



UNIVERSITÀ DELLA VALLE D'AOSTA

UNIVERSITÉ DE LA VALLÉE D'AOSTE

DIPARTIMENTO DI SCIENZE UMANE E SOCIALI

CORSO DI LAUREA IN SCIENZE E TECNICHE PSICOLOGICHE

ANNO ACCADEMICO 2025/2026

TESI DI LAUREA

Interventi psicosociali in emergenza: il caso del terremoto in Abruzzo

DOCENTE RELATORE: Prof. Luca Scacchi

STUDENTE: 23 D03 550 Miriam Bolfo

E di nuovo la vita sembra fatta per te
E comincia domani

Domani 21.04.2009 – Artisti Uniti per l'Abruzzo

INDICE

Introduzione	1
Capitolo 1. L'intervento psicosociale nei contesti di crisi: dall'analisi delle relazioni alla mobilitazione comunitaria	4
1.1 L'approccio psicosociale: definizioni, principi guida e applicazioni in emergenza	4
1.2 La comunità come spazio identitario e relazionale	6
1.3 Le risorse di una comunità: la resilienza e i processi partecipativi	11
Capitolo 2. La psicologia dell'emergenza: definizioni, classificazioni e linee guida	15
2.1 La psicologia dell'emergenza: evoluzione storica e principali funzioni applicative	15
2.2 La classificazione delle emergenze e delle vittime	17
2.3 Le linee guida internazionali e italiane degli interventi psicosociali	20
Capitolo 3. L'analisi di un caso specifico: la reazione della comunità dopo il terremoto in Abruzzo	24
3.1 L'evento sismico e il ruolo degli psicologi della Protezione Civile nelle diverse fasi dell'emergenza	24
3.2 La resilienza: una base per la mobilitazione comunitaria	28
3.3 "La terra tetteca, Ji no!": un progetto concreto tra Psicologia di comunità e Sismologia	32
Conclusioni	35
Bibliografia	38
Ringraziamenti	44

Introduzione

I disastri naturali e antropici costituiscono eventi profondamente distruttivi non soltanto per l'impatto materiale e fisico che determinano, ma anche per la profonda frattura identitaria e relazionale che infliggono alla comunità, compromettendone significativamente il benessere psicologico e sociale. In un contesto emergenziale di natura sismica, la repentina perdita dei punti di riferimento – causata dal crollo degli edifici, dalla distruzione dei centri storici, dall'improvvisa inagibilità delle abitazioni – si intreccia alla perdita e rottura delle reti familiari e sociali, destabilizzando l'equilibrio psicologico quotidiano della popolazione. La distruzione causata da un terremoto può configurarsi anche come fenomeno relazionale e sociale; durante l'emergenza, infatti, l'azione di supporto sociale comprende sia aiuti fisici ed economici, sia la tutela del benessere della popolazione, dalla presa in carico del singolo individuo, alla promozione delle risorse collettive e della resilienza di comunità. Quest'ultima costituisce il concetto fondamentale che permette alla collettività di non essere solo vittima, ma anche soggetto attivo del proprio recupero.

È proprio a partire da questa visione dell'individuo e della comunità come agenti attivi nella ricostruzione del proprio benessere, che si è strutturato il percorso della mia tesi, focalizzando l'attenzione su due discipline operative: la psicologia di comunità e la psicologia dell'emergenza. Entrambe evidenziano come il benessere individuale sia strettamente connesso ai legami sociali, alle reti di sostegno e alla capacità di una comunità di attivare le proprie risorse. L'attenzione verso la psicologia di comunità nasce dallo studio delle dimensioni psicologiche protettive di una collettività e delle dinamiche relazionali che ne garantiscono la coesione. L'interesse per la psicologia dell'emergenza, invece, è stato stimolato dall'incontro con due volontari dell'associazione *Psicologi per i Popoli*, grazie ai quali mi sono avvicinata a questo ambito di intervento innovativo e dinamico. Operare in scenari critici richiede, oltre che competenze tecniche specifiche, anche capacità di adattamento, flessibilità e sensibilità alle dinamiche sociali e relazionali caratteristiche delle situazioni emergenziali. Questa disciplina adotta alcuni principi fondamentali della psicologia di comunità – come il senso di appartenenza e il sostegno sociale – con l'obiettivo di promuovere la resilienza collettiva. La comunità stessa viene riconosciuta come principale risorsa per il superamento dell'emergenza, grazie alle sue capacità di mobilitazione e partecipazione. Tali dimensioni vengono spesso promosse negli interventi psicosociali, ponte teorico e metodologico tra la psicologia di comunità e la psicologia dell'emergenza.

La scelta di approfondire il caso del terremoto in Abruzzo è nata dalla visione del documentario *L'Aquila 3:32 – La generazione dimenticata* e dalla serie televisiva *L'Aquila – Grandi Speranze*. La narrazione degli eventi da parte dei sopravvissuti, studenti fuorisede e dei protagonisti, ragazzi molto giovani, mi ha consentito di cogliere la reale dimensione del sisma e l'impatto delle sue conseguenze psicologiche a lungo termine. Da qui ho sviluppato l'analisi dell'applicazione concreta dei principi teorici dell'intervento psicosociale in una situazione emergenziale reale, esaminando le pratiche operative messe in campo nella prima maxi-emergenza in cui la Protezione Civile nazionale ha impiegato in modo sistematico squadre di psicologi qualificati, rappresentando un momento di svolta nel riconoscimento istituzionale del ruolo del professionista in contesti di calamità e offrendo l'opportunità di sperimentare sul campo le linee guida internazionali per gli interventi di supporto sociale.

La tesi si articola in tre capitoli, ciascuno dei quali affronta un livello progressivo di approfondimento, dalla cornice teorica generale all'analisi di un caso specifico.

Il primo capitolo presenta il quadro teorico degli interventi psicosociali nei contesti di crisi, approfondendo l'approccio psicosociale, le sue definizioni e i suoi principi guida formulati dal Psychosocial Working Group. Si declinano poi le componenti del benessere psicosociale e l'importanza della comunità quale spazio identitario e relazionale, analizzando i costrutti cardine della psicologia di comunità, quali il senso di comunità, l'identità di luogo, il ruolo protettivo del capitale sociale e infine i processi di empowerment. Il focus si sposta poi sulla resilienza come risorsa di una comunità e sulle dinamiche partecipative come motore primario della gestione dell'emergenza post disastro.

Il secondo capitolo introduce la cornice teorico-operativa e normativa che regola il supporto psicologico. Viene delineata l'evoluzione storica della psicologia dell'emergenza, analizzando le principali funzioni applicative e proponendo una classificazione delle emergenze, delle vittime e delle fasi evolutive degli eventi critici, al fine di fornire gli strumenti concettuali necessari per comprendere la complessità degli scenari emergenziali. Il capitolo si conclude con l'analisi delle linee guida internazionali dell'Inter-Agency Standing Committee (IASC), fondate sulla definizione di benessere psicosociale dello Psychosocial Working Group e delle normative italiane, esaminando la struttura organizzativa della Protezione Civile e il ruolo specifico degli psicologi all'interno delle *Funzioni* di supporto, con particolare attenzione all'associazione Psicologi per i Popoli.

Il terzo capitolo applica il quadro teorico fin qui delineato al caso specifico del terremoto in Abruzzo del 6 aprile 2009. Alla descrizione dell'evento sismico e del contesto operativo, segue l'analisi del ruolo degli Psicologi per i Popoli nelle diverse fasi dell'emergenza, con particolare attenzione agli interventi realizzati all'interno delle tendopoli. Si approfondisce la promozione della resilienza comunitaria come base per la mobilitazione della popolazione, analizzando le attività condotte in conformità con le linee guida IASC nei diversi ambiti: mobilitazione e supporto comunitario, servizi sanitari, interventi educativi e diffusione delle informazioni. Viene infine presentato il progetto psicoeducativo *La terra tetteca, Ji no!*, un intervento di psicologia di comunità avente l'obiettivo di integrare competenze sismologiche e psicologiche, al fine di promuovere la consapevolezza del rischio e il rafforzamento della collettività.

Capitolo 1. L'intervento psicosociale nei contesti di crisi: dall'analisi delle relazioni alla mobilitazione comunitaria

Questo capitolo presenta gli interventi psicosociali, evidenziandone la finalità di promozione, oltre che di analisi, delle dimensioni psicologiche di una comunità, sia a livello identitario, sia relazionale. Il focus si sposta successivamente sulle risorse della collettività, quali la resilienza e i processi di partecipazione, fattori cardine per la progettazione di azioni efficaci in contesti di crisi.

1.1 L'approccio psicosociale: definizioni, principi guida e applicazioni in emergenza

L'intervento psicosociale designa qualsiasi iniziativa finalizzata a promuovere il benessere delle popolazioni, comprendendo un ampio spettro di attività, dalla gestione e la risoluzione dei conflitti fino al sostegno e la tutela dei diritti umani, secondo la definizione del Psychosocial Working Group (PWG, 2003)¹. Il termine *psicosociale* denota la stretta interrelazione tra le dimensioni psicologiche individuali – pensieri, emozioni e comportamenti – e la sfera sociale, costituita da relazioni, tradizioni e valori culturali.

Il benessere psicosociale viene qui delineato a partire da tre componenti: la prima, di natura emotiva, concerne la soddisfazione per la propria vita e la prevalenza di emozioni positive; la seconda, di natura psicologica, si riferisce alla capacità di sviluppare le potenzialità di crescita; la terza, di natura sociale, riguarda l'abilità di riconoscere il contributo e il ruolo all'interno della comunità, mantenendo buoni legami sociali. In relazione a quest'ultimo aspetto, assume particolare rilevanza la percezione di appartenenza alla collettività (Keyes, 1998). Questa tripartizione trova un riscontro operativo nella prospettiva del PWG, il quale definisce il benessere psicosociale come l'esito dell'integrazione tra la funzionalità individuale, comprendente lo stato della salute psicofisica e le competenze della persona, l'ecologia sociale, intesa come la rete sociale della comunità a disposizione dell'individuo e, infine, il sistema culturale e valoriale, ovvero l'insieme dei riferimenti simbolici e normativi che influenzano i processi di attribuzione di significato e le risposte comportamentali². Tali livelli

¹ Il *Psychosocial Working Group* (PWG) è un gruppo internazionale di esperti istituito nel 2000, supportato dalla Commissione Europea e composto da cinque partner accademici (Queen Margaret University College, Columbia University, Harvard University, Solomon Asch Centre for the Study of Ethnopolitical Conflict, University of Oxford) e da cinque agenzie umanitarie internazionali (Christian Children's Fund, International Rescue Committee, Médecins Sans Frontières, Mercy Corps, Save the Children Federation) (PWG, 2003). I lavori e i documenti prodotti da questo gruppo hanno costituito i principi fondativi per lo sviluppo delle linee guida *Inter-Agency Standing Committee* (IASC) (IASC, 2007).

² Questa definizione di benessere è stata adottata dalle linee guida internazionali, tra cui le *Inter-Agency Standing Committee* (Sbattella, 2020).

interdipendenti concorrono a determinare il benessere complessivo degli individui, sia in condizioni ordinarie, sia di difficoltà. Le agenzie umanitarie e gli enti che operano in situazioni critiche rivolgono l'attenzione verso componenti sociali e psicologiche, considerando la famiglia e la comunità nell'intero svolgimento delle attività (PWG, 2003).

I principi guida formulati dal PWG per la progettazione di interventi psicosociali sono quattro:

- La valutazione iniziale di sfide e di risorse, individuali e collettive.
- La negoziazione con la comunità, con cui l'azione può essere concordata e discussa e non imposta secondo un processo top-down.
- La funzione di supporto esercitata dalle organizzazioni deputate a sostenere le iniziative già avviate dalla comunità, cosicché si sviluppi una collaborazione con la collettività al fine di perseguire un obiettivo comune.
- La necessità di accompagnare la trasformazione sociale, riconoscendo e agevolando i processi di cambiamento nelle dinamiche relazionali e nei modelli di convivenza che possono essere alterati a seguito di conflitti o emergenze.

L'integrazione di queste attività viene modulata in funzione degli obiettivi prefissati, delle tempistiche a disposizione, delle specificità contestuali in cui si opera e delle caratteristiche dei destinatari, secondo una presa in carico globale della comunità (PWG, 2003).

Nella prospettiva psicosociale, il concetto di comunità assume allora un duplice significato (Zani, 2012). Tale termine può essere inteso come un contesto, un luogo di intervento, all'interno del quale i cambiamenti auspicati possono orientarsi verso la prevenzione, riducendo i fattori di rischio, oppure verso la promozione delle abilità individuali o di piccoli gruppi. Alternativamente, la comunità può essere concepita come attore attivo nella promozione del benessere dei propri membri, configurandosi come un'arena in cui i gruppi sociali interagiscono, condividendo identità e senso di appartenenza e dove ciascuno è portatore di prospettive, norme sociali e risorse differenti (Zani, 2012). Quest'ultimo concetto si allinea con quanto già evidenziato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS)³ nella Carta di Ottawa del 1986. La strategia di promozione della salute descritta in tale documento sottolinea l'importanza e la necessità di pianificare interventi volti alla

³ L'OMS è uno dei partner delle Linee guida *Inter-Agency Standing Committee* (IASC, 2007).

promozione proattiva della salute e del benessere, al fine di rafforzare le competenze, individuali e collettive e gestire problematiche complesse (WHO, 1986).

Tale approccio teorico legittima l'impiego di interventi psicosociali in contesti emergenziali, il cui presupposto si basa sull'assunto che la mente umana sia inscindibilmente connessa alle relazioni sociali e agli artefatti culturali di appartenenza; ne consegue che qualsiasi azione operata su una di queste dimensioni – relazionale, organizzativa, psicologica o fisica – possa causare cambiamenti trasversali a tutti i livelli, richiedendo una costante attenzione agli effetti complessivi di ciascun intervento, soprattutto in situazioni di crisi (Sbattella, 2020).

L'interdipendenza delle dimensioni considerate richiede un modello di intervento che faccia convergere la tutela psicologica alla soddisfazione dei bisogni materiali primari, di natura socio-economica, socio-educativa e socio-sanitaria (Castelletti, 2006). L'OMS ha infatti esteso i confini dello *psicosociale*, integrando la salute mentale a dimensioni più operative quali la fornitura idrica e dei servizi igienici e gli interventi abitativi. Tali iniziative di supporto psicosociale devono essere condotte favorendo il coinvolgimento attivo della popolazione, al fine di consolidare un clima resiliente (Sbattella, 2020). In situazioni di crisi, la promozione del benessere si avvale di strategie diversificate, tra cui lo sviluppo e la mobilitazione comunitaria (PWG, 2003).

