

**UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI BRESCIA
FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA**



**CORSO DI LAUREA IN INFERMIERISTICA
ABILITANTE ALL'ESERCIZIO DELLA PROFESSIONE SANITARIA DI
INFERMIERE**

Elaborato finale

**L'INFERMIERE *PEER SUPPORTER*. IL TRATTAMENTO DEL
DISAGIO EMOTIVO DEI SOCCORRITORI ATTRAVERSO IL
SUPPORTO TRA PARI**

REFERENTE
Coord. Inf. Gino Tosi

LAUREANDA
Michela Sannelli
Matr. 66115

Anno accademico
2008/2009

*A tutti quelli che mettono passione in
quello che fanno*

*Passione è dedicarsi anima e corpo a ciò in cui si crede
Passione è dare il meglio di sé e accontentarsi solo del meglio
Passione è non dimenticarsi mai di avere accanto uomini e donne
Passione è farsi contagiare da chi suscita ammirazione
Passione è essere spirito in cammino, e rimanere in ascolto
Passione è affrontare le difficoltà guardando oltre
Passione è l'emozione nel dire 'ce l'ho fatta'*

*In questi anni ho avuto la fortuna di vivere esperienze e conoscere persone che mi
hanno insegnato tutto questo.
La mia emozione nel diventare infermiera è fortissima.
È profonda gratitudine per tutto ciò che mi ha portato fin qui e gioia per il privilegio
di poter intraprendere una professione che mi appassiona.
È un piccolo grande traguardo, il bello arriva adesso, non vedo l'ora!*

Grazie di cuore a...

Alle migliori compagne che potessi desiderare: Elisa, Michela, Lorena, Silvia e Laura. Abbiamo vissuto questi anni di 'scuola' insieme, nei momenti di gioia e sconforto. Sono contenta di avervi avuto al mio fianco. Non sono mancate le difficoltà, le abbiamo affrontate con impegno ed ora le vedremo ridimensionate: siamo infermiere!!!

Al *prof*, Gino Tosi: l'ho 'inseguita' in questi mesi ed ho ricevuto sempre buoni consigli e incoraggiamento. Il suo aiuto e la sua disponibilità al dialogo sono stati una guida ed un confronto importanti. Sono contenta del lavoro che ho fatto, e lo devo anche a Lei.

A tutti gli infermieri e le persone che ho conosciuto durante la stesura di questo elaborato e che in tanti modi mi hanno aiutato. Un pensiero particolare a:

Giuseppe Tremonte: mi sono accorta subito che sei una persona in gamba e lavori con entusiasmo. Mi hai offerto disponibilità autentica. Mi sono rivolta a te con fiducia e stima, mai disattesa dai tuoi preziosi consigli.

Katia Colombo: simpatica e sempre disponibilissima. Sei la prima infermiera pari che ho conosciuto! Ammiro te e i tuoi colleghi perché dedicate grande impegno nel progetto in cui credete, ed in cui confido profondamente anch'io.

Stefania Sacchezin: mi ha regalato una interessantissima chiacchierata, mostrandomi il lato psicologico del 'pari'.

Alice Baroni: gentilissima e paziente, mi hai preceduto nel voler rendere manifesto il bisogno dei 'pari', il tuo contributo mi è stato utilissimo.

Alla mamma e a Monica: siete La Mia Famiglia, mi avete visto al meglio nelle gioie e al peggio nei dolori. E non è ancora finita...

A tutti gli amici e le persone che... semplicemente ci sono stati. Siete tanti da nominare, ognuno di voi è stato prezioso per me, vi sono affettuosamente grata.

INDICE

Introduzione	1
1. Materiali e metodi	6
<u>Quadro teorico</u>	
2. Il soccorso extraospedaliero e l'intervento d'emergenza	
2.1 Il servizio sanitario emergenza urgenza	10
2.2 L'infermiere e l'intervento d'emergenza	13
3. Gli incidenti critici e l'impatto sui soccorritori	
3.1 Incidenti critici, definizione	19
3.2 L'impatto dell'incidente critico sui soccorritori	20
3.3 Psicologia dell'emergenza	25
- decompressione	27
- defusing	28
- debriefing	29
3.4 Dati emersi dalla ricerca "Costruzione di un questionario per indagare l'esigenza di un supporto psicologico nell'operatore di soccorso"	31
<u>Risultati</u>	
4. Il supporto tra pari	
4.1 Le esperienze analizzate	34
4.2 Come nasce l'idea del supporto tra <i>pari</i>	36
4.3 Come si articola un programma di supporto tra <i>pari</i>	37
- la scelta degli operatori	37
- la formazione per diventare <i>pari</i>	38
- contatti	39
- come funziona il supporto tra <i>pari</i>	41
- prospettiva	41
- metodi	41
- cosa fa il <i>pari</i>	42
- errori	44
- cosa non è il supporto tra <i>pari</i>	44
- punti di forza e criticità	45
4.4 L'infermiere <i>peer supporter</i>	46
Conclusioni	48
Indicazioni bibliografiche	50

INTRODUZIONE

Dal 2000 svolgo un turno settimanale come soccorritrice volontaria al Cosp¹ di Flero, una delle associazioni di ambulanze che collaborano con la Centrale Operativa del 118 di Brescia. L'episodio che riporto è successo nel 2006, non ero ancora iscritta al corso di Infermieristica, ma avevo intenzione di farlo, avrei avuto il test d'ammissione di lì a pochi giorni.

Era il 31 agosto. Poco dopo l'inizio del mio turno del giovedì suona il 118. Non rispondo io, mi riferiscono che c'è stato un incidente tra una moto e una bici sul 'monte' a Poncarale, codice rosso.

Partiamo in fretta, siamo in 4, la mia amica Francesca, Francesco, Giacomo alla guida ed io. Sono il capo equipaggio; non so molto dell'incidente, divido la squadra in 2 coppie per fare la prima valutazione dei due feriti e decidere cosa fare.

