovedì (orario fisso prestabilito)
Mattina del sabato (orario fisso prestabilito)
Interventi individuali: mattina o pomeriggio (orario concordato)

TIPOLOGIE DI INTERVENTO

Sostegno: tutela delle potenzialità adattive di cui la persona dispone, neutralizzando l'azione destabilizzante dell'ansia e della depressione; riabilitazione: recupero di capacità adattive smarrite a seguito dell'evento traumatico;
abilitazione: maturazione di capacità adattive nuove, funzionali alle situazioni di vita determinatesi a seguito dell'evento traumatico.

MATERIALI

Questionari: finalizzati all'esame dello stato psichico post-traumatico.

Lecture mirate: brani utili a promuovere l'assunzione di adeguate modalità di concepire e vivere la perdita.

*La pubblicazione può essere richiesta all'URP dell'ASL FG 3 Foggia,
Dott.ssa Camerlengo, Piazza della Libertà 1 Foggia*