L'efficacia degli interventi psicosociali in emergenza è soprattutto subordinata alla capacità di attivare le risorse della comunità e di sostenerne il coinvolgimento nel tempo; ciò richiedere una comprensione approfondita dei meccanismi specifici, a livello individuale e collettivo, che promuovono o compromettono il benessere in situazioni critiche. La letteratura di psicologia di comunità ha sistematizzato tali meccanismi attraverso i costrutti di fattori di rischio e di protezione, i quali consentono di analizzare sia le vulnerabilità pre-esistenti o indotte dall'evento traumatico, come, ad esempio, nel caso di un evento sismico, sia le risorse potenzialmente attivabili per favorire l'adattamento e la resilienza della comunità (Zani, 2012).

1.2 La comunità come spazio identitario e relazionale

La letteratura psicosociale individua tre principali categorie di risorse che concorrono a sostenere gli individui nell'affrontare e superare positivamente le esperienze avverse (Pietrantonio & Prati, 2009). Tali risorse si suddividono in: individuali, come i tratti di personalità e le strategie di coping, processuali – riconducibili ad esempio alla percezione di saper gestire o esercitare una forma di controllo sull'evento critico – e infine

socioambientali – caratterizzate dal senso di comunità, dai fattori socioculturali, dalle reti sociali e dal supporto sociale. Tali componenti operano in interazione, configurando un sistema di fattori protettivi la cui azione risulta determinante per il consolidamento del processo di resilienza.

La psicologia di comunità ha sviluppato sin dai primi anni Settanta una riflessione e una corposa ricerca sull'appartenenza alle comunità, definendo il senso di comunità come la dimensione psicologica della vita collettiva (Zani, 2012). Esso si articola in quattro elementi interconnessi: la percezione di similarità con i membri del gruppo, il riconoscimento e il mantenimento di un'interdipendenza reciproca e il sentimento soggettivo di appartenenza a una struttura percepita come affidabile e stabile. Tale costrutto presenta una configurazione mutevole e dinamica poiché risente degli accadimenti che caratterizzano la vita della comunità; in particolare è stato ipotizzato che si possa intensificare in concomitanza di eventi critici e di fatti significativi per la storia della collettività (Sarason, 1974).

La dimensione dell'appartenenza, quale componente del senso di comunità, viene ripresa anche nella concettualizzazione proposta da McMillan e Chavis (1986). Gli studiosi definiscono il costrutto come l'interconnessione tra l'influenza e il potere, l'integrazione e il soddisfacimento dei bisogni e infine, la connessione emotiva condivisa. Quest'ultima – un insieme di valori e credenze derivanti dall'impegno e dall'interazione continua tra i membri – enfatizza il legame affettivo esistente, ancorandosi alla storia comune, alla memoria collettiva e alla possibilità di riconoscervisi; inoltre viene rafforzata dalla condivisione di eventi significativi per la comunità.

Analogamente al processo di appartenenza, l'identificazione collettiva implica la definizione di precisi confini, i quali preservano le relazioni interne alla collettività e garantiscono il soddisfacimento del bisogno primario di sicurezza fisica ed emotiva dei membri (McMillan & Chavis, 1986).

Qualora tali confini assumano una connotazione fisica e materiale, il senso di comunità può essere declinato come *identificazione con il luogo*, poiché gli individui sviluppano un senso di appartenenza verso la località, attraverso la condivisione del medesimo spazio con il gruppo sociale (Mannarini, 2023) e attribuiscono ai luoghi una valenza simbolica condivisa (Proshansky et al., 1983). Quest'ultima comprende credenze, conoscenze e pensieri che l'individuo associa all'ambiente fisico (Jorgensen & Stedman, 2001), oltre che memorie personali e collettive (Mannarini, 2023). A tale dimensione prevalentemente di natura cognitiva e rappresentativa, si affianca il concetto di *attaccamento di luogo*, inteso come vincolo affettivo che si instaura tra

l'individuo o la collettività e un determinato spazio. Questo legame può trovare fondamento nei significati condivisi dalla comunità, negli eventi storici o nelle tradizioni religiose. La rilevanza della componente emotiva e affettiva nell'attaccamento al luogo emerge in particolare quando si verificano condizioni di dislocamento forzato conseguente a catastrofi naturali, conflitti bellici o fenomeni migratori (Pazzaglia et al., 2020).

L'identità di luogo e l'attaccamento al luogo contribuiscono alla promozione della coesione sociale, definita dalla mutua integrazione di elementi quali la fiducia, il supporto reciproco, l'inserimento nel tessuto sociale e la partecipazione a reti relazionali (Mannarini, 2023).

Laddove i confini funzionali all'identificazione collettiva siano di natura figurativa, essi trovano fondamento in un sistema di simboli condiviso, nell'adozione di un linguaggio o dialetto comune, oppure attraverso diverse rappresentazioni comuni – quali miti, cerimonie, narrazioni e riti – aventi funzione coesiva e integrativa, finalizzata al riconoscimento di uno specifico gruppo (McMillan & Chavis, 1986). In particolare, i riti collettivi sono atti sociali e simbolici a cui i membri di una comunità tendono a far ricorso in caso di disastri. Le finalità possono essere diverse, come rendere omaggio e salutare per l'ultima volta le vittime, allestire spazi commemorativi nel luogo del disastro con fiori e simboli religiosi o celebrare i funerali, sia in forma privata, sia in forma pubblica, dove si registra sovente la presenza di autorità istituzionali. Tali pratiche permettono alla popolazione di attribuire un significato alla sofferenza e favoriscono la condivisione e la rielaborazione sociale delle emozioni. Gli individui, indipendentemente dal contesto culturale di riferimento, a fronte di una reazione emotiva intensa, manifestano la tendenza a discutere con la collettività delle sensazioni e dell'evento vissuto, oltre che delle proprie risposte comportamentali (Pietrantonio & Prati, 2009). Tale condivisione sociale ha come conseguenza la riduzione dell'impatto emotivo dell'evento, il quale, insieme alla diminuzione degli effetti connessi allo stress conseguente il trauma e all'attenzione su soluzioni pratiche a problemi improvvisi, costituisce uno dei presupposti fondamentali per la promozione delle strategie di coping (Axia, 2006).

L'insegnamento e il potenziamento di tali strategie rappresentano uno dei nuclei centrali degli interventi psicoeducativi in emergenza, i quali si concretizzano nella diffusione di conoscenze circa le reazioni psicologiche più frequenti, la sintomatologia diffusa a seguito di eventi disastrosi e la disponibilità dei servizi sanitari presenti sul territorio. L'azione psicoeducativa può essere realizzata attraverso molteplici canali: la distribuzione di volantini, l'impiego di piattaforme digitali e il contatto diretto nei luoghi di maggiore

aggregazione sociale, come istituti scolastici e centri religiosi, proponendo incontri di formazione e conferenze (Pietrantonì & Prati, 2009).

È stato delineato come il senso di comunità rappresenti la dimensione psicologica che connette l'individuo alla collettività, diversamente dal capitale sociale che si configura come la componente strutturale e relazionale che garantisce la coesione al gruppo (Francescato et al., 2002). Esso viene definito come l'insieme delle relazioni – formali e informali – che caratterizzano un determinato ambito locale (Vieno & Santinello, 2006).

L'analisi del capitale sociale si articola in una dimensione individuale e una comunitaria. La prima si manifesta attraverso aspetti psicologici – quali il senso di comunità, che si sviluppa principalmente grazie a interazioni informali e l'empowerment, inteso come azione formale – nonché mediante aspetti relazionali che includono la partecipazione formale (Vieno & Santinello, 2006), ovvero il coinvolgimento in associazioni e gruppi strutturati e il sostegno sociale informale, ossia reti di aiuto tra parenti e amici (Saegert & Winkel, 1998). I benefici che gli individui traggono dal ruolo protettivo del capitale sociale, derivano dalle relazioni instaurate e dal coinvolgimento nella vita della collettività. La seconda dimensione di analisi, comunitaria, viene definita come il prodotto delle reti e delle connessioni instaurate tra associazioni e istituzioni presenti sul territorio: una stretta relazione tra gli enti e la presenza di solide reti relazionali accrescono la capacità di influenzare le decisioni istituzionali. In tali circostanze, i benefici degli individui si traducono in sviluppo economico e coesione sociale, in quanto la collettività, grazie alle proprie reti, trasforma un insieme di gruppi in un sistema coeso, dotato di capacità d'azione (Vieno & Santinello, 2006).

La funzione protettiva esercitata dal capitale sociale si comprende qualora lo si interpreti come una risorsa fondamentale per la comunità e per la sua resilienza (Pietrantonì & Prati, 2009).

Le dinamiche di creazione e diffusione del capitale sociale si realizzano entro la struttura costituita dalle reti sociali (Vonneilich, 2022), le quali, in un contesto comunitario, possono rappresentare un fattore determinante per il benessere psicosociale. Per *rete sociale* si fa riferimento sia alla configurazione dei legami che circondano un individuo, sia all'insieme delle relazioni esistenti tra i membri di una popolazione (Francescato et al., 2002). Si può definire sulla base delle seguenti dimensioni: la struttura, intesa come l'insieme delle variabili morfologiche della rete, tra cui l'ampiezza e la posizione dell'individuo al suo interno; l'interazione, relativa alle caratteristiche delle relazioni tra gli attori della rete, quali reciprocità e simmetria; la qualità, riferita alla componente affettiva dei legami e infine, la funzione, ossia i ruoli svolti dai membri all'interno della rete

(Marsella & Snyder, 1981). L'analisi delle reti sociali è fondamentale durante la fase di progettazione e realizzazione degli interventi psicosociali (Longo & Barsanti, 2021), assumendo una rilevanza ancora maggiore in contesti emergenziali. Un evento catastrofico incide profondamente sul tessuto relazionale di una collettività, determinandone la frammentazione dei legami sociali e la dispersione della popolazione a causa dello sfollamento e la conseguente dislocazione abitativa. L'intero sistema di reti perde la sua coesione interna, nonché i tradizionali riferimenti simbolici e spaziali condivisi, attorno ai quali si strutturava la vita associativa e l'aggregazione. Tra questi, la scuola viene individuata come uno dei principali luoghi in cui intervenire per ricostruire le reti sociali, diventando così sede privilegiata di interventi psicoeducativi, finalizzati a ristabilire le condizioni di normalità essenziali per il superamento della crisi (Mariantoni & Vaccarelli, 2018).

Si comprende che le relazioni rappresentano un canale privilegiato per l'accesso alle risorse di una comunità, compreso il sostegno sociale, nelle sue molteplici forme: dallo scambio materiale fino all'ascolto e al supporto in caso di difficoltà (Vieno & Santinello, 2006).

Il supporto sociale rappresenta la funzione principale delle reti sociali (Santinello et al., 2018) ed è riconosciuto in letteratura come un fattore protettivo a seguito di eventi disastrosi (Pietrantonio & Prati, 2009). Costituisce un costrutto multidimensionale il quale comprende svariate azioni di aiuto e sostegno. Si parla di supporto sociale strumentale se concerne l'aiuto concreto offerto dai soggetti più prossimi, contribuendo a ridurre lo stress e a favorire soluzioni efficaci ai problemi; emotivo se si esprime attraverso l'ascolto, l'attenzione e il confronto, incrementando l'autostima e facilitando la regolazione delle emozioni; informativo quando coincide con consigli e indicazioni ricevuti da altri, i quali diventano dei punti di riferimento durante le difficoltà; e, infine, affiliativo, quando deriva dal percepire di appartenere a gruppi o associazioni, offrendo contatti sociali gratificanti (Santinello et al., 2018). In ambito sanitario, il supporto sociale si declina anche in termini di sostegno materiale, relativo a risorse economiche o abitative e pratico, riguardante l'assistenza e la cura (Vonneilich, 2022).

Il supporto sociale può essere ulteriormente distinto secondo diverse dicotomie. Se la fonte del sostegno proviene dalla propria rete relazionale, viene definito supporto diretto, negli altri casi viene denominato supporto indiretto. Interazioni quotidiane con amici e parenti sono associate all'aggettivo *informale*, mentre *formale* fa riferimento ai legami con figure istituzionali, quali medici, psicologi o docenti. Un'ultima distinzione è relativa al supporto ricevuto o percepito. In alcune situazioni, queste due dimensioni possono non

coincidere; è in questo caso che si inserisce l'intervento psicologico volto a incrementare l'entità e la profondità del sostegno effettivamente avvertito dal soggetto e a potenziare le sue capacità di riconoscere le fonti di aiuto disponibili e ad aprirsi alla loro ricezione (Santinello et al., 2018).

Le strategie operative che caratterizzano gli interventi psicosociali hanno l'obiettivo di promuoverne il supporto. Comprendono l'individuazione di nuove risorse, di qualsiasi natura, finalizzate alla presa in carico della situazione problematica, la strutturazione o ricostruzione delle reti sociali, proponendo ad esempio i gruppi di mutuo-aiuto, il raggiungimento delle fasce di popolazione caratterizzate da maggiore marginalità o difficile reperibilità, usufruendo della rete informale (Santinello et al., 2018).

1.3 Le risorse di una comunità: la resilienza e i processi partecipativi

In Psicologia, il costrutto di resilienza designa la capacità di mantenere “un buon adattamento nonostante (o a causa di) l'esposizione a fattori di rischio, a stressor o a traumi” (Pietrantonì & Prati, 2009, p. 93). Tale nozione può essere declinata secondo una duplice accezione, come esito, ossia come preservazione di un funzionamento psichico e fisico adattivo nonostante le avversità, oppure come processo, il quale si riferisce all'interazione tra elementi protettivi e fattori di vulnerabilità (Pietrantonì & Prati, 2009).

Più nello specifico, in ambito sociale, si fa riferimento alla resilienza di comunità, la quale si delinea come il processo evolutivo e adattivo attraverso cui una collettività risponde positivamente a disastri, salvaguardando e riorganizzando la propria infrastruttura materiale, la coesione del tessuto sociale e la stabilità economico-finanziaria (Sbattella, 2020).

Le capacità di adattamento di un gruppo sono risorse – economiche, sociali, informative – caratterizzate da tre attributi dinamici: robustezza, ovvero resistenza al degrado, ridondanza intesa come sostituibilità degli elementi in caso di fallimento e rapidità, ossia la velocità di mobilitazione delle risorse. L'esito atteso di tale processo è il benessere della popolazione, definito come livelli medi elevati di indicatori – tra cui assenza di disturbi psicopatologici, comportamenti sani, funzionamento dei ruoli – unitamente a livelli di disparità ridotti tra i gruppi sociali. (Norris et al., 2008).