Arriviamo, scendo frastornata e cerco di orientarmi per visualizzare dove sono i feriti. Ho visto la bicicletta con le ruote all'aria nel campo, ma non vedo la moto né le persone. C'è gente ferma in strada, ma si tengono a distanza. Sento voci *'quello è morto, lasciatelo stare, andate dall'altro'*. So che non posso ascoltarli e mi avvicino. L'uomo, il ciclista, è riverso a pancia in giù con la faccia a terra. La scena è raccapricciante, la testa è fracassata, una gamba è rivoltata e lacerata fino al muscolo. Mi spavento. Ciò che vedo non lascia dubbi, è morto. Non ho nemmeno il coraggio di girarlo a pancia in su.

Vado dall'altro, è parecchio distante, un centinaio di metri in direzione opposta. I miei compagni hanno già iniziato le manovre: è supino, incosciente, gli togliamo il casco, è un ragazzo, senza ferite evidenti. Non risponde. Non respira e non ha polso. È da rianimare.

Arriva un ciclista che dice di essere infermiere. Mi affido al suo aiuto senza pensarci troppo.

Iniziamo la rianimazione cardiopolmonare. Mi chiama la Centrale Operativa, sta arrivando l'elicottero, ma non ci trova, chiedono di mettere l'ambulanza in vista, *'è già così'* rispondo. Continuiamo il massaggio cardiaco; l'addome del ragazzo mi fa impressione, sembra pieno d'acqua e fluttua ad ogni compressione toracica. Sembra di sentire il polso femorale, continuiamo alternandoci. L'elicottero ci trova, atterra. Finalmente, penso. Ma sarà stata questione di pochi minuti.

La dottoressa si avvicina e valuta la situazione, poi dice di fermarsi. *'Ha il collo spezzato, è morto, copritelo.'*

Nel frattempo un'altra persona dell'elicottero è andata dal ciclista con Francesca, l'hanno girato supino, distolgo immediatamente lo sguardo.

È finita. Non c'è più nulla da fare.

20 minuti prima eravamo in sede tranquilli e ignari.

Ora siamo qui. Sono frastornata, sembra che la testa galleggi nel vuoto. Vaghiamo in silenzio raccogliendo il materiale dell'ambulanza.

Si cercano i documenti dei due uomini. Il ciclista li ha addosso. Gli altri sono nella moto, che è scivolata a parecchi metri e quasi non si trova. Escono i due nomi; non li ho ancora dimenticati.

Risaliamo in ambulanza per rientrare in sede. Giacomo e Francesco davanti in cabina scambiano alcuni commenti. Io sono dietro con Francesca, sono senza parole. È stato tutto così improvviso. Penso. A tutto ciò che ho visto, scene frammentate; a ciò che ho sentito, voci spaventate e odori indimenticabili. Penso a quegli uomini che non ci sono più. Penso alle loro famiglie che non sanno ancora niente e li aspettano.

¹ COSP sta per Centro Operativo Soccorso Pubblico

Sento il mio corpo che reagisce: la tensione muscolare si scioglie in debolezza diffusa. Lo stomaco si chiude e la pancia si attorciglia. La testa, un groviglio di ricordi che non hanno senso. La gola annodata. Il cuore appesantito dalla tristezza e dal dolore per queste morti incomprensibili.

Sensazioni che restano con me per parecchio tempo. Resto scombussolata nella testa e nel corpo per alcuni giorni. Il pensiero continua a tornare lì. Le immagini e i ricordi si riaffacciano frequenti, soprattutto la sera, nel silenzio e nel buio prima di addormentarmi.

Mi confronto con Francesca, proviamo le stesse cose; difficili da esprimere a parole, ma sappiamo di capirci a vicenda, perché eravamo lì insieme. Il mio dolore, condiviso, diventa meno cocente.

Nei mesi successivi i brutti ricordi si sono affievoliti ed ho superato il disagio forte iniziale; la traccia di questo incidente torna ancora ogni volta che mi capita di passare per quella strada e quando si avvicina il mio compleanno che è pochi giorni dopo quell'incidente. È il ricordo triste di un evento che ritengo di aver lasciato nel passato. Credo di averlo elaborato col tempo e mi rendo conto che mi ha aiutato a crescere. Mi ha insegnato l'importanza del lavoro di squadra, l'importanza di confrontarsi con gli altri; e indubbiamente mi aiuta ad avere sempre presente il significato della vita.

Francesca invece da quel giorno ha avuto disturbi uscendo in ambulanza; viveva le uscite con ansia e malessere, e alcuni mesi dopo ha chiesto l'aspettativa. Dopo 6 mesi ha dato le dimissioni e non è più venuta al Cosp.

Dopo questo intervento mi è venuto spontaneo chiedermi: sarò l'unica che reagisce così e sente queste cose? Possibile che nessuno abbia mai chiesto aiuto? E a chi dovrebbe averlo chiesto? C'è qualcuno che può aiutare i soccorritori? Come trovarlo? Non sarebbe giusto che il 'sistema' stesso del soccorso se ne occupasse, dal momento che sono i soccorritori durante il loro lavoro a vivere queste situazioni drammatiche che lasciano il segno?

È un aspetto del soccorso a cui non è immediato pensare. Quando si verificano calamità o maxi emergenze se ne ha un fortissimo impatto, per la cassa di risonanza dei mass media e soprattutto della televisione, che porta in tutte le case le immagini e le testimonianze del dolore e della sofferenza delle persone coinvolte. Tutti abbiamo il vivo ricordo del terremoto in Abruzzo o dell'incidente ferroviario di Viareggio o del nubifragio di Messina, solo per citare recenti fatti di cronaca italiana. In questi casi viene predisposto istituzionalmente anche un sistema di soccorso psicologico, sia per le vittime che per i soccorritori.

La mia attenzione invece si è rivolta al mondo del soccorso 'quotidiano', a tutti i soccorritori che, nel 'piccolo', ogni giorno lavorano nell'emergenza. Anche loro possono aver bisogno di un supporto in seguito ad interventi particolarmente drammatici, definibili come 'incidenti critici'.

A me è capitato, so cosa si prova; forse non è pienamente afferrabile da chi non l'ha vissuto in prima persona: io stessa non mi sarei immaginata di reagire e soffrire così, prima che succedesse.

È davvero un'esigenza importante, poiché gli eventi critici sono all'ordine del giorno per chi lavora nel soccorso. Basta richiamare alla mente ancora le notizie diffuse dai mass media per accorgersi che quasi quotidianamente è riportato l'ennesimo incidente mortale sul lavoro o stradale o altri reati dalle conseguenze luttuose.

Quando sento queste notizie è inevitabile che il mio pensiero vada a coloro che sono intervenuti per prestare soccorso. Non è immediato pensare a loro, ma in effetti è così: ogni volta che succedono episodi del genere c'è una squadra di soccorso che viene mandata sul posto. Si tratta di soccorritori sanitari e anche di agenti di Polizia o Vigili del Fuoco.

Ci sono poi altri tipi di incidenti critici di cui non si ha notizia di cronaca, ma che possono essere altrettanto impattanti per i soccorritori, come casi di malore grave di bambini o interventi in caso di suicidio.

E sotto la divisa del soccorritore non ci sono supereroi, ma uomini e donne, e proprio perché sono esseri umani non sono impermeabili alle brutture che si trovano di fronte. È impossibile rimanere indifferenti di fronte a persone gravemente ferite o ferite a morte. Il soccorritore vive l'incontro con la morte da vicino; è una morte improvvisa e spesso incomprensibile, che viola ogni concezione e presupposto di vita, e per questo può provocare reazioni viscerali.

Ecco perché ho deciso di occuparmi proprio del disagio emotivo dei soccorritori in seguito agli eventi critici. Per 'soccorritore' ho generalmente inteso qualunque persona sia coinvolta in un intervento di soccorso, a vario titolo: ho compreso i volontari delle ambulanze e della Protezione Civile, i dipendenti dei sistemi di soccorso, gli infermieri e i medici, gli operatori delle Forze dell'Ordine e i Vigili del Fuoco.

Il mio interesse si è focalizzato sul soccorso sanitario e sul punto di vista dell'infermiere.

Nell'ambito del soccorso sanitario l'infermiere ha un ruolo di spicco, perché è la figura professionale più presente, sia per quanto riguarda le Centrali Operative 118, sia per quanto riguarda il soccorso sul territorio. È risaputo che il lavoro di professionisti dell'emergenza come gli infermieri espone ad alti livelli di stress ed è ad alto rischio di logorio psicologico, per la sovraesposizione a stimoli stressogeni.

Anche in Italia l'attenzione al bisogno di supporto ai soccorritori sta muovendo i primi passi, mutuando da esperienze americane ed anglosassoni, all'avanguardia nel campo dell'assistenza d'emergenza.

Si sta diffondendo nei sistemi di soccorso una metodologia per rispondere a quest'esigenza, il *supporto tra pari*, nata dalla collaborazione tra professionisti del soccorso e la Psicologia dell'emergenza.

È proprio grazie ad alcuni infermieri che lavorano in Centrale Operativa 118 che sono nati in Italia i primi progetti di *peer support*.

Ho così trovato il fulcro della mia attenzione, su cui mi sono dedicata con curiosità e vivo interesse.

Il mio obiettivo è diventato quello di capire come funziona il supporto tra *pari* e valutare le prerogative e la spendibilità dell'infermiere *peer supporter*.

La metodologia che ho seguito è stata l'analisi e il confronto di alcune delle prime esperienze in corso in Italia.

Ho articolato l'elaborato nel seguente modo:

- materiali e metodi; primo capitolo, in cui sono esplicitate le modalità con cui ho raccolto le informazioni per stendere il lavoro
- quadro teorico; secondo e terzo capitolo, in cui si dà una panoramica del lavoro del soccorso sanitario, si definisce l'evento critico e si mostrano le conseguenze di disagio nei soccorritori; si descrivono poi la nascita e il ruolo della Psicologia dell'emergenza e le sue strategie di intervento
- risultati; quarto capitolo, in cui si definisce cos'è e come funziona il supporto tra *pari* e si descrivono le prospettive dell'infermiere *peer supporter*
- conclusioni, in cui si traggono le considerazioni finali del lavoro e si evidenziano le implicazioni per la pratica.

Le difficoltà che ho incontrato sono state quelle di raccogliere il materiale relativo alle esperienze di supporto tra *pari* perché, soprattutto in ambito sanitario, i progetti sono di recente attuazione e c'è poca documentazione al riguardo. Ho superato quest'ostacolo rivolgendomi direttamente alle realtà dove sono in corso i progetti, ed ho trovato grande disponibilità da parte degli infermieri e di altri professionisti coinvolti a raccontarmi e spiegarmi il loro lavoro.

1. MATERIALI E METODI

La scelta di trattare con l'elaborato finale un argomento nell'ambito del soccorso in emergenza è nata dalla mia esperienza di soccorritrice volontaria presso un'associazione che collabora con la CO di Brescia; questo mi ha permesso di conoscere e capire come funziona il complesso sistema del soccorso extraospedaliero in prima persona.

Ho deciso di rivolgere la mia attenzione all'aspetto emotivo del lavoro del soccorso e alla metodologia del supporto *tra pari*.

Non ho potuto usare banche dati come Pubmed e Cinhal perché l'argomento è di recentissima attenzione e manca materiale riguardo la situazione italiana.

Ho ricevuto materiale dal mio relatore, Gino Tosi, che mi ha fornito gli atti dei corsi formativi organizzati dall'IReF² nel biennio 2007-2008 per gli operatori delle Centrali Operative 118 lombarde.