I fattori protettivi di una comunità si declinano in tre categorie fondamentali, configurandosi come basi per lo sviluppo di strategie operative volte all'incremento e alla promozione della resilienza. La dimensione sociale integra diversi costrutti, tra cui figurano l'azione collettiva, il coinvolgimento e la partecipazione comunitaria, le

reti relazionali – sia formali che informali – il sostegno sociale percepito, il senso di comunità, l’attaccamento al luogo, la solidarietà, le strategie di coping adattive e il capitale umano e sociale (Pietrantonio & Prati, 2009). Tale dimensione si fonda sui processi di empowerment e sull’efficacia collettiva, intesa come fiducia nella capacità del gruppo di agire (Norris et al., 2008). La dimensione culturale, invece, include il patrimonio storico, i sistemi valoriali, le norme trasmesse alle generazioni successive e le credenze condivise (Pietrantonio & Prati, 2009); essa comprende inoltre anche le narrazioni comunitarie che attribuiscono significato all’esperienza e contribuiscono all’elaborazione del trauma collettivo (Norris et al., 2008). L’ultima dimensione, quella economico-politica, riguarda l’efficienza istituzionale, ovvero i percorsi formativi orientati alla gestione del rischio, l’organizzazione della comunità in risposta a una situazione avversa basata sul coinvolgimento attivo, l’erogazione di servizi territoriali (Pietrantonio & Prati, 2009), la trasmissione di informazioni accurate e tempestive provenienti da fonti fidate e, infine, lo sviluppo economico, inteso come quantità, diversità ed equità distributiva delle risorse. In termini operativi, ciò si traduce nella riduzione dei rischi e delle disuguaglianze, mediante lo sviluppo di risorse economiche differenziate e nell’investimento prioritario nelle aree di maggiore vulnerabilità sociale (Norris et al., 2008).

Ulteriori fattori protettivi della comunità e di conseguenza promotori della resilienza, sono le risorse naturali presenti sul territorio che garantiscono la sopravvivenza, gli assetti e gli aiuti finanziari che intervengono in caso di emergenza, le risorse umane della popolazione – quali conoscenze, competenze, prestanza fisica – e il capitale fisico, ovvero servizi, trasporti, energia e comunicazioni adeguate (Castelletti, 2006).

La resilienza si configura come il concetto ispiratore degli interventi psicosociali (Castelletti, 2006): la psicologia di comunità adotta un approccio partecipativo volto all’analisi dei bisogni e delle risorse presenti sul territorio, riconoscendo nella collettività la capacità di trasformare le difficoltà in occasioni di sviluppo e benessere sociale. L’intervento psicosociale si concretizza nella mobilitazione delle risorse comunitarie, nel consolidamento della coesione sociale e nel sostegno alla costruzione di progettualità condivise (Ciuffetti, 2024); il principale fattore di promozione di tali dinamiche può essere individuato nella partecipazione, la quale comprende sia processi top-down, istituzionali, come le assemblee cittadine, sia processi bottom-up, come iniziative della società civile, movimenti e associazioni di quartiere (Kirby, 2026).

Alla promozione del benessere si affianca anche il potenziamento del senso di controllo che le persone hanno sugli eventi della propria vita, costruito noto in letteratura come *empowerment* (Santinello et al., 2018). Viene

considerato “un processo multidimensionale complesso, di riconoscimento e di azione, bidirezionale, progressivo ed evolutivo, relazionale e volto al cambiamento”, il quale si articola attraverso tre dimensioni interconnesse: individuale, collettiva e strutturale (Colella, 2025, p. 14).

La dimensione individuale concerne lo sviluppo di autostima, senso di efficacia e *decision-making*. L'individuo riconosce le proprie potenzialità riflettendo su di sé e sulla propria identità, accrescendo una maggiore fiducia nelle proprie capacità e risorse (Perkins & Zimmerman, 1995). La dimensione collettiva dell'empowerment riguarda invece i contesti gruppalì e comunitari, nei quali gli individui si organizzano al fine di esercitare un'influenza sulle politiche pubbliche, ottenere risorse, tutelare diritti e costruire reti di mutuo sostegno. Tale dimensione non si limita ad amplificare le voci individuali, bensì si configura come uno strumento di trasformazione sociale, contribuendo al rafforzamento del senso di appartenenza e della responsabilità condivisa (Colella, 2025). Essa rappresenta inoltre un elemento chiave per incrementare le conoscenze e la consapevolezza della popolazione sulla propria condizione negli interventi psicoeducativi (Pietrantonì & Prati, 2009). Nella sua dimensione strutturale, l'empowerment ha infine come focus la società e come obiettivi la promozione di pari opportunità, la riduzione delle disuguaglianze sistemiche – economiche, territoriali, di genere – il conseguimento della giustizia sociale e il mutamento istituzionale, favorendo un accesso più inclusivo alle risorse e alle possibilità (Colella, 2025).

Centrale nel quadro teorico è la distinzione tra processi *empowering* e risultati *empowered*. I primi si declinano in base al livello di analisi: nell'ambito individuale corrispondono alla partecipazione associativa, in quello comunitario, all'azione collettiva per l'accesso alle risorse e in quello organizzativo, al processo di *decision-making* collettivo e di leadership condivisa. I risultati *empowered*, intesi come esiti osservabili, corrispondono invece, a livello individuale, al controllo percepito e alle competenze di mobilitazione, a livello comunitario, al pluralismo, alle coalizioni e all'accessibilità delle risorse e infine, a livello organizzativo, allo sviluppo di reti, alla crescita e all'influenza politica (Perkins & Zimmerman, 1995).

La partecipazione comunitaria si configura come il nucleo del cambiamento sociale, dell'apprendimento collettivo e dei processi di trasformazione, abilitando i gruppi alla gestione diretta delle criticità, indipendentemente dalla loro natura (Mannarini, 2023). Tale costrutto riflette l'esigenza degli individui di esercitare un'influenza determinante sulle decisioni di interesse collettivo. L'entità di tale impatto non è predeterminata, bensì si co-costituisce dinamicamente nel corso dell'azione, variando significativamente in

funzione del contesto spazio-temporale e della specifica problematica del quale è una reazione. La partecipazione si attiva nel momento in cui le persone acquisiscono consapevolezza del valore intrinseco all'azione e se, parallelamente, le istituzioni riconoscono e promuovono il coinvolgimento della comunità (Mannarini, 2023).

L'azione partecipativa, oltre a essere modulata da specifici correlati sociali, dipende soprattutto dal contesto in cui viene operata. Tra i principali predittori psicosociali emerge la valutazione individuale della situazione, mediante l'identificazione dei bisogni e l'attribuzione di importanza soggettiva ai problemi. La presa di coscienza si converte in un'effettiva mobilitazione comunitaria se gli individui percepiscono la propria autoefficacia – individuale e collettiva – se il grado di coesione della comunità è alto, se sono presenti valori quali la fiducia e la solidarietà, se l'attaccamento al luogo porta a una maggiore coscienza dei problemi e a una superiore consapevolezza ambientale e infine, se le organizzazioni operanti sul territorio svolgono un ruolo incentivante, promuovono l'impegno e il coinvolgimento della popolazione (Mannarini, 2023).

In contesti emergenziali, la reazione collettiva di una comunità, si configura generalmente come un processo attivo e resiliente. I membri della popolazione tendono a mobilitarsi, adottando svariate condotte adattive. Tale partecipazione si manifesta primariamente nella ricerca di supporto sociale, di informazioni tempestive – favorendo la creazione di reti informali – e nell'attuazione di condotte prosociali⁴. Di conseguenza, la collettività colpita rappresenta il nucleo primario della gestione dell'emergenza: i primi interventi di assistenza, soccorso e mutuo-aiuto vengono strutturati e realizzati dalle stesse vittime sopravvissute all'evento (Pietrantoni & Prati, 2009).

⁴ Con l'espressione *comportamento prosociale* si fa riferimento a un'ampia categoria di condotte volte intenzionalmente a generare beneficio in favore di un'altra persona, manifestandosi concretamente attraverso azioni pratiche, come ad esempio, il conforto e l'atto di donare (D'Urso & Trentin, 2021).

Capitolo 2. La psicologia dell'emergenza: definizioni, classificazioni e linee guida

Il presente capitolo introduce la psicologia dell'emergenza, dapprima in un'ottica individuale, e successivamente secondo una prospettiva comunitaria. Viene inoltre esposta una classificazione delle emergenze, delle vittime e delle fasi evolutive degli eventi critici, al fine di porre le basi teoriche necessarie all'analisi delle linee guida internazionali e italiane relative agli interventi psicosociali.

2.1 La psicologia dell'emergenza: evoluzione storica e principali funzioni applicative

La Psicologia applicata ai contesti di emergenza si configura come un ambito disciplinare tecnico e operativo finalizzato all'impiego delle competenze psicologiche in situazioni critiche e ad alto impatto stressogeno. Tali condizioni si contraddistinguono per il progressivo esaurimento delle risorse della comunità e per la compromissione delle strategie di coping individuali e collettive; di conseguenza per sostenere le capacità di fronteggiamento all'evento avverso, è necessario un intervento specifico (CNOP, 2013).

La letteratura offre varie concettualizzazioni della psicologia dell'emergenza, tra loro sostanzialmente affini, sebbene singolarmente caratterizzate da peculiarità (Sbattella, 2020).

Assumendo la dimensione psichica del soggetto come elemento cardine della disciplina, il contributo di Axia (2006) risulta significativo. Secondo l'autrice, la psicologia dell'emergenza si occupa di "prendersi cura delle persone che hanno attraversato o stanno attraversando un evento drammatico, con rischio di vita personale e con la presenza reale di morte e distruzione di altri" (Axia, 2006, p. 19). Da tale prospettiva, l'ambito di studio persegue i seguenti obiettivi: definire lo stato psichico dell'individuo in una situazione emergenziale; identificare i correlati biologici del singolo, riconoscendo le potenziali conseguenze psicologiche ad essi associabili; delineare le strategie di supporto per coloro che risultano coinvolti. Questi interventi si focalizzano sui sopravvissuti allo scenario critico.

L'autrice propone inoltre una seconda accezione della disciplina, maggiormente incentrata sulla preparazione degli individui ad affrontare una situazione attesa, connotata da un potenziale rischio per la vita. Ne consegue la necessità di sviluppare competenze in merito ai processi comunicativi, alla percezione del rischio e alle dinamiche sociali e comunitarie. Gli interventi così delineati si rivolgono prioritariamente ai soccorritori e ai membri della comunità non ancora esposti all'evento (Axia, 2006).

Ampliando l'ambito di interesse a uno scenario emergenziale collettivo risulta centrale il contributo di Pietrantonio e Prati (2009). Gli autori definiscono questo settore di studi come fondato su ricerca, pratica e applicazione di conoscenze psicologiche, al fine di “studiare le relazioni umane negli eventi avversi, di promuovere la salute sociale e di rafforzare le competenze sociali prima che tali circostanze siano avvenute e dopo il loro accadimento” (Pietrantonio & Prati, 2009, p. 10). Analogamente, Sbattella (2020) pone l'accento sulla dimensione comunitaria dell'emergenza, definendo la disciplina come volta a “sostenere le menti (individuali e collettive) che fronteggiano cambiamenti [...] potenzialmente distruttivi” (Sbattella, 2020, p. 13). In aggiunta, lo psicologo osserva come gli strumenti teorico-pratici necessari in contesti emergenziali derivino dall'integrazione di diversi rami della Psicologia. Tra questi, si segnala la psicologia clinica, la cui branca psicotraumatologica viene spesso confusa con la psicologia dell'emergenza, in quanto incentrata sulla frattura psichica conseguente a un trauma, e la psicologia generale che contribuisce in modo significativo alla comprensione delle singole funzioni psichiche – quali percezione, ragionamento e memoria – in condizioni avverse. A tali ambiti si affiancano la psicologia sociale, utile all'analisi dei processi intergruppo, delle folle e delle reti sociali e la psicologia dell'educazione, orientata al potenziamento della resilienza individuale e collettiva (Sbattella, 2020). Infine, la psicologia di comunità fornisce gli strumenti per comprendere le dinamiche sociali e i costrutti psicologici sottostanti (Fenoglio, 2006).

L'integrazione di tali componenti – cognitive, emotive e psicosociali – ha consentito alla psicologia dell'emergenza di estendere il proprio dominio all'intero arco temporale dell'evento, comprendendone le fasi e le criticità antecedenti e successive (Sbattella, 2020). Questa prospettiva contemporanea rappresenta l'esito di un percorso evolutivo nel quale i primi interventi psicologici si sono configurati in termini differenti. In particolare, due riferimenti fondamentali – precedenti alla costituzione del Consiglio Nazionale dell'Ordine degli Psicologi (CNOP) e supportati da documentazione scritta – sono riconosciuti come i precursori della disciplina in Italia. Il primo studio, riferito al terremoto del Friuli Venezia Giulia del 1976, descrive le reazioni psicologiche e la riorganizzazione a livello scolastico di un lavoro terapeutico efficace con i bambini, svolto a Gemona, città epicentro del sisma (Ranzato, 2018). Il secondo, *Il contributo della psicologia in situazioni di emergenza* (Betocchi, 1982), successivo al terremoto dell'Irpinia del 1980, documenta le indagini empiriche e gli effetti dei soccorsi sulla popolazione.

Tali contenuti testimoniano l'esistenza di un interesse applicativo già negli anni Settanta e Ottanta, ma è soltanto nel 1997 che si consegue il formale riconoscimento della psicologia dell'emergenza in Italia (Fenoglio, 2005). La comunità degli psicologi, difatti, prende coscienza della specificità dei bisogni manifestati dalle persone in situazione emergenziale; tale movimento di opinione conduce alla progettazione di iniziative istituzionali e extraistituzionali, fino alla fondazione delle prime due associazioni del settore. Queste ultime ottengono l'ufficializzazione nel 1999, assumendo le denominazioni di *Società Italiana di Psicologia dell'Emergenza* (SIPEm) e di associazione di volontariato *Psicologi per i Popoli – Federazione* (Ranzato, 2018).

Negli anni successivi, i due enti hanno promosso convegni e seminari organizzati dai vari Ordini regionali e sono intervenuti in alcune emergenze, anche in collaborazione con la Protezione Civile. Tra i primi interventi ci sono l'alluvione del 2000 in Valle d'Aosta e i terremoti del 2002 sulle pendici dell'Etna e in Molise. Nel medesimo anno, l'Università di Padova istituisce il corso di perfezionamento post lauream *Psicologia dell'emergenza in situazioni di calamità naturali o umane in ambito nazionale o internazionale*, definendo così l'ingresso della disciplina nella formazione accademica (Ranzato, 2018).

È in questo quadro di progressiva istituzionalizzazione che, nel 2013, il CNOP ha provveduto a definire formalmente la figura dello psicologo dell'emergenza. I contesti operativi in cui tale professionista può operare includono le attività della Protezione Civile e tre distinti settori di intervento. L'area sanitaria racchiude le strutture di Emergenza-Urgenza e dell'Area Critica del Servizio Sanitario Nazionale per attività di previsione, prevenzione e soccorso alle popolazioni in caso di calamità e di sostegno ai soccorritori. L'area educativa-scolastica comprende enti pubblici e non-profit, finalizzati alla tutela dei bambini e dei familiari attraverso azioni di sviluppo della resilienza e del senso di sicurezza, promuovendo la sensibilizzazione al rischio sismico e la gestione delle emergenze. L'area del lavoro, infine, è composta sia da istituzioni pubbliche che private – come aziende e aeroporti – e può essere attivata in una fase pre-emergenziale per attività formative e durante l'evento critico in caso di suicidi, incidenti e infortuni, per offrire supporto a clienti e dipendenti, con possibilità di interventi di follow-up (CNOP, 2019).

2.2 La classificazione delle emergenze e delle vittime

L'identificazione dei soggetti coinvolti e la descrizione delle dinamiche operative degli interventi richiedono una definizione condivisa del concetto di emergenza (Argentero & Cortese, 2018).

Nella letteratura specialistica ricorrono diverse espressioni, tra cui disastro, catastrofe (Molinari & Putton, 2008) e crisi (Pitzalis, 2017). Per *crisi* si intende qualsiasi alterazione improvvisa del consueto decorso degli eventi – individuali o collettivi – tale da rendere necessaria una rivalutazione delle modalità di azione e di pensiero a causa del senso di perdita delle attività quotidiane. Questo concetto risulta affine a quello di *evento critico*, ovvero un accadimento che si discosta dalla quotidianità e si configura come una grave minaccia, fisica e psicologica per l'incolumità della persona, generando sentimenti di impotenza e terrore (IFRC, 2009). I termini *disastro* e *catastrofe* vengono spesso erroneamente impiegati come sinonimi. Il primo designa eventi sociali perturbanti lo svolgimento della vita collettiva, originati da azioni umane involontarie e/o da forze naturali e contraddistinti da conseguenze distruttive a carico della società e dell'ambiente (Xu & Lo, 2022). Tale concetto, tuttavia, rimane circoscritto all'evento in sé, a differenza di *catastrofe*, la quale – indipendentemente dal numero delle vittime – compromette infrastrutture, sistemi di comunicazione e l'intero tessuto sociale (Sbattella, 2020). Secondo la definizione di Sbattella (2020), l'*emergenza* costituisce una situazione interattiva contraddistinta dall'intreccio di “percezione di una minaccia incombente, richieste di attivazione rapida e di rapide decisioni, percezione di una sproporzione improvvisa tra bisogno [...] e potenziale di risposta attivabile dalle risorse immediatamente disponibili, clima emotivo congruente” (Sbattella, 2020, p. 21). All'interno di questa cornice teorica, qualora l'evento assuma rilevanza collettiva, si utilizza l'espressione *maxi-emergenza* (CNOP, 2013); diversamente, laddove si verifichi l'interruzione dei mezzi di sussistenza e una minaccia per la vita su larga scala, circostanza in cui ogni intervento viene condotto in un contesto politico e di sicurezza difficile, si fa riferimento all'*emergenza complessa* (Wisner & Adams, 2002).

Una differente, seppur complementare, sistematizzazione delle emergenze, si ritrova nell'ordinamento giuridico italiano. Il Decreto Legge n. 1 del 2 gennaio 2018 classifica tre livelli di complessità emergenziale – tutti ascrivibili a cause naturali o antropiche – l'ultimo dei quali, la *catastrofe*, coincide con la definizione fornita in precedenza. Gli *incidenti semplici* consistono in eventi dannosi fronteggiabili dai singoli enti e amministrazioni competenti; gli *incidenti complessi*, invece, configurano situazioni calamitose che richiedono il coordinamento operativo di più enti o amministrazioni, attraverso il ricorso a mezzi e poteri straordinari da esercitare entro periodi di tempo definiti (Sbattella, 2020).

Le diverse caratteristiche delle emergenze influenzano le condizioni delle persone colpite; in merito a ciò, Taylor e Frazer (1981) hanno elaborato una classificazione delle vittime, successivamente ripresa da Iacolino e Cervellione (2019). Gli autori hanno identificato sei gradi di prossimità, vicinanza e coinvolgimento emotivo con l'evento critico, al fine di riconoscere i destinatari degli interventi psicologici nonché le relative prassi operative. Le vittime possono essere di:

- I tipo: soggetti che subiscono direttamente l'impatto dell'evento.
- II tipo: familiari, parenti e persone care alle vittime di I tipo.
- III tipo: soccorritori professionisti o volontari, personale sanitario, forze dell'ordine e vigili del fuoco.
- IV tipo: l'intera comunità coinvolta nell'evento.
- V tipo: individui non esposti direttamente all'accadimento, il cui equilibrio psichico risente della situazione e in seguito al quale possono sviluppare una sintomatologia post-traumatica.
- VI tipo: persone consapevoli di aver potuto rappresentare, in circostanze diverse, le vittime dell'evento (Taylor & Frazer, 1981).

La risposta di un sopravvissuto a un fatto disastroso è determinata da molteplici fattori, la cui integrazione determina l'esito dell'assistenza. I comportamenti e le reazioni psicologiche – individuali e comunitarie – tendono a svilupparsi secondo stadi progressivi. DeWolfe (2000) propone una periodizzazione dell'evoluzione emergenziale in sette fasi, divenuta un quadro di riferimento per l'analisi degli interventi in emergenza:

1. Allarme: l'acquisizione di consapevolezza di un pericolo immediato può causare ansia e incertezza.
2. Impatto: il verificarsi dell'evento critico focalizza l'attenzione dei soggetti sulla sopravvivenza e sul benessere individuale e dei propri cari; le manifestazioni comportamentali possono includere shock, panico e confusione.
3. Eroica: nel periodo immediatamente successivo all'accadimento emerge l'altruismo sia tra i soccorritori che tra i sopravvissuti, al fine di salvare vite e proteggere beni.
4. Luna di miele: nelle settimane seguenti, la condivisione dell'esperienza traumatica e lo scambio di supporto comunitario rafforzano la coesione sociale. I soggetti possono sviluppare un ottimismo fondato sull'aspettativa che l'aiuto ricevuto riporterà la normalità.

5. Ricognizione: i sopravvissuti prendono atto dei limiti dell'assistenza. Le scarse energie fisiche, le pressioni finanziarie e lo stress legato alla dislocazione abitativa possono essere causa di sconforto.
6. Disillusione: con il progressivo allontanamento di operatori e volontari, la popolazione può sviluppare sentimenti di abbandono e risentimento. La persistenza dello stress può favorire l'insorgenza di patologie e l'aggravarsi di condizioni preesistenti.
7. Ricostruzione: i soggetti constatano di dover risolvere prevalentemente da soli i problemi della ricostruzione di proprietà fisiche e del recupero del benessere emotivo. Questa fase può protrarsi anche per anni.

In questo panorama in cui le reazioni comunitarie a un disastro si configurano come complesse ed eterogenee, la letteratura adotta gli interventi psicosociali per sottolineare l'interdipendenza tra le dimensioni psicologiche – costituite da processi interiori, emotivi e mentali, oltre che da sentimenti e reazioni – e le dinamiche sociali, identificate come reti familiari e comunitarie, orientamenti valoriali e pratiche culturali. Entrambe le dimensioni hanno l'obiettivo di promuovere il supporto sociale (Lo Iacono & Ranzato, 2018), definito dall'Inter-Agency Standing Committee (IASC) nelle *IASC Guidelines on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Setting* (2007) come “un'espressione composita [...] per indicare qualunque tipo di sostegno, locale oppure esterno, volto a tutelare o a promuovere il benessere psicosociale e/o a prevenire o a trattare i disturbi mentali” (IASC, 2007, p. 16).

2.3 Le linee guida internazionali e italiane degli interventi psicosociali

Lo IASC è un organo istituito dall'Assemblea Generale delle Nazioni Unite nel 1992 con la finalità di potenziare il coordinamento tra agenzie intergovernative e non governative operanti nel settore dell'assistenza umanitaria. Tale ente ha incaricato una task force formata da specialisti della Federazione Internazionale delle Società di Croce Rossa e delle principali agenzie delle Nazioni Unite – inclusa l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) – per redigere le proprie linee guida. Il documento, elaborato tra il 2004 e il 2007 (IASC, 2007), costituisce un riferimento fondamentale per i principi relativi all'intervento psicologico in emergenza (Castelletti, 2013) e la sua conoscenza risulta indispensabile per lo psicologo operante in tali contesti (Della Maggiora, 2017).

Lo scopo principale di tali linee guida è supportare gli aiuti umanitari e le comunità nella pianificazione e nel coordinamento di risposte multisettoriali volte alla promozione del benessere psicosociale, alla tutela della salute mentale e all'eventuale trattamento del disturbo mentale degli individui esposti a contesti emergenziali. Gli obiettivi perseguiti dalle linee guida sono diversi: la promozione dei diritti umani e dell'equità di accesso agli interventi senza discriminazioni; la partecipazione della comunità coinvolta nella risposta umanitaria, valorizzandone la resilienza; la prevenzione dei danni, secondo il principio di non nuocere; la valorizzazione delle risorse locali riconoscendo le capacità delle collettività e promuovendo l'auto-aiuto comunitario; l'integrazione dei sistemi di supporto esistenti; e infine l'adozione di un approccio multilivello basato su interventi complementari, al fine di rispondere simultaneamente ai bisogni specifici espressi dalle diverse fasce della popolazione (Figura 1) (IASC, 2007).

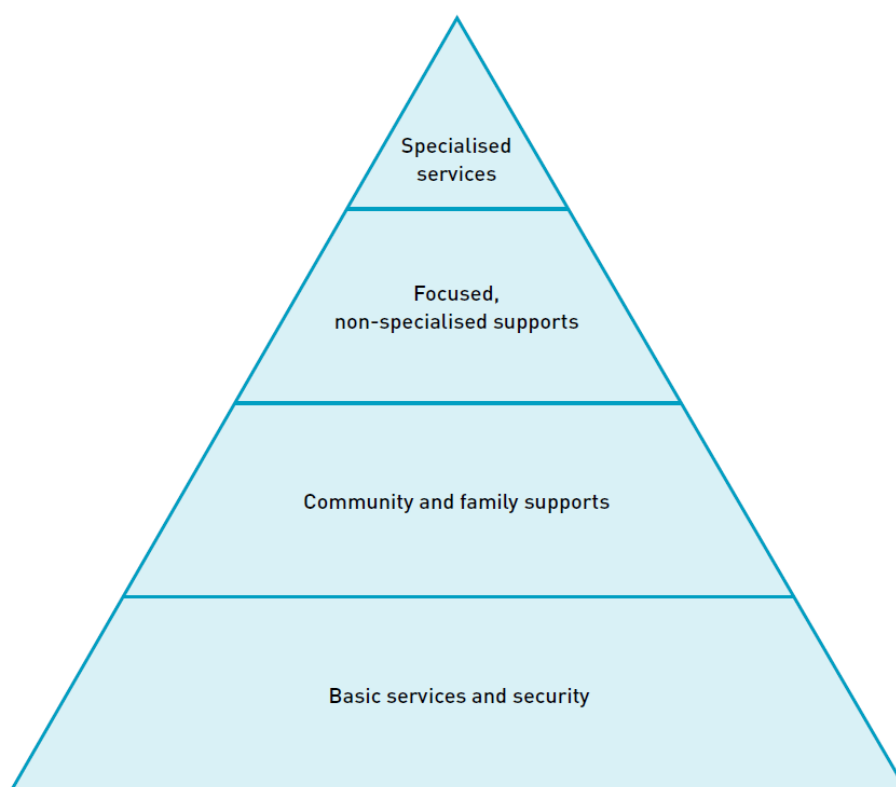


Figura 1: Piramide degli interventi per la salute mentale e il supporto psicosociale nelle emergenze (IASC, 2007)

Alle fondamenta di tale articolazione si collocano i *servizi di base e di sicurezza*, i quali garantiscono la soddisfazione dei bisogni fisiologici della popolazione colpita dall'emergenza. Seguono i *supporti rivolti alla comunità e alla famiglia*, destinati a un minor numero di individui e a preservare il loro benessere psicologico e la salute mentale, pertanto, in risposta a fenomeni quali la dispersione familiare e la disgregazione delle reti sociali, vengono proposti ricongiungimenti parentali, riti collettivi, programmi di supporto genitoriale, attività educative formali e informali, oltre che ludiche. I *supporti specializzati non mirati*, erogati da operatori formati e

supervisionati anche senza competenze specialistiche, sono rivolti alle persone che richiedono un intervento focalizzato individuale, familiare o grupale, compreso il Primo Soccorso Psicologico⁵. All'apice sono presenti i *servizi specialistici*, rivolti a coloro che manifestano persistenti difficoltà nel funzionamento quotidiano nonostante gli aiuti precedenti. Comprendono anche prestazioni psicologiche e psichiatriche se i bisogni del soggetto superano la competenza dei servizi sanitari di base (IASC, 2007).

Le linee guida in esame distinguono gli interventi in tre aree: le *funzioni comuni a tutti i settori*, le *funzioni specifiche per la salute mentale e il supporto psicosociale* e gli *aspetti sociali in ambiti specifici*.

Nella prima area rientrano il coordinamento, realizzabile, ad esempio, mediante l'identificazione dei leader di riferimento e delle organizzazioni operanti sul territorio; l'assessment, il monitoraggio e la valutazione degli esiti, i quali includono la rilevazione delle risorse e delle vulnerabilità della comunità; la protezione dei diritti umani, compresa la prevenzione della violenza; e infine la gestione delle risorse umane, volta a garantire la formazione degli operatori e la loro integrazione nella cultura locale.