Per completare il quadro teorico mi sono procurata monografie di Psicologia dell'emergenza, che si occupa elettivamente degli aspetti che a me premevano. Ho utilizzato alcune delle prime pubblicazioni esistenti in Italia sui temi della Psicologia dell'emergenza e della psicotraumatologia. Ho potuto così chiarire il significato delle parole chiave di questo lavoro: incidente critico, disagio e trauma, PTSD³, psicologia dell'emergenza, defusing, debriefing, CISM⁴.

Ho consultato la rivista N&A Psicologia nell'emergenza, nata nel 2006, che si occupa proprio dei temi psicologici legati al soccorso, unendo contributi provenienti dal lavoro dei soccorritori e da quello degli psicologi. Gli articoli analizzati sono stati molto utili perché riportavano le esperienze italiane che stavo cercando.

È stata preziosa la partecipazione al seminario '*Dopo la sirena... il silenzio – Aspetti psicologici del soccorso*⁵'; ho scoperto la figura del '*pari*', su cui ho deciso di concentrarmi. In questa occasione ho sentito il resoconto delle esperienze di *supporto tra pari* nate in Polizia di Stato, nei Vigili del fuoco e in alcune Centrali Operative del 118.

Mi è sembrata subito un'idea brillante, e ho visto tanto entusiasmo nelle persone che parlavano delle loro esperienze e del loro impegno a lavorare come *pari*.

² Istituto Regionale di Formazione, Scuola di Direzione in Sanità della regione Lombardia

³ Post Traumatic Stress Disorder

⁴ Critical Incident Stress Management

⁵ seminario organizzato dalla Scuola permanente della medicina critica, dell'emergenza e dei disastri; Tavernerio (CO), 23 maggio 2009

Così ho pensato di analizzare alcune esperienze in corso in Italia e confrontarle tra loro per coglierne il significato.

Ho capito immediatamente che essendo un'idea molto recente non avrei trovato bibliografia sviluppata a riguardo. Ho utilizzato materiale prodotto dalle organizzazioni stesse (Centrali Operative del 118, Polizia, Vigili del Fuoco) come dispense e resoconti dei progetti in corso.

Ho utilizzato i risultati di un lavoro di ricerca pubblicati in una tesi di Laurea dal titolo "Costruzione di un questionario per indagare l'esigenza di un supporto psicologico nell'operatore di soccorso"⁶. Al centro di questa ricerca sono stati posti "la salute e i bisogni dei soccorritori guardando ad essi attraverso il loro stesso punto di vista, per indagare quale sia il reale bisogno che questi professionisti esperiscono."

Il questionario è stato somministrato al termine del seminario già citato; il campione è composto da 177 soccorritori, tra sanitari professionisti e volontari, personale di Polizia e Vigili del Fuoco.

Il questionario indaga diversi aspetti, nel mio lavoro ho riportato solo quelli più pertinenti. Questa ricerca è stata una buona fonte per avere un'idea quantitativa dell'esposizione dei soccorritori ad 'eventi critici' e del supporto che al momento viene offerto; dà inoltre indicazioni sulle modalità ritenute dagli stessi soccorritori più utili per rispondere ai loro bisogni di supporto.

Il dato relativo all'interesse dei soccorritori all'argomento è invece meno significativo perché il campione è poco rappresentativo: si tratta di persone partecipanti ad un convegno a tema, quindi l'alta sensibilità personale al riguardo non è estendibile all'intera popolazione dei soccorritori.

Il mio relatore poi mi ha suggerito di consultare un infermiere di Reggio Emilia che mi avrebbe potuto aiutare. Ho così conosciuto Giuseppe Tremonte, che ha esperienza pluriennale come infermiere nel contesto dell'emergenza sanitaria, ha proseguito la sua formazione diventando counsellor e con un Master in Psicologia dell'emergenza e Psicotraumatologia; ha collaborato nella formazione e assistenza di personale di soccorso volontario e dei Vigili del Fuoco in Emilia Romagna. Attualmente lavora alla Centrale Operativa del 118 di Reggio Emilia e si sta laureando in Psicologia. Confrontarmi con lui, infermiere ed esperto in counselling dell'emergenza, è stato importante per avere una panoramica ancora più completa sui temi che ho affrontato e per discernere con maggiore consapevolezza il percorso da seguire nell'elaborato.

⁶ Tesi di laurea specialistica in Psicologia Clinica e Neuropsicologia, di Alice Baroni, Università degli studi di Milano Bicocca, anno accademico 2008-2009

In seguito ho ritenuto indispensabile rivolgermi anche ai diretti interessati, ai primi infermieri che stanno sperimentando il *supporto tra pari*.

Ho contattato allora Katia Colombo, l'infermiera referente del progetto di 'Sostegno emotivo-psicologico agli operatori del soccorso' nato nella CO di Varese nel 2008. Ho potuto così capire meglio come lavora l'infermiere *peer supporter* parlandone di persona con lei e con la dott.ssa Sacchezin, psicologa, che supervisiona i progetti di diverse Centrali Operative lombarde.

Infine ho tratto materiale anche dalla consultazione di sitografia specifica nel campo del soccorso d'emergenza, della psicologia dell'emergenza e da pagine web di professionisti specializzati.

2. IL SOCCORSO EXTRAOSPEDALIERO E L'INTERVENTO DI EMERGENZA

*Domandarsi perché quando cade la tristezza
in fondo al cuore
come la neve non fa rumore
e guidare come un pazzo a fari spenti nella notte
per vedere
se poi e' tanto difficile morire
E stringere le mani per fermare
qualcosa che
e' dentro me
ma nella mente tua non c'e'
Capire tu non puoi
tu chiamale se vuoi
emozioni*

Emozioni, Lucio Battisti

2.1 IL SERVIZIO SANITARIO EMERGENZA URGENZA

Il Servizio Sanitario Emergenza Urgenza in Italia nasce formalmente con il DPR 27 marzo 1992, Atto di indirizzo e coordinamento alle Regioni per la determinazione dei livelli di assistenza sanitaria d'emergenza. Questa norma per prima stabilisce che *“l'attività di soccorso sanitario costituisce competenza esclusiva del Servizio Sanitario Nazionale”* (articolo 5). Le attività di urgenza ed emergenza vengono articolate su 2 sistemi: quello di allarme sanitario, espletato dalle centrali operative, ed il sistema di accettazione e di emergenza sanitaria, assicurato dai servizi di pronto soccorso e dai dipartimenti di emergenza (articoli 1, 2, 3 e 6).

Questa norma istituisce il numero unico telefonico nazionale 118, grazie al quale tutte le richieste di intervento per emergenza sanitaria affluiscono alla centrale operativa.

A livello operativo il DPR del '92 stabilisce che il coordinamento locale delle attività sia ad opera della Centrale Operativa, o semplicemente CO. Ogni centrale operativa ha un ambito territoriale di riferimento, normalmente provinciale, e si coordina con le altre centrali del territorio.

Le principali funzioni svolte dalla centrale operativa sono:

- la gestione delle chiamate e il processo della richiesta di soccorso
- l'invio dei mezzi idonei per la gestione delle attività di soccorso
- l'accompagnamento assistito del paziente con il mezzo più idoneo nelle strutture ospedaliere di riferimento
- la registrazione degli eventi
- le comunicazioni con i mezzi di soccorso territoriali
- la connessione tra centrali operative e con centrali di altre istituzioni coinvolte nell'attività di urgenza ed emergenza (112, 113, 115...)
- la didattica e la formazione sul soccorso d'urgenza
- la gestione di eventi di maxiemergenza

Il ruolo del volontariato è storicamente affermato nell'ambito del soccorso extraospedaliero; i volontari e le associazioni di ambulanze esistono da prima che esistessero le centrali operative.

Con la nascita del 118 la centrale operativa è diventata anche responsabile di gestire e coordinare il patrimonio dei mezzi e degli equipaggi messi a disposizione dalle varie associazioni convenzionate col 118.

Al volontariato si affianca il lavoro dei professionisti della salute, medici e infermieri. Il DPR all'articolo 4 definisce le competenze e responsabilità delle centrali operative, specificando che *“la responsabilità medico-organizzativa è attribuita nominativamente, anche a rotazione ad un medico...”*

In seguito è stabilito che *“la centrale operativa è attiva 24 ore al giorno e si avvale di personale infermieristico adeguatamente addestrato, nonché di competenze mediche di appoggio, che devono essere immediatamente consultabili...”* e che *“la responsabilità operativa è affidata al personale infermieristico professionale della centrale, nell'ambito dei protocolli decisi dal medico responsabile”*.

Sono proprio gli infermieri che rispondono alle chiamate dell'utenza e forniscono la risposta sanitaria più idonea (scelta dell'equipaggio da inviare); gestiscono l'intervento interfacciandosi con i soccorritori sul posto e scelgono l'ospedale di destinazione adatto assegnando anche un codice colore per definire la gravità e la priorità dell'intervento (abilità di triage).

I mezzi di cui la Centrale operativa dispone sono diversi:

- mezzi di soccorso di base MSB, con equipaggi di almeno 3 soccorritori volontari
- mezzi di soccorso intermedi MSI, con infermiere e volontari
- mezzi di soccorso avanzato MSA, con medico, infermiere e autista soccorritore
- elisoccorso, con medico, infermiere e operatore del soccorso alpino

Il grande passaggio col DPR del '92 è stato quello da una realtà di soccorso extraospedaliero basato su spirito di solidarietà e volontà, con modi operativi multiformi e disomogenei, ad un sistema strutturato, in cui si lavora in modo professionale.

Si tratta anche di una diversa ottica del soccorso extraospedaliero, che non è più solo un trasporto il più veloce possibile verso l'ospedale, ma diventa qualcosa di più, perché si è compreso che l'intervento sanitario precoce può migliorare ampiamente la prognosi dei pazienti.

Cambia quindi anche il ruolo del soccorritore volontario, a cui viene richiesta una preparazione di base ottenuta attraverso appositi corsi di formazione, esami certificativi ed aggiornamenti periodici. Ai tanti soccorritori volontari si affianca il lavoro di medici e infermieri, anch'essi tenuti ad una formazione continua in medicina e infermieristica d'emergenza.

Si tratta di un cambiamento di così grande portata che sta ancora oggi richiedendo sforzi per arrivare all'obiettivo di concretizzare un sistema organizzato, integrato ed efficiente.

La sfida è imponente perché il sistema è articolato e complesso e non è affatto semplice gestire un servizio pubblico che garantisce 24 ore al giorno e tutti i giorni dell'anno una risposta adeguata alle richieste d'aiuto.

In Lombardia il percorso di evoluzione sta proseguendo con la recente nascita dell'AREU, avvenuta il 2 aprile 2008. L'AREU è l'Azienda Regionale Emergenza Urgenza pensata proprio per garantire, implementare e uniformare nel territorio lombardo il soccorso sanitario di emergenza urgenza, anche in caso di maxi-emergenze.

All'AREU afferiscono nell'area del soccorso 12 Articolazioni Aziendali Territoriali che per ogni ambito di riferimento ricomprendono la Centrale Operativa e tutto l'insieme delle postazioni di soccorso presenti sul territorio di competenza delle singole CO di riferimento (Bergamo, Brescia, Como, Cremona, Lecco, Lodi, Mantova, Milano, Monza, Pavia, Sondrio, Varese).