La seconda area comprende la mobilitazione e il supporto comunitario, favorendo la partecipazione della popolazione per l'intera durata dell'emergenza, l'auto-aiuto e il supporto sociale della collettività, la promozione delle pratiche culturali e religiose e il supporto ai bambini e ai loro caregiver; i servizi sanitari, concentrati maggiormente sulla possibilità di accesso alle cure e sulla riduzione dei danni legati all'uso di alcol o altre sostanze; gli interventi educativi, orientati alla fruizione di un'istruzione sicura; infine, la diffusione delle informazioni, riguardante sia la comunicazione alla popolazione di dati ufficiali, sia la trasmissione di strategie di coping positive.

La terza area sposta quindi l'attenzione sulla sicurezza alimentare e la nutrizione, la risoluzione di problemi abitativi e la pianificazione degli alloggi e l'accesso alla fornitura di acqua e servizi igienici (IASC, 2007).

Le linee guida IASC, sebbene elaborate in sede internazionale, trovano un significativo riscontro nel contesto italiano, dove il ruolo degli psicologi dell'emergenza si articola in relazione ai differenti setting operativi e alle rispettive organizzazioni di appartenenza. La letteratura suggerisce l'individuazione di almeno tre ambiti principali: la Protezione Civile, deputata alla gestione di disastri locali e nazionali; il sistema di soccorso

⁵ Il Primo Soccorso Psicologico/*Psychological First Aid* (PFA), rappresenta una modalità di intervento volta alla tutela dei sopravvissuti da ulteriori danni, offrendo loro uno spazio di condivisione dell'esperienza vissuta e delle emozioni e percezioni ad essa associata, in un contesto improntato all'ascolto attivo e alla sospensione del giudizio. Tale approccio consente di individuare e rispondere ai bisogni primari e promuovere l'adozione di strategie di coping positive, scoraggiando quelle non adattive (IASC, 2007).

sanitario, preposto alla risposta in emergenze quotidiane e incidenti complessi; e le strutture di altra natura, tra cui rientrano le forze armate, chiamate a operare in scenari ad alto rischio (Sbattella, 2020).

Il riconoscimento istituzionale degli psicologi all'interno della Protezione Civile è stato regolamentato dai *Criteri di massima sugli interventi psico-sociali da attuare nelle catastrofi* (Presidenza del Consiglio dei Ministri, 2006). Tale documento prevede sia la costituzione di équipe psicosociali per le emergenze (EPE) – il cui compito è quello di fornire sostegno alla popolazione in stato di calamità (CNOP, 2019) – sia l'integrazione del supporto psicologico all'interno delle *Funzioni* della Protezione Civile. Quest'ultima, nelle maxiemergenze nazionali, dispone di diversi enti organizzati secondo una struttura gerarchica, al cui vertice è istituita la Direzione di Comando e Controllo (Di.Coma.C), organo di coordinamento e direzione dell'intero sistema. A livello territoriale seguono i Centri Operativi Misti (COM), mentre a livello comunale, in alcuni casi, vengono previsti i Centri Operativi Comunali (COC). Ciascun livello gerarchico attiva al proprio interno una serie di *Funzioni*, le quali facilitano il coordinamento delle procedure di rispettiva competenza all'interno dell'area di pertinenza. Le *Funzioni* che direttamente coinvolgono gli psicologi sono solitamente tre, la *Funzione 2 – Sanità e Veterinaria*, che coordina l'insieme delle attività sanitarie (Pezzullo, 2010) e all'interno della quale, secondo le metodologie attuali italiane – il Metodo Augustus, elaborato da Galanti (1997) – si colloca l'intervento di supporto psicologico; la *Funzione 4 – Volontariato*, incaricata della gestione e dell'organizzazione dei volontari di Protezione Civile; e infine, la *Funzione 13 – Assistenza alla popolazione* (Pezzullo, 2010).

L'attivazione di queste *Funzioni* comporta il coinvolgimento di diverse associazioni di volontariato, tra cui la Federazione Psicologi per i Popoli, la prima in Italia ad aderire alle linee guida IASC (Castelletti, 2013).

Capitolo 3. L'analisi di un caso specifico: la reazione della comunità dopo il terremoto in Abruzzo

In questo capitolo viene approfondito l'intervento degli psicologi della Federazione Psicologi per i Popoli all'interno delle tendopoli durante la maxiemergenza conseguente al sisma del 6 aprile 2009 in Abruzzo. Attraverso l'analisi delle linee guida internazionali IASC, si esaminano le attività che hanno favorito lo sviluppo di resilienza e mobilitazione comunitaria, presentando infine un progetto pensato secondo un'ottica di psicologia di comunità.

3.1 L'evento sismico e il ruolo degli psicologi della Protezione Civile nelle diverse fasi dell'emergenza

Il 6 aprile 2009, alle ore 3:32, un terremoto di magnitudo 5,8 sulla scala Richter colpì 103 comuni dell'Abruzzo, incluso il capoluogo (Molteni, 2011) (Figura 2). Data la gravità della situazione, venne proclamato lo stato di emergenza (Marino, 2011).

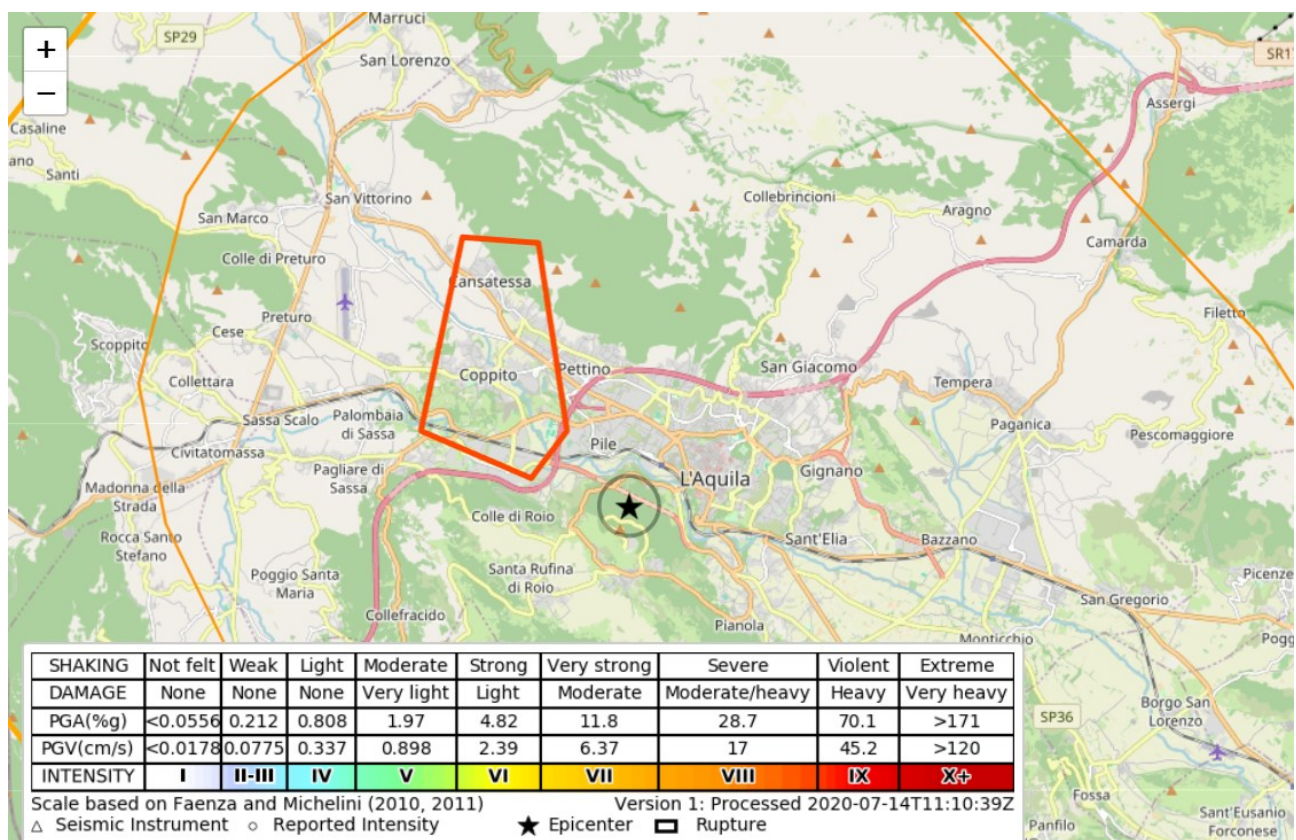


Figura 2: Mappa dell'intensità sismica del terremoto del 6 aprile 2009 (INGV, 2009)

Le persone coinvolte furono circa 105 mila, con un bilancio di 309 vittime, 1600 feriti e 66 mila sfollati; il 5% della popolazione rimase intrappolato sotto le macerie, riportando danni fisici di lieve entità, mentre il 15% perse un familiare o un conoscente (Rossi & Stratta, 2019).

La dislocazione abitativa conseguente al sisma ha messo a dura prova l'intera rete sociale della popolazione, soprattutto quella delle fasce più deboli (Molteni, 2011). Il 65% degli edifici, comprese le abitazioni, fu distrutto o riportò gravi danni (Pollice et al., 2011), gli sfollati vennero indirizzati verso strutture alberghiere o case private sulla costa, nonché verso le 170 tendopoli allestite dalla Protezione Civile. Si è trattata della prima maxiemergenza in cui la Protezione Civile nazionale ha impiegato squadre di psicologi dell'emergenza qualificati per garantire supporto sanitario e assistenziale alla popolazione (Pezzullo, 2010).

La Direzione di Comando e Controllo (Di.Coma.C.) della Protezione Civile, con sede provvisoria a L'Aquila durante l'emergenza, ha istituito a livello territoriale i Centri Operativi Misti (COM), ciascuno dei quali svolgeva al proprio interno le *Funzioni*. La *Funzione 2* riguardante il supporto psicologico e gli interventi socioassistenziali (Molteni, 2011) venne attivata e nove distaccamenti operativi di psicologi iniziarono a distribuirsi nei vari COM, nelle tendopoli e nei siti operativi. Già dalla mattina del 6 aprile era stata richiesta la disponibilità degli operatori delle 26 associazioni di volontariato della Protezione Civile; tra queste era presente anche l'associazione nazionale di volontariato tecnico-specifico in ambito psicologico, la Federazione Psicologi per i Popoli (Pezzullo, 2010).

Nonostante la presenza di numerose squadre della Federazione e di altri enti, con équipe di diversa formazione, le attività di supporto sono state condotte in conformità con le indicazioni proposte dalle linee guida IASC. Tra le funzioni comuni a tutti gli ambiti operativi rientrano il coordinamento, l'assessment, i diritti umani e la gestione delle risorse umane.

Il coordinamento, in particolare, ha richiesto agli specialisti del settore psicosociale di partecipare costantemente alle riunioni articolate su diversi livelli secondo la strutturazione nazionale della Protezione Civile, con l'obiettivo di costruire reti operative integrate con le realtà locali di riferimento. Per quanto concerne le azioni psicosociali di assessment, monitoraggio e valutazione, sono state impiegate molteplici modalità e diversi strumenti al fine di individuare i fattori di vulnerabilità e le risorse della comunità. Interviste, colloqui individuali e di gruppo, valutazioni dei livelli di stress e di disagio, avevano l'obiettivo di ottenere un assessment periodico sullo stato psicologico della comunità di riferimento. La protezione e la difesa

dei diritti umani non hanno richiesto interventi sistematici, fatta eccezione per le iniziative promosse dai responsabili dei campi, i quali miravano a individuare e far rispettare le regole di giustizia sociale. Questa funzione comprendeva anche la collaborazione alle operazioni di censimento per l'attribuzione delle soluzioni abitative (Sbattella, 2013).

Le associazioni di volontariato, oltre a operare sul campo, hanno svolto attività di reclutamento, supporto e formazione delle squadre operative nell'ambito della gestione delle risorse umane, al fine di garantire una presenza costante nelle tendopoli. Le strategie adottate sono state eterogenee, ma tutte le associazioni hanno proposto ai professionisti debriefing emotivi, supervisioni programmate e colloqui individuali finalizzati alla rielaborazione dell'esperienza.

Sulla base di questa organizzazione funzionale, le attività realizzate dagli psicologi si sono differenziate a seconda delle diverse fasi dell'emergenza, distinguendosi in interventi di fase acuta, medio e lungo termine (Sbattella, 2013).

Durante la fase acuta, gli psicologi del Sistema Sanitario Regionale e della Protezione Civile hanno fornito assistenza svolgendo varie attività. Tra i loro compiti rientranti nell'ambito della prevenzione secondaria, si possono includere la comunicazione dei decessi e l'accompagnamento delle famiglie all'obitorio, attività proseguite fino ai funerali di Stato celebrati il 10 aprile 2009. Sono stati inoltre istituiti spazi fisici e temporali di vicinanza tra familiari e defunti, nel rispetto dell'individualità, ma anche nella valorizzazione della dimensione collettiva del rito. Tra gli interventi preliminari svolti dagli psicologi è importante citare anche la mappatura dei bisogni della popolazione al fine di individuare le realtà in cui le vittime di primo e secondo livello si trovavano in condizione di maggiore vulnerabilità (Marino, 2011).

Sempre nella fase acuta, sono stati osservati dei comportamenti prosociali riconducibili alla *fase della luna di miele*, la quale – successiva alla soddisfazione dei bisogni essenziali – è caratterizzata da comportamenti altruistici e dalla sospensione di conflitti. La percezione di un ampio supporto comunitario può alimentare nella popolazione l'aspettativa di una rapida risoluzione delle difficoltà. Tale condizione ha favorito in alcune tendopoli, come ad esempio in quella di Barisciano, un veloce consolidamento del campo e un ripristino di una condizione di normalità provvisoria (Mela, 2010).

Nella fase a medio termine, iniziata l'8 aprile e durata circa un mese, l'attività psicologica si è concentrata sui campi degli sfollati. Gli interventi sono stati orientati a rispondere ai bisogni della popolazione, tenendo conto

delle specificità connesse alle diverse fasce di età, con l'obiettivo di favorire il recupero dell'identità individuale e collettiva. Per far fronte a tali necessità, sono state realizzate iniziative di supporto psicologico volte a incentivare processi di autodeterminazione, attivare comportamenti autoprotettivi e facilitare la comprensione e l'utilizzo delle informazioni, in linea con quanto previsto dai *Criteri di massima sugli interventi psico-sociali da attuare nelle catastrofi* (Pezzullo, 2010). Nel corso di questo mese di emergenza il Comando Operativo del Vertice Interforze (COVI) si è occupato della somministrazione di schede di triage psicologico nei sei COM in cui ha operato. Tale strumento si è rivelato funzionale al monitoraggio delle conseguenze psicologiche e a una prima valutazione conoscitiva del disagio emotivo, cognitivo e comportamentale, dalla quale è emersa una sintomatologia ansiosa parzialmente diffusa nella popolazione (Marino, 2011). Parallelamente, per l'intera durata dell'emergenza, sono stati condotti colloqui individuali e di gruppo per gli abitanti dei campi (Diotallevi & Eleuteri, 2016); in un secondo momento sono poi stati indagati i sintomi di disturbo post-traumatico da stress (PTSD) negli operatori (Verni et al., 2010).

In questa fase si consolidò il Primo Soccorso Psicologico, già avviato nella fase acuta, con particolare riguardo ad alcune specifiche fasce della popolazione: i bambini, i quali necessitavano una presenza costante di adulti, gli anziani bisognosi di sostegno materiale e di coinvolgimento nella vita comunitaria, nonché persone con disabilità psichica e tossicodipendenti (Mela, 2010). Per far fronte ad alcune di queste difficoltà, il personale delle ASL de L'Aquila ha istituito una tenda per le attività di day hospital psichiatrico, neuropsichiatria infantile, Consultorio e Ser.T e dieci tende per l'accoglienza di 50 pazienti psichiatrici e disabili mentali e fisici, al fine di sopperire all'inagibilità delle strutture (Marino, 2011).

Durante la fase a lungo termine, si è tentato di rispondere ad alcune domande formulate da Gordon (1991) al fine di valutare la realtà di una comunità colpita da un evento traumatico; tali interrogativi riguardavano la ricostruzione dell'ambiente fisico e delle reti sociali, l'accesso agli aiuti, la dipendenza da essi e l'assunzione di responsabilità, il significato di commemorazioni e memorie e i valori della comunità. Sulla base di questi interrogativi, le équipe psicosociali hanno proposto interventi specifici in concomitanza con il trasferimento della popolazione dalle tendopoli alle abitazioni semi-permanenti, con l'obiettivo di sostenere attivamente la comunità nel lungo periodo. Questa valutazione è coincisa con la conclusione dell'attività del volontariato coordinata dalla Protezione Civile (Marino, 2011).

Partendo dalla proposta valutativa di Gordon, si è notato come per la comunità la scuola fosse l'unico spazio aggregativo accessibile: i centri culturali e commerciali, le piazze, le chiese e i cinema erano stati distrutti o danneggiati. Per questo motivo, la popolazione ha richiesto a gran voce la ripartenza dell'attività scolastica e universitaria, sebbene a settembre 2009 i sentimenti furono contrastanti: le famiglie volevano far tornare i figli a scuola, ma temevano possibili pericoli, anche a causa del prolungarsi dello sciame sismico. Per far fronte a queste preoccupazioni, gli psicologi, già dalla fase acuta dell'emergenza, proposero undici progetti che coinvolgevano le scuole colpite (Marino, 2011). Queste iniziative rientravano nelle indicazioni proposte dalle linee guida IASC, finalizzate a creare le condizioni per il ripristino di un senso di normalità condiviso all'interno della popolazione (Galliano, 2013).

3.2 La resilienza: una base per la mobilitazione comunitaria

La promozione della resilienza è trasversale alla *Funzione 2* della Protezione Civile e all'obiettivo della mobilitazione comunitaria la cui promozione è prevista dalle linee guida IASC, difatti risulta essere la base sulla quale orientare tutti i modelli di intervento (Castelletti, 2013).

Nel contesto aquilano la resilienza può essere ricondotta prevalentemente a fattori di natura culturale. Tra questi rientrano: l'attitudine ad adattarsi a condizione avverse, essendo stata definita zona sismica nel 1915 (Oliveto et al., 2011); un marcato senso di identificazione con la propria comunità e la volontà di preservare i luoghi, le tradizioni e un elevato grado di autonomia dal supporto esterno. Oltre a queste risorse, sono state individuate delle vulnerabilità riconducibili al profilo demografico, caratterizzato da un progressivo invecchiamento della popolazione, al profilo socio-economico, segnato dal declino industriale e al profilo istituzionale, ambivalente a seconda dei Comuni (Mela, 2014).

Le attività di supporto psicosociale non sono state caratterizzate esclusivamente da una natura assistenziale, ma hanno anche perseguito l'obiettivo di promuovere la resilienza comunitaria (Mela, 2010). Tale approccio, ha posto l'attenzione sulla capacità di ripresa della collettività e sulla potenzialità di negoziazione della popolazione e delle istituzioni locali, nella fase iniziale dell'emergenza con la rete di soccorso, e successivamente con le politiche attuate dai governi centrali e dalle agenzie che erogavano le risorse esterne. Quest'ultimo aspetto è determinante per una comunità resiliente (Mela, 2014).

Secondo Rossi e Stratta (2019), una comunità può definirsi resiliente quando non rimuove il ricordo dell'evento traumatico: ciò che per il singolo individuo può costituire una fonte di angoscia, per la collettività può tradursi in un'opportunità per attribuire significato all'esperienza vissuta. Coerentemente con tale prospettiva uno studio (Stratta et al., 2016) ha ipotizzato che le credenze e i rituali condivisi dalla comunità, contribuendo alla crescita del capitale sociale, stimolavano i fattori di resilienza a seguito del terremoto. L'aumento del capitale sociale potrebbe aver svolto un ruolo protettivo per la comunità, anche grazie al significato sociale attribuito alle cure e all'assistenza offerte alla popolazione.

La Federazione Psicologi per i Popoli, durante gli interventi in emergenza, prevede che ogni squadra di professionisti che opera, segua le linee guida IASC. Esse comprendono: mobilitazione e supporto comunitario, servizi sanitari, interventi educativi e diffusione delle informazioni e rientrano nella *Funzione 2 – Sanità* della Di.Coma.C. (Sbattella, 2013).

L'intervento degli psicologi nell'ambito della mobilitazione e del supporto comunitario, avvenuto durante la permanenza nelle tendopoli, aveva quattro obiettivi principali: facilitare le condizioni di partecipazione attiva mediante il coinvolgimento delle risorse locali, promuovere l'autoaiuto comunitario e il supporto sociale, mantenere le pratiche culturali e religiose e, infine, facilitare la riunificazione di famiglie e garantire spazi per il gioco e lo studio.

Durante la fase iniziale dell'emergenza, si è data importanza a una prima attivazione delle vittime e questo è stato possibile grazie all'individuazione nelle tendopoli dei leader naturali o istituzionali, con cui pianificare la gestione delle comunità. Il fine era quello di programmare gruppi di discussione aperti a cittadini e volontari nei quali affrontare le tematiche più urgenti, materiali, sanitarie e psicologiche, evidenziate dalla popolazione. Successivamente, gli psicologi si sono rivolti a insegnanti ed educatori, per pianificare congiuntamente strategie educative e relazionali finalizzate alla tutela della salute dei minori e dei nuclei familiari (Galliano, 2013). Un esempio è il progetto *EmerFor*, costituito da un ciclo di 12 incontri realizzati tra il 20 aprile e il 28 maggio 2009, che ha permesso di incontrare 492 insegnanti, offrendo loro un immediato supporto formativo e informativo riguardo la popolazione scolastica sfollata (Nostro et al., 2012).

In tutti i campi sono state organizzate attività per bambini, adolescenti e giovani adulti, coinvolti in progetti rispondenti ai rispettivi bisogni. Sono stati individuate anche aree nelle tende da dedicare all'organizzazione di ludoteche e biblioteche, oltre a spazi di svago, con wi-fi e giochi, finalizzati allo sfogo delle emozioni (Giuliano,

2013). Cusin (2011) afferma che nel campo di Camarda, come in molti altri, i volontari della Federazione prestarono molta attenzione ai più piccoli, creando nella tenda-ludoteca uno spazio attrezzato con casse e stereo per consentire ai bambini di ballare. A Onna gli adolescenti chiedevano di poter incontrare i coetanei, utilizzare i computer, uscire la sera (Spalla, 2010). I volontari degli Psicologi per i Popoli li hanno aiutati a farsi promotori di queste richieste, inoltre li hanno accompagnati a un concerto tenutosi in un campo vicino e hanno organizzato una cena in pizzeria, al fine di stimolarli a uscire dal campo e reinserirli nei luoghi in muratura.

A partire da due settimane dopo la scossa, nelle tendopoli sono stati dedicati alcuni moduli abitativi all'assistenza sanitaria di tipo psicologico-clinico. La mobilitazione comunitaria ha permesso di individuare pazienti malati o con problematiche mentali, per assicurare le cure e supportare le famiglie. Uno studio condotto un anno dopo la fase acuta dell'emergenza, analizzando 103788 abitanti dell'Abruzzo, ha rilevato un aumento del 37% delle nuove prescrizioni per antidepressivi e una crescita del 129% per le prescrizioni di antipsicotici. I fattori associati a questi numeri sono stati l'età avanzata e il sesso femminile (Rossi et al., 2011).

Per quanto riguarda la facilitazione dell'aiuto comunitario e il supporto sociale, sono state supportate le iniziative di comunità come la costruzione dei comitati della popolazione e le assemblee tematiche, soprattutto per dare informazioni relative all'evoluzione del sisma e alle reazioni normali allo stress, in quanto i livelli di *arousal* erano continuamente sollecitati dal susseguirsi di scosse sismiche. Gli psicologi si sono occupati anche di dedicare uno spazio alla prevenzione di episodi di *acting-out* e manifestazione della rabbia (Galliano, 2013).

Un esempio viene riportato da Pezzullo (2010), quando descrive le dinamiche comunitarie che si sono sviluppate all'interno di una tendopoli di un Comune dove non c'erano stati morti. La tenda principale ospitava quasi 300 persone ed era diventata fonte di sicurezza, al di fuori c'era solo il pericolo. Questa visione è stata alimentata dal "mito dello sciacallo" (Pezzullo, 2010, p. 70), rappresentato da persone sconosciute che si aggiravano di notte tra le macerie e le tende per depredare i terremotati. La comunità si mosse per organizzare ronde notturne e controllare gli sciacalli; nella riunione del campo il clima era agitato e molto teso. Gli psicologi sono intervenuti quando la pressione del gruppo era forte e hanno compreso che la popolazione stava manifestando il bisogno di controllare qualcosa, anche simbolicamente. Gli specialisti sono riusciti a verbalizzare questo concetto al gruppo, sottolineando che era comprensibile che la permanenza in tendopoli

fosse difficile e che ognuno volesse difendersi dalle scosse continue, però incontrollabili. Riuscirono a contenere l'ansia e il disagio svolgendo il ruolo di “de-saturatori” di un gruppo orientato all'*acting-out* collettivo. Gran parte dell'attività professionale degli psicologi si è svolta attraverso la partecipazione alla vita all'interno delle tendopoli, favorendo così la costruzione di un rapporto di fiducia nei confronti dei professionisti e dando l'opportunità alla comunità di “prendersi cura della propria persona, mantenendo il decoro e la dignità personale e di gruppo [...]” (Galliano, 2013, p. 52). Tale processo ha influenzato beneficamente il tono dell'umore individuale e collettivo (Galliano, 2013).

Il terzo obiettivo dell'intervento di mobilitazione comunitaria consisteva nel favorire la preservazione delle pratiche culturali, religiose e ricreative tradizionali (Galliano, 2013): la ripresa di rituali ad alto valore simbolico ha avuto un effetto di stabilizzazione, grazie al supporto del sistema dei soccorsi (Mela, 2010). Il sisma si è verificato durante la settimana di Pasqua; nelle tendopoli la popolazione, supportata dai religiosi locali, ha proposto e organizzato le celebrazioni religiose, individuando gli spazi dedicati alla Messa e i percorsi sicuri per le processioni. La comunità ha potuto riscoprire uno spazio di intimità personale e un momento di riconoscimento nell'identità condivisa (Galliano, 2013). Ad Onna, gli sfollati che abitavano nella tendopoli hanno recuperato dalle macerie le campane storiche della chiesa, posizionandole su un'impalcatura accanto a quella che era diventata la tenda-chiesa, inoltre recuperarono il *Pinnerone*⁶, divenuto simbolo del campo e punto di ritrovo per le persone che condividevano storie della vita passata (Spalla, 2010).

Contemporaneamente all'organizzazione degli spazi dedicati ai riti religiosi, in alcuni campi, come quello di Tempera, sono state promosse attività ricreative e culinarie tipiche della tradizione aquilana, favorendo l'instaurarsi di buone relazioni tra abitanti locali e operatori (Galliano, 2013).

Queste iniziative hanno rappresentato un'applicazione concreta delle linee guida internazionali orientata alla dimensione umana, preservando la dignità delle persone e dimostrando una flessibilità nell'organizzazione attenta alla tutela della salute – fisica e psicologica – dei cittadini.

Il quarto obiettivo mirava a sostenere i nuclei familiari, con particolare attenzione alle esigenze di gioco e studio dei minori. L'attuazione ha riscontrato iniziali difficoltà dovute allo shock dei genitori, il che limitava la loro capacità di proteggere i bambini. Per far fronte a queste criticità, gli psicologi hanno istituito gruppi di supporto agli adulti e attività ludiche per i minori, poi successivamente condotte dagli adolescenti della comunità,

⁶ È una grossa pietra cilindrica, simbolo tradizionale della comunità abruzzese (Spalla, 2010).

favorendo la ricostruzione di una routine quotidiana. Nel corso delle settimane, gli spazi hanno acquisito una maggiore strutturazione, fenomeno che ha segnato la rinascita del sistema locale. Tale processo, sorto in risposta ai bisogni e alle speranze condivise dalla comunità, ha favorito l'integrazione sociale (Galliano, 2013).

La *Funzione 2 – Sanità* della Di.Coma.C, comprende anche i servizi sanitari, al fine di raccogliere i bisogni primari della popolazione e alleviare lo stress. Nei campi non erano presenti feriti gravi; il disagio maggiormente manifestato era psicologico. La Federazione ha promosso l'integrazione degli aspetti psicosociali nei servizi di assistenza sanitaria di base, garantito l'accesso universale alle cure e attuato interventi di riduzione del danno associati all'uso di alcol e sostanze psicotrope (Sbattella, 2013). Pollice et al. (2011) hanno registrato come tra i giovani, in seguito al terremoto, ci sia stato un aumento del consumo di alcol, tabacco e cannabis. Un esempio di risoluzione di un problema fisico che ha contenuto le paure e il disorientamento, sviluppando reazioni di fiducia in tutta la comunità, è quanto successo a Tempera. Nella tendopoli, gli abitanti lamentarono problemi relativi alla vista: avevano rotto o smarrito gli occhiali durante le scosse di terremoto. La Federazione, coordinandosi con la Protezione Civile, è riuscita a fare rete e ottenere una distribuzione di occhiali, l'apertura di un esercizio ottico disponibile per tutti i campi e un servizio di navetta per accompagnare le persone alle visite oculistiche (Sbattella, 2013).