Nel prossimo futuro si prospettano altri probabili cambiamenti perché per adeguarsi alla normativa Comunitaria si dovrà passare al numero unico 112 europeo, superando l'attuale frammentazione dei diversi numeri 112, 113, 115, 118...

E questo comporterà l'enorme riorganizzazione di tutti i sistemi di soccorso.

2.2 L'INFERMIERE E L'INTERVENTO DI EMERGENZA

Anche l'assistenza infermieristica d'emergenza ha subito nel corso degli anni '90 una notevole evoluzione, sia a seguito del DPR del '92, che inserisce a pieno titolo gli infermieri nel 118, sia per il riconoscimento normativo proprio della professione.

È infatti grazie al Decreto 739/94 e alla Legge 42/99 che viene definito il Profilo Professionale dell'infermiere, riconosciuto responsabile dell'assistenza generale infermieristica e ne viene affermata definitivamente l'autonomia operativa con l'abrogazione del mansionario (DPR 225/74).

Il lavoro dell'infermiere nel contesto dell'emergenza urgenza sanitaria extraospedaliera è molto diverso da quello nel contesto ospedaliero. Le condizioni, i modi e i tempi sono completamente differenti. Inoltre una serie di fattori mantengono la tensione emotiva del personale a livelli elevati durante ogni intervento di soccorso sanitario:

- Il fatto di ricevere scarse informazioni dalla CO che segnala la richiesta di intervento; non sempre le informazioni ricevute corrispondono alla situazione reale, quindi aumenta la tensione del soccorritore nel non sapere cosa si troverà ad affrontare
- La difficoltà a trovare il luogo dell'evento
- Il fatto di lavorare in condizioni fisiche non ottimali: a volte al buio, o sotto la pioggia, o in spazi angusti (l'abitacolo di un'auto o il bagno di una persona colpita da malore...), o in presenza di pericoli (vetri o taglienti o fiamme...)
- La necessità di valutare-pensare-decidere-agire in tempi serrati
- Il dover gestire il rapporto con la persona da soccorrere, che oltre che ferita e sofferente può essere impaurita, agitata, o diffidente
- Il dover gestire gli astanti e lavorare sapendo di essere osservati dai presenti
- La comunicazione a volte difficoltosa con la centrale operativa, che coordina telefonicamente l'intervento
- L'incertezza sull'esito dell'intervento, che termina quando la persona viene affidata al Pronto Soccorso. Non sempre si può avere un riscontro dell'evoluzione dell'evento e del destino della persona soccorsa, si resta nel dubbio

Le emozioni e le sensazioni si susseguono ininterrottamente durante l'intervento e ne sono una componente rilevante.

Hartsoug nel 1985 ha formalizzato 4 fasi riconoscibili in ogni intervento di soccorso e descrivendole ha evidenziato la componente emotiva in ciascuna (Bagnato, Ruozzi, 2004):

1. Fase dell'ALLARME; inizia con la comunicazione di un evento grave su cui bisogna intervenire. È in pratica il primo impatto con l'evento traumatico ed è caratterizzata dallo stordimento iniziale e dall'ansia, dall'irritabilità e dall'irrequietezza, provata dalla maggior parte degli operatori. Le reazioni vissute sono:

- reazioni fisiche: accelerazione del battito cardiaco, aumento pressorio, difficoltà respiratorie;
- reazioni cognitive: disorientamento, difficoltà nel dare senso alle informazioni ricevute e nel comprendere la gravità dell'evento;
- reazioni emozionali: ansia, stordimento, shock, paura per ciò che si incontrerà sulla scena dell'evento, in alcuni casi inibizione, più o meno marcata;
- reazioni comportamentali: diminuzione dell'efficienza, aumento del livello di attivazione, difficoltà di comunicazione.

2. Fase di MOBILITAZIONE; dopo l'impatto iniziale gli operatori si preparano all'azione; si recupera l'autocontrollo, si focalizza l'attenzione sull'agire e questo aiuta a dissolvere la tensione. Il trascorrere del tempo, il passaggio all'azione coordinata e finalizzata e l'interazione con i colleghi sono preziosi fattori di recupero dell'equilibrio. Sono presenti anche se in tono minore la maggior parte delle reazioni della fase precedente.

3. Fase dell'AZIONE; il soccorritore presta l'intervento di soccorso alle vittime. L'operatore è attraversato da emozioni contrastanti: si passa da momenti di euforia, quando si riesce efficacemente a prestare aiuto, a sentimenti di delusione, colpa, inadeguatezza, impotenza, quando l'intervento non ha successo. Il soccorritore vive:

- reazioni fisiche: tachicardia, aumento della pressione arteriosa e della frequenza respiratoria, nausea, sudorazione, tremore
- reazioni cognitive: difficoltà di memoria, disorientamento, confusione, perdita di obiettività, difficoltà di comprensione
- reazioni emozionali: senso di invulnerabilità, euforia, ansia, rabbia, tristezza, sconforto, apatia, assenza di sentimenti
- reazioni comportamentali: iperattività, facilità allo scontro verbale o fisico, perdita di efficienza ed efficacia nelle azioni di soccorso.

4. Fase del LASCIARSI ANDARE; è la fase che va dalla fine del servizio al ritorno alla propria routine lavorativa o sociale. Tre contenuti caratterizzano questa fase:

- il carico emotivo; durante l'azione è stato represso, ma nel ritorno alla quotidianità riemerge forte.
- Il complesso dei vissuti da rielaborare e le aspettative legate al rientro alla normalità.
- La separazione dagli altri soccorritori con cui si è affrontato l'intervento; l'aver vissuto insieme un'esperienza così forte crea un esclusivo legame di condivisione e comprensione reciproca.

Esistono contenuti psichici negativi inibiti durante la fase di azione che poi riemergono e si manifestano nella fase del lasciarsi andare. Tra questi sono particolarmente comuni: la difficoltà a distendersi, a rilassarsi, ad addormentarsi, la tristezza, la rabbia, la tensione, il riaffiorare di episodi e vissuti forti sul piano emotivo.