Gli interventi educativi si proponevano di agevolare l'accesso dei bambini a strutture educative sicure e formare il personale per fornire supporto psicosociale ai più piccoli. La Protezione Civile si è anche occupata della comunicazione ufficiale delle informazioni; uno dei compiti degli psicologi è stato quello di tutelare la popolazione rispetto all'invasione dei media. Tali ambiti – educativi e informativi – rappresentavano il terzo e l'ultimo obiettivo della mobilitazione comunitaria (Galliano, 2013) e sono stati la base su cui è stato costruito il progetto psicosociale “La terra tretteca, Ji no!” (La Longa & Crescimbene, 2024).

3.3 “La terra tretteca, Ji no!”: un progetto concreto tra Psicologia di comunità e Sismologia

Nell'ambito di questa maxi-emergenza, un intervento orientato allo sviluppo della consapevolezza di comunità, curato da ASL, Protezione Civile, Istituto Nazionale di Geofisica e Vulcanologia (INGV) e Psicologi per i Popoli, si chiama “La terra tretteca, Ji no!”⁷ (Longo, 2011). Gli operatori che ne hanno fatto parte dovevano

⁷ In dialetto abruzzese “La terra trema, io no!” (Longo, 2011)

avere una grande competenza di comunicazione del rischio, affini capacità di lettura delle dinamiche psicosociali e della logica degli interventi di empowerment comunitario (Pezzullo, 2010).

La finalità del progetto era di presentare in ogni tendopoli, grazie al lavoro congiunto di geologi e psicologi, informazioni base di sismologia e psicopatologia del trauma e dello stress, al fine di informare e fare emergere – eventualmente correggendole – le credenze errate della popolazione su questi temi (Longo, 2011). Gli obiettivi perseguiti erano di natura informativa, psicoeducativa e di incentivazione alla partecipazione attiva delle comunità (La Longa & Crescimbene, 2024).

I geologi avevano il compito di spiegare come e perché la terra trema, riferendosi alla tettonica delle placche, alla formazione delle faglie e alla ciclicità media dei terremoti in Italia e sull'Appennino. Gli psicologi, invece, descrivevano come e perché la mente trema, ovvero come gli individui reagiscono, singolarmente e collettivamente, ai terremoti, spiegando quali sono le reazioni psicologiche cosiddette “normali” dopo una catastrofe, quali sono le reazioni gruppal, i comportamenti sociali adeguati e le credenze collettive (Nostro et al., 2012).

La prima fase degli incontri era focalizzata sulla chiarificazione di eventuali rappresentazioni e modelli mentali disfunzionali che potevano essersi sviluppati a livello individuale e comunitario, fornendo indicazioni di tipo sismologico. La modalità di svolgimento di tali incontri è paragonabile a una conferenza frontale e informativa (Longo, 2011). La discussione successiva era caratterizzata da una rielaborazione del setting di *large group* con uno psicologo esperto di dinamiche di gruppo. La seconda fase era di maggiore competenza psicologica: si articolava difatti in due momenti in quanto le dinamiche di gruppo che si attivavano richiedevano un'attenta gestione. Si iniziava con una discussione gruppal, semistrutturata e un po' ansiogena, su vissuti e rappresentazioni del *large group*, per proseguire con una fase psicoeducativa con momenti esperienziali, con l'obiettivo della ri-strutturazione (Longo, 2011).

Parte importante del lavoro dello psicologo era quello di permettere una rielaborazione e condivisione gruppal, individuando le rappresentazioni errate degli eventi sismici e facendo notare come esse fossero diventate il fulcro di ansie e difficoltà individuali e collettive.

L'intervento così articolato ha permesso al gruppo di comprendere i forti significati emotivi e simbolici che avevano attribuito alle credenze condivise e ha permesso di far crescere nella popolazione una coscienza del

rischio sismico (Cusin, 2011). La partecipazione complessiva a questo progetto, tra l'aprile e l'agosto del 2009, in 15 tendopoli differenti, è stata di 2545 persone (Nostro et al., 2012).

Consequente al successo di questa prima iniziativa in collaborazione con l'INGV, all'inizio di settembre del 2009 quando l'Abruzzo si stava preparando a riaprire le scuole, l'Ufficio Scolastico Regionale ha nominato un gruppo di professionisti – un funzionario di Protezione Civile, un sismologo dell'INGV, uno psicologo della Federazione Psicologi per i Popoli e un tecnico responsabile della pianificazione della sicurezza delle scuole – al fine di incontrare i docenti, il personale ATA, i genitori componenti dei Consigli d'Istituto per presentare *La Terra tetteca... Ji no! - Ritorno a scuola*. L'obiettivo era quello di fornire informazioni il più aggiornate possibili sul terremoto, sullo sciame sismico, sulle misure di sicurezza adottate dalle singole scuole e sulla gestione di un'eventuale emergenza durante la permanenza negli edifici scolastici. Sono stati presi in considerazione anche gli scenari psicologici che si sarebbero potuti verificare con i bambini, gli studenti e i genitori in fase di riapertura delle scuole.

Complessivamente, nelle province di L'Aquila, Teramo e Pescara, tra il 7 e il 19 settembre 2009 sono stati realizzati 33 incontri con 37 istituti e sono state coinvolte 2706 persone tra insegnanti, dirigenti e personale ATA. Il bilancio dell'iniziativa è stato complessivamente positivo, poiché essa ha contribuito ad affrontare una serie di criticità che avrebbero potuto compromettere la delicata fase di riapertura delle scuole. La realizzazione del progetto ha inoltre consentito la ricostruzione di un clima di maggiore fiducia nei confronti delle istituzioni, le quali si stavano impegnando a ripristinare una parvenza di normalità (Nostro et al., 2012).

Conclusioni

La presente tesi si è posta l'obiettivo di analizzare i processi di resilienza e le dinamiche comunitarie sviluppatesi durante la fase acuta e di medio termine dell'emergenza sismica abruzzese del 2009, con particolare riferimento al periodo di dislocazione provvisoria della popolazione all'interno delle tendopoli. Nelle prime settimane conseguenti il terremoto, la collettività ha dovuto affrontare le difficoltà relative al ritorno alla normalità, intesa sia come ripristino dell'equilibrio psicologico sia come riorganizzazione della routine quotidiana. Tale esigenza ha riguardato, in modo eterogeneo, tutte le fasce della popolazione: i bambini sono stati coinvolti in giochi e danze all'interno delle tende a loro dedicate; gli adolescenti, desiderosi di recuperare la socialità, ottennero la possibilità di giocare con i videogiochi e di organizzare alcune uscite dalle tendopoli al fine di ridefinire gli spazi di aggregazione; gli adulti e gli anziani, orientati al ripristino del senso di controllo e della fiducia interpersonale, si sono organizzati per mobilitare gli aiuti e dedicare spazi al recupero e mantenimento di tradizioni sia culturali che religiose.

I bisogni specifici manifestati dalla popolazione sono stati diversi, ma ad essi gli psicologi hanno cercato di rispondere con interventi mirati e con la promozione di strategie di coping differenziate. L'azione psicosociale sul campo, condotta in conformità con le linee guida IASC e orientata alla mobilitazione comunitaria, ha perseguito il coinvolgimento attivo della popolazione in un contesto fortemente stressogeno. Gli sfollati si sono ritrovati a convivere all'interno di tendopoli affollate, condividendo la quotidianità con sconosciuti. Molte famiglie hanno perso i propri cari, altre soffrivano la mancanza di privacy all'interno dei campi. A tali difficoltà, si è aggiunto l'impatto che lo sciame sismico ha provocato nel corso delle settimane: la diminuzione dello stato di allarme nella popolazione era molto difficile.

In questo scenario, gli Psicologi per i Popoli, hanno operato per garantire i diversi livelli di supporto previsti dalla Protezione Civile e dai protocolli internazionali. Durante l'emergenza – dal mese di aprile al mese di settembre 2009 – sono stati organizzati monitoraggi interni e riunioni di équipe, al fine di verificare l'efficacia degli interventi, confrontare le modalità seguite e pianificare la fase di post-emergenza e di ricostruzione. Quest'ultimo periodo è iniziato con lo smantellamento dei campi a settembre 2009, determinando il termine della maggior parte delle attività degli psicologi, dinamica che ha generato nelle comunità di alcune tendopoli un diffuso senso di abbandono. Questa transizione è coincisa con l'assegnazione dei moduli abitativi del

progetto C.A.S.E. (Complessi Antisismici Sostenibili Ecocompatibili), soluzioni proposte come temporanee, ma utilizzate poi anche nel lungo periodo. Erano destinate ai centri maggiori, come L'Aquila, dove è stato costruito un complesso di abitazioni e edifici intorno al centro storico, inagibile fino ad aprile 2010 in quanto zona rossa, quando sono iniziati alcuni interventi e riduzioni dei divieti. Nei centri minori, come Onna, sono stati distribuiti i moduli abitativi provvisori (M.A.P.), case prefabbricate realizzate dalla Protezione Civile. La concentrazione dei fondi e delle risorse in questi progetti è stata centrale, rallentando però l'avvio del processo di riedificazione vero e proprio, i cui progetti sono stati avviati nei primi mesi del 2010. In attesa della ricostruzione strutturale, la popolazione ha manifestato il bisogno di formazione delle reti sociali e dell'identità grupale. La dislocazione della comunità in siti distanti e frammentati ha aumentato il senso di dispersione sociale, territoriale e culturale, ostacolando la mobilità e le relazionali interpersonali. In tale prospettiva, il ripristino dell'equilibrio amministrativo e politico si configura come prerequisito affinché la popolazione possa riacquisire fiducia istituzionale.

Nonostante l'interruzione verso il mese di settembre 2009 della maggior parte degli interventi psicologici, numerosi professionisti hanno continuato a promuovere progetti e servizi volti alla tutela del benessere della popolazione e all'identificazione e prevenzione di sintomatologie traumatiche e di disagi conseguenti al sisma. Il tema della prevenzione e della conoscenza del rischio è stato a lungo dibattuto nella letteratura psicosociale riguardante il terremoto dell'Abruzzo.

Il progetto psicoeducativo *La terra tretta, Ji no!* ha avuto il merito di avviare un primo avvicinamento alle conoscenze relative al rischio sismico e psicologico, rispondendo ai bisogni della fase a medio termine e promuovendo strategie di coping adattive al momento. Tuttavia, l'intervento è rimasto circoscritto al post-emergenza. La questione aperta, che merita ulteriori approfondimenti, riguarda la possibilità di trasformare questa iniziativa in un modello strutturale di educazione alla prevenzione, da integrare stabilmente nei piani di formazione scolastici; ciò permetterebbe alla comunità di sviluppare una coscienza del rischio proattiva, preparandosi sia a reagire, sia a convivere con la vulnerabilità del territorio.

Perseguendo tale prospettiva, negli ultimi anni, l'associazione Psicologi per i Popoli ha condotto percorsi di formazione specialistica e simulazioni "in tempo di pace". Questa preparazione preventiva ha permesso di standardizzare protocolli, affinare competenze multidisciplinari e sviluppare flessibilità e adattamento necessari per operare nei contesti emergenziali, garantendo un'azione coordinata e sinergica con le altre forze in campo.

In conclusione, il terremoto in Abruzzo, rappresentando la prima maxi-emergenza in cui il Dipartimento di Protezione Civile ha integrato le équipes di psicologi nella macchina dei soccorsi, ha permesso una migliore definizione dei confini operativi della psicologia dell'emergenza in Italia, riconoscendo formalmente l'importanza del supporto psicosociale e validando un modello di intervento che pone al centro la comunità, le sue risorse e la sua resilienza.

Bibliografia

- Argentero, P. G., & Cortese, C. G. (2018). *Psicologia delle organizzazioni*. Raffaello Cortina Editore.
- Axia, V. (2006). *Emergenza e psicologia*. Il Mulino.
- Betocchi, G. V. (1982). *Il contributo della psicologia in situazioni di emergenza*. Palladio.
- Castelletti, P. (2006). La metafora della resilienza: Dalla psicologia clinica alla psicologia dell'assistenza umanitaria e della cooperazione. *Nuove Tendenze della Psicologia*, 2, 1–11.
- Castelletti, P. (2013). Analisi e valutazione dell'intervento delle associazioni di Psicologi per i Popoli nel teatro del terremoto in Abruzzo alla luce della coerenza con le linee guida IASC. *Rivista di Psicologia dell'Emergenza e dell'Assistenza Umanitaria*, 10, 6–18.
- Ciuffetti, L. (2024). *Una storia non trascurabile: Quarant'anni della cooperativa sociale ASCUR (Attività Sociali Comunità Una Rivarolo)*. Genova University Press.
- Colella, F. (2025). *Oltre la tensione individuo-società: Il processo di empowerment come chiave di rigenerazione del legame sociale*. FrancoAngeli.
- Consiglio Nazionale Ordine Psicologi (CNOP) (2013). Lo psicologo dell'emergenza. Area di pratica professionale Psicologia dell'emergenza. CNOP.
- Consiglio Nazionale Ordine Psicologi (CNOP) (2019). Ambiti emergenti in psicologia, *Quaderni CNOP*, 4. CNOP.
- Cusin, A. (2011). Misure antisismiche per la mente: strumenti per tollerare l'insicurezza in situazioni di emergenza. *Gruppi: nella clinica, nelle istituzioni, nella società*, 3(3), 27–42.
- D'Urso, V., & Trentin, R. (2021). *Introduzione alla psicologia delle emozioni*. Laterza.
- Della Maggiora, F. (2017). *Psicologia dell'emergenza e psicotraumatologia: Dalle macro alle micro-emergenze*. Gruppo di Lavoro di Psicologia dell'Emergenza e Psicotraumatologia – Ordine degli Psicologi della Toscana.
- DeWolfe, D. J. (2000). *Training manual for mental health and human service workers in major disasters*. US Department of Health and Human Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Center for Mental Health Services.
- Diotallevi, D., & Eleuteri, M. (2016). Interventi psicologici efficaci in contesti di emergenza. *La mente che cura*, 2(2), 32–34.

- Fenoglio, M. T. (2005) *Psicologi di frontiera: la storia e le storie della psicologia dell'emergenza in Italia*. Associazione Psicologi per i Popoli.
- Fenoglio, M. T. (2006). La comunità nei disastri: una prospettiva psicosociale. *Rivista di psicologia dell'Emergenza e dell'Assistenza umanitaria*, 1(0), 6–24.
- Francescato, D., Tomai, M., & Ghirelli, G. (2002). *Fondamenti di psicologia di comunità: principi, strumenti, ambiti di applicazione*. Carocci editore.
- Galanti, E. (1997). Il Metodo Augustus. *DPCinforma*, 4.
- Galliano, D. (2013). Le funzioni specifiche delle IASC. *Rivista della Psicologia dell'Emergenza e dell'Assistenza Umanitaria*, 10, 36–65.
- Giuliano, M. (2013). Blog, social network e strategie narrative di resistenza nel post-terremoto dell'Aquila. *Rivista della Psicologia dell'Emergenza e dell'Assistenza Umanitaria*, 11, 6–25.
- Gordon, R. (1991). *Engineering Aspects of Disaster Recovery: Local Government Guide to Disaster Management*. State Government Printing Office
- Iacolino, C., & Cervellione, B. (2019). La psicologia dell'emergenza: lo stato della ricerca empirica. *Narrare i Gruppi*, 14(2), 287–293.
- Inter-Agency Standing Committee (IASC) (2007). *IASC Guidelines on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings*. Geneva: IASC.
- International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies Reference Centre for Psychosocial Support (IFRC) (2009). *Community-based psychosocial support: Participant's handbook*.
- Istituto Nazionale di Geofisica e Vulcanologia (INGV). (2009). *ShakeMap dell'evento del 06-04, 2 km SW L'Aquila (AQ)*. Portale ShakeMap INGV. <https://shakemap.ingv.it/#event/1895389>
- Jorgensen, B. S., & Stedman, R. C. (2001). Sense of place as an attitude: Lakeshore owners attitudes towards their properties. *Journal of Environmental Psychology*, 21(3), 233–248. <https://doi.org/10.1006/jevp.2001.0226>
- Keyes, C. L. M. (1998). Social well-being. *Social Psychology Quarterly*, 61(2), 121–140. <https://doi.org/10.2307/2787065>
- Kirby, N. (2026). Strengthening community resilience through participation: A conceptual exploration. *Environmental Sociology*, 12(1), 76–91. <https://doi.org/10.1080/23251042.2025.2479666>

- La Longa, F., & Crescimbeni M. (2024, 23-24 settembre). Il contributo della ricerca psicosociale alla gestione delle emergenze sismiche. L'INGV e gli incontri con la popolazione, una risposta operativa ai bisogni informativi e di psicoeducazione delle comunità colpite dagli eventi. *Le scienze umane e sociali per il sistema di Protezione Civile*, 85. Auditorium "Elio Di Cicco", Dipartimento della Protezione Civile, Roma.
- Lo Iacono, G., & Ranzato, L. (2018). Il programma di apprendimento delle abilità di ripresa psicologica nel dopo-emergenza: presentazione dello Skills for Psychological Recovery. *Psicologia dell'Emergenza e dell'Assistenza Umanitaria*, 18, 6-23.
- Longo, F., & Barsanti, S. (2021). Community building: logiche e strumenti di management: comunità, reti sociali e salute. Egea. 10.1485/9788823884007-2021
- Longo, M. (2011). Le conseguenze psicologiche del terremoto e la coscienza del rischio sismico. *Gruppi: nella clinica, nelle istituzioni, nella società*: 3(3), 43-52.
- Mannarini, T. (2023). *Comunità e partecipazione: Prospettive psicosociali*. FrancoAngeli.
- Mariantoni, S., & Vaccarelli, A. (2018). *Individui, comunità e istituzioni in emergenza: Intervento psico-socio-pedagogico e lavoro di rete nelle situazioni di catastrofe*. FrancoAngeli.
- Marino, G. (2011). Aspetti comunitari dell'attività in emergenza: il caso Abruzzo. *Gruppi: nella clinica, nelle istituzioni, nella società*: 3(3), 53-60.
- Marsella, A. J., & Snyder, K. K. (1981). Stress, social supports, and schizophrenic disorders: Toward an interactional model. *Schizophrenia Bulletin*, 7(1), 152-163. 10.1093/schbul/7.1.152
- McMillan, D. W., & Chavis, D. (1986). Sense of Community: A definition and theory. *Journal of Community Psychology*, 14(1), 6-23. [https://doi.org/10.1002/1520-6629\(198601\)14:1<6::AID-JCOP2290140103>3.0.CO;2-I](https://doi.org/10.1002/1520-6629(198601)14:1<6::AID-JCOP2290140103>3.0.CO;2-I)
- Mela, A. (2010). Emergenza e ricostruzione dopo il terremoto: la resilienza comunitaria e gli interventi di sostegno. *Meridiana: rivista di storia e scienze sociali*. 65-66, 85-100.
- Mela, A. (2014). Resilienza e vulnerabilità nella fase dell'emergenza e della ricostruzione. *Culture della sostenibilità*, 13, 241-252.
- Molinari, A., & Putton, A. (2008). La resilienza nella psicologia dell'emergenza. *Integrazione nelle psicoterapie e nel counseling*, 23/24, 151-161.

- Molteni, M. (2011). Implicazioni psicosociali di un disastro naturale: uno studio sul terremoto dell'Abruzzo. *Psicologia dell'Emergenza e dell'Assistenza Umanitaria*, 5, 51-75.
- Norris, F. H., Stevens, S. P., Pfefferbaum, B., Wyche, K. F., Pfefferbaum, R. L. (2008). Community resilience as a metaphor, theory, set of capacities, and strategy for disaster readiness. *American Journal of Community Psychology*, 41(1), 127-150. <https://doi.org/10.1007/s10464-007-9156-6>
- Nostro, C., Camassi, R., Crescimbeni, M., La Longa, F., & Ercolani, E. (2012). Emergenza e informazione. *Miscellanea INGV*, 13, 43-48.
- Oliveto, G., Liberatore, L., & Decanini, L. D. (2011). Evoluzione storica della normativa sismica italiana alla luce degli effetti causati dal terremoto dell'Aquila del 2009. *XVI Conferenza Associazione Nazionale Italiana di Ingegneria Sismica (ANIDIS)*, 18-22.
- Pazzaglia, F., Pezzullo, L., & Zanut, S. (2020). Emergenza, trauma e resilienza. L'impatto psicologico del sisma su individui e società. "E vulnere ubertas", *Paesaggi feriti nelle Terre di Benedetto*. 45-62. Padova University Press.
- Perkins D. D., & Zimmerman, M. A. (1995). Empowerment theory, Research, and Application. *American Journal of Community Psychology*, 23(5): 569-579. <https://doi.org/10.1007/BF02506982>
- Pezzullo, L. (2010). Dimensioni gruppali dell'intervento psicologico in emergenza: l'esperienza dell'Abruzzo. *Gruppi: nella clinica, nelle istituzioni, nella società*: 3(3), 61-75.
- Pietrantonio L., Prati G., (2009). *Psicologia dell'emergenza*. Il Mulino.
- Pitzalis, S. (2017). Abitare i disastri. Crisi e pratiche dell'abitare nel sisma emiliano. *Antropologia*, 4(3), 20-34. <https://doi.org/10.14672/ada20171342%25p>
- Pollice, R., Bianchini, V., Roncone, R., & Casacchia, M. (2011). Marked increase in substance use among young people after L'Aquila earthquake. *European child & adolescent psychiatry*, 20(8), 429-430. 10.1007/s00787-011-0192-2
- Presidenza del Consiglio dei Ministri. (2006). *Direttiva 13 giugno 2006. Criteri di massima sugli interventi psicosociali da attuare nelle catastrofi*. Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana, 200.
- Proshansky, H. M., Fabian, A. K., & Kaminoff, R. (1983). Place-identity: Physical world socialization of the self. *Journal of Environmental Psychology*, 3(1), 57-83. [https://doi.org/10.1016/S0272-4944\(83\)80021-8](https://doi.org/10.1016/S0272-4944(83)80021-8)

- Ranzato, L. (2018). Il lungo passato e la storia breve della psicologia dell'emergenza. *Rivista di Psicologia dell'Emergenza e dell'Assistenza Umanitaria*, 19, 30–41.
- Rossi, A., & Stratta, P. (2019). 10 anni dopo il terremoto dell'Aquila: dal trauma individuale a quello collettivo. Memorie e mnemotecnologie. *Rivista di Psichiatria*, 54(6), 225–228. 10.1708/3281.32540
- Rossi, A., Maggio, R., Riccardi, I., Allegrini, F., & Stratta, P. (2011). A quantitative analysis of antidepressant and antipsychotic prescriptions following an earthquake in Italy. *Journal of Traumatic Stress*, 24(1), 129–132. <https://doi.org/10.1002/jts.20607>
- Saegert, S., & Winkel, G. H. (1998). Social capital and the revitalization of New York City's distressed inner-city housing. *Housing Policy Debate*, 9(1), 17–60. <https://doi.org/10.1080/10511482.1998.9521285>
- Santinello, M., Vieno, A., & Lenzi, M. (2018). *Fondamenti di psicologia di comunità*. Il Mulino.
- Sarason S. B. (1974). *The psychological sense of community: prospect for a community psychology*. Jossey-Bass.
- Sbattella, F. (2013). Le attenzioni psicosociali trasversali ai diversi ambiti dell'intervento umanitario. *Rivista di psicologia dell'Emergenza e dell'Assistenza umanitaria*, 10, 18–36.
- Sbattella, F. (2020). *Manuale di psicologia dell'emergenza*. FrancoAngeli.
- Spalla, G. (2010). Onna: la rinascita di una comunità ferita dopo il terremoto. *Rivista della Psicologia dell'Emergenza e dell'Assistenza Umanitaria*, 4, 80–114.
- Stratta, P., Rossetti, M. C., di Michele, V., & Rossi, A. (2016). Gli effetti sulla salute del sisma dell'Aquila del 2009. *Epidemiol Prev*, 40(2), 22–31. 10.19191/EP16.2S1.P022.044
- Taylor, A. J. W., & Frazer, A. G. (1981), Psychological sequelae of operator overdue following the DC-10 aircraft crash in Antarctica. Victoria University of Wellington.
- The Psychosocial Working Group (PWG) (2003). *Psychosocial Intervention in Complex Emergencies: A Framework for Practice*. Centre for International Health Studies, Queen Margaret University College.
- Verni, L., Bianchini, V., Paesani, N. G., Pollice, R., Roncone, R., & Casacchia, M. (2010). Prevenzione dello stress degli operatori nei contesti di aiuto: l'esperienza del SPUDC di L'Aquila ad un anno dal sisma. *La valutazione e l'intervento efficace nei fattori di stress psicosociale in ambito lavorativo*, 5(3), 49–56.
- Vieno, A., & Santinello, M. (2006). Il capitale sociale secondo un'ottica di psicologia di comunità. *Giornale Italiano di Psicologia*, 33(3), 481–496. 10.1421/22759

Vonneilich, N. (2022). Social relations, social capital, and social networks: A conceptual classification. *Social networks and health inequalities: A new perspective for research*, 23–34. https://doi.org/10.1007/978-3-030-97722-1_2

WHO (1986). *Ottawa Charter for Health Promotion*. Geneva: World Health Organization.

Wisner, B., & Adams, J. (2002). *Environmental health in emergencies and disasters: a practical guide*. Geneva: World health Organization.

Xu, B., & Lo, M. C. M. (2022). Toward a cultural sociology of disaster: Introduction. *Poetics*, 93. [10.1016/j.poetic.2022.101682](https://doi.org/10.1016/j.poetic.2022.101682)

Zani, B. (2012). *Psicologia di comunità. Prospettive, idee, metodi*. Carocci editore.

Ringraziamenti

I miei primi ringraziamenti vanno al mio relatore, il professore Luca Scacchi, che con grande disponibilità e correttezza mi ha seguito in questo percorso.

Ringrazio le mie amiche di Aosta, con cui ho condiviso tre anni che mi hanno cambiato, ricordandomi cosa significa esserci per gli altri, sempre con un sorriso e con gentilezza.

Grazie Aure per avermi accompagnato spesso a fare la spesa, per aver assecondato tutti i gelati che mi faceva piacere mangiare in compagnia e per le lunghe mattinate passate in università. Le nostre pause di chiacchiera tra una materia e l'altra e tutti gli "a dopino" che ci siamo dette, hanno un posto speciale nel mio cuore.

Grazie De per aver accolto il mio *ordine* in casa, per i consigli su quali colori stavano meglio insieme nei vestiti e per la cultura musicale che mi hai insegnato. *Come mai* rimarrà la colonna sonora che ha scandito molte giornate trascorse insieme, dalle torte al cioccolato alla preparazione dell'outfit prima degli esami.

Grazie Jenni, perché con la tua sincerità e i tuoi abbracci, mi ricordi sempre che tutto si può superare. Grazie per le cene in cui ci hai ospitato, per la battuta sempre pronta e per gioire sempre del tempo passato insieme.

Grazie Fra perché il tuo supporto silenzioso è stato fondamentale per me, dal bonet che portavi da casa al gelato che hai preso all'alba degli ultimi esami, mi mancherà fare cena e parlare sempre di argomenti profondi e complicati, anche se sempre un po' strani.

Sapete bene che partire per Aosta è stato inaspettato, ma voi, la neve e le mucche mi avete regalato il periodo più pieno di vita che io abbia vissuto fino ad ora.

Grazie Marco, per avermi ascoltato prima di ogni esame quando dicevo che non sapevo niente, grazie per aver sempre creduto in me e per ripetermelo ogni volta, grazie per i dispetti scherzosi, mi ricordano che rimanere bambini fa bene alla mente, oltre che al cuore.

Grazie Mamma, grazie Papi per avermi spronato a partire, per essermi venuti a trovare un numero consistente di volte e grazie per la leggerezza con cui mi avete convinto a vivere l'università. Grazie Nives per i consigli da vera sorella maggiore che ogni tanto dispensi, anche se non te lo dirò mai, sono stati molto preziosi.

Un pensiero speciale va ai miei nonni. Non credo che io sia venuta a studiare ad Aosta per caso. Grazie per avermi sempre chiesto se faceva freddo, se c'era la neve o se ero andata a Cogne. Sì, ci sono andata un po' di volte a Cogne.