All'infermiere di emergenza sono richieste dunque alcune peculiarità:

- ottima preparazione, buona esperienza e aggiornamento costante; sono 3 elementi imprescindibili. La formazione è il primo pilastro perché più si è preparati meglio si possono affrontare gli interventi; fare esperienza significa non smettere mai di imparare e fare tesoro di ogni occasione; ed infine mantenere sempre aggiornate le proprie conoscenze, perché le ricerche e le continue scoperte permettono nuove acquisizioni indispensabili per migliorare il proprio lavoro.
- grande flessibilità, per affrontare le molteplici condizioni in cui ci si può trovare a lavorare. Non bisogna mai cadere nella routine, perché ogni servizio è un caso speciale, magari simile ad altri ma pur sempre unico, e come tale va trattato.
- Attenzione costante; bisogna lavorare badando a moltissime cose (eventuali pericoli sulla scena, per la persona soccorsa, per i presenti, per sé e il proprio equipaggio; numero di persone coinvolte; segni e indizi per capire la dinamica dell'evento...) tenendole in debita considerazione e sapendo selezionare gli stimoli per orientare correttamente le priorità.
- Ascolto attivo, per relazionarsi con la persona bisognosa in modo davvero pertinente ed utile

- Capacità di gestire la “cornice” che circonda la persona soccorsa: altri feriti, familiari o conoscenti preoccupati o agitati, persone che a vario titolo si intromettono e possono creare disturbo.
- Spirito di iniziativa e creatività, perché il contesto in cui si interviene non è quello ottimale a cui si è preparati; bisogna saper trovare soluzioni alternative ed originali perché gli imprevisti non diventino reali ostacoli.
- Autocontrollo, fondamentale per essere padroni di sé in situazioni di emergenza o di fronte al panico o al turbamento di qualcun altro.
- Intelligenza emotiva, per saper gestire i propri sentimenti in modo appropriato ed efficiente.
- Leadership positiva, essenziale visto che si lavora in squadra e il leader deve saper coordinare l'equipe per ottenere il miglior esito per il servizio.
È importante che al termine del servizio il leader raccolga la squadra per un momento di autovalutazione e bilancio, invitando a condividere le impressioni per evidenziare cosa è stato fatto bene e cosa può essere migliorato. Se il confronto e il contributo di ciascuno sono autentici, questo diventa un momento di crescita umana e professionale per tutto il gruppo.
- Capacità di collaborare fattivamente con altri professionisti ed operatori, visto che spesso sono presenti Vigili del fuoco, operatori di Polizia, altre squadre di soccorso...; lavorare ognuno per proprio conto sullo stesso scenario può essere controproducente; bisogna riuscire a rendere l'intervento davvero multiprofessionale integrando il ruolo di ciascuno come in un ingranaggio.

In generale i contesti di emergenza più o meno grande implicano un'elevata componente stressogena, che colpisce sia le vittime che i soccorritori, anche se in modi diversi.

Bisogna sfatare l'idea diffusa nel senso comune che i soccorritori siano “superuomini”, e che siano impassibili di fronte a qualunque cosa.

È vero che l'infermiere che lavora in emergenza sviluppa una soglia di tolleranza abbastanza elevata nei confronti di situazioni che cronicamente o occasionalmente possono mettere a rischio il suo equilibrio psicologico. Ma anche questo “scudo protettivo” non è indistruttibile, e succede che venga fessurato. Può capitare per l'accumulo di eventi limitati ma ripetuti nel tempo fino ad un livello intollerabile, o per

singoli eventi che per la loro portata intrinseca ne superano la resistenza. Ed è allora che anche i soccorritori possono aver bisogno di essere soccorsi.

In Italia l'attenzione ai risvolti psicologici del soccorso si è esplicitata nel 2006 con l'approvazione dei "Criteri di massima sugli interventi psico-sociali da attuare nelle catastrofi"⁷. Tale normativa riconosce che l'impatto psicologico si manifesta sia nelle vittime che nei soccorritori, ma concentra l'attenzione e prevede interventi solo su eventi a grande scala, le maxi-emergenze, e dedicati prioritariamente alle comunità colpite.

Nell'ambito dei sistemi di soccorso sanitario la regione Lombardia ha contestualizzato i criteri di massima organizzando percorsi formativi per la costituzione e formazione di Unità di supporto psicosociale nei 118 della Regione.

È il segnale della consapevolezza dell'esigenza che nelle gestioni generali sia delle maxi-emergenze che degli interventi di piccola scala il supporto psicosociale si integri con l'organizzazione medico-sanitaria (Fioravanzo, 2007).

⁷ Direttiva del Presidente del Consiglio dei Ministri del 13 giugno 2006

3. GLI INCIDENTI CRITICI E L'IMPATTO SUI SOCCORRITORI

*Posso vedere il dolore di un altro e non provare pena?
Posso vedere la pena di un altro e non cercarvi un caro conforto?
Posso vedere una lacrima cadere e non sentire la mia parte di dolore?*

William Blake

3.1 INCIDENTI CRITICI, DEFINIZIONE

Tra i moltissimi interventi quotidiani che vengono svolti dalle Centrali Operative del 118, non tutti, per fortuna, presentano i veri caratteri dell'emergenza. I codici rossi, indicanti situazioni di immediato rischio per la vita, sono il 9% del totale degli interventi⁸.

È tra questi casi che si individuano episodi che possono 'lasciare il segno' anche nei soccorritori; Mitchell ed Everly, psicologi e soccorritori, nel 1986 hanno definito evento o INCIDENTE CRITICO *qualunque situazione affrontata dal personale di emergenza sanitaria, capace di produrre uno stress emotivo insolitamente elevato in grado di interferire sulla abilità dell'operatore di fronte alla scena dell'evento e anche dopo.* (Bagnato, Ruozzi, 2004, p 156)

Si tratta di situazioni gravi, drammatiche e imprevedibili; per fare alcuni esempi:

- casi in cui la vittima è un bambino, gravemente ferito o morto
- casi in cui si effettuano lunghe manovre di rianimazione e che esitano comunque con la morte della persona
- casi in cui le vittime hanno lesioni gravi o mutilazioni o deformazioni del corpo
- incidenti stradali o sul lavoro che provocano la morte improvvisa di giovani o coetanei
- casi con una forte componente violenta
- casi con un numero elevato di feriti
- terremoti e altri disastri naturali
- casi in cui sono coinvolti conoscenti, amici o colleghi
- interventi particolarmente lunghi e complessi

Bisogna notare poi che oltre all'oggettiva drammaticità dell'evento, ogni soccorritore ne sperimenta un vissuto personale unico, che dipende enormemente dalla sua personale interpretazione emotiva dei fatti.

Ci possono essere elementi che per il singolo soccorritore sono più toccanti e che lo coinvolgono più da vicino. Si può capire come un neopapà sia particolarmente colpito da un intervento con la morte in culla di un neonato, un infermiere con la passione della bicicletta sia più scosso dall'incidente mortale di un ciclista, un volontario con il padre cardiopatico soffra per la rianimazione infruttuosa di un anziano in arresto cardiocircolatorio.

⁸ Dato proveniente dal sito www.areu.lombardia.it, consultato in data 29/9/09

L'impatto emotivo dell'evento critico dipende inoltre da altri fattori soggettivi:

- l'eccessiva tendenza del soccorritore ad identificarsi con la vittima
- il bisogno del soccorritore di tenersi a distanza dalla vittima
- la presenza di significative problematiche psicologiche del soccorritore
- la presenza di traumi personali passati non superati
- l'incapacità di valutare la propria tolleranza allo stress e la mancanza di strategie personali idonee a fronteggiare lo stress
- l'aver riportato lesioni personali

Inoltre ci sono fattori di rischio connessi all'organizzazione degli interventi di soccorso:

- i ritmi di lavoro pressanti
- carenze nei processi di comunicazione
- mancanza di interventi per sostenere la motivazione dei soccorritori al lavoro
- mancanza di programmi di supporto psicologico ai soccorritori

In senso generale si considera evento critico "ogni situazione atta a creare nella persona un grave sconvolgimento e una grave preoccupazione" (Zuliani, 2006, pag 20). "È un evento al di là della abituale gamma di esperienze e sfida la capacità di ognuno di fronteggiare le situazioni. È potenzialmente in grado di travolgere i comuni meccanismi di difesa e di coping" (Solomon e Macy, 2003, pag 365).

Queste affermazioni valgono per tutte le persone coinvolte dall'evento scatenante, in primo luogo le vittime dirette, ma non solo.

3.2 L'IMPATTO DELL'INCIDENTE CRITICO SUI SOCCORRITORI

Taylor e Frazer nel 1981 hanno classificato le vittime in base al livello di coinvolgimento (Napoli, 2003):

- vittime di primo livello: chi subisce in via diretta l'impatto con l'evento traumatico vivendolo in prima persona;
- vittime di secondo livello: parenti e amici delle vittime di primo livello;
- vittime di terzo livello: i soccorritori (volontari o professionisti);
- vittime di quarto livello: la comunità coinvolta nel disastro e chi, in qualche modo, ne è responsabile;
- vittime di quinto livello: individui con un equilibrio psichico fragile che anche se non coinvolti direttamente nel disastro, possono reagire con un disturbo emozionale;
- vittime di sesto livello: individui che avrebbero potuto essere essi stessi vittime dirette o che hanno spinto altri nella situazione di calamità, o che si sentono coinvolti per motivi indiretti.

Di fronte agli incidenti critici quindi anche i soccorritori diventano in qualche modo 'vittime'.

Quello che anche per i soccorritori rende l'incidente *critico* è un insieme di elementi che lo caratterizzano:

- avviene in modo improvviso e inaspettato e spesso in un ambiente considerato 'sicuro'
- travolge la sensazione di poter avere il controllo della situazione
- comporta la percezione di una minaccia che può essere anche letale
- può comprendere perdite emotive o perdite fisiche
- viola i presupposti umani su come funziona il mondo

L'impatto di questi eventi diventa destabilizzante quando il soccorritore assiste a qualcosa a cui è impossibile dare un significato logico e coerente. Come la morte improvvisa di bambini o giovani adulti, soprattutto quando avviene in ambienti di vita, come le case o le strade o i luoghi di lavoro, che non sono deputati alla sofferenza come un ospedale.

Si sviluppa un *disagio emotivo*; la forza emotigena di un evento non sta nell'accadimento in sé, ma nell'intreccio di vari fattori, come già visto. Le emozioni sono processi psichici complessi; sono riconosciute come la cerniera tra la

dimensione organica, la realtà psichica e le dimensioni sociali che caratterizzano gli individui (Castelli, Sbattella, 2003).

La portata dell'impatto emotivo è variabile da persona a persona, si esprime e manifesta in ciascuno in modo diverso. Ed in seguito viene analogamente elaborato in modi personali.

È stata individuata una vera e propria sindrome che può colpire i soccorritori che si trovano a contatto con incidenti, tragedie o morti. Si tratta della Sindrome da stress da incidente critico, dall'inglese CISS Critical incident stress syndrome (Bagnato, Ruozzi, 2004). Provoca un'intensa sofferenza individuale, che si riflette in primis nell'ambito lavorativo, ma può sfociare anche nella sfera familiare e relazionale in genere. Può causare reazioni a vari livelli (Cusano, Napoli, 2003):

- reazioni fisiche: nausea, problemi gastrointestinali, tremori muscolari, aumento della frequenza cardiaca, respiratoria e della pressione sanguigna, alternanza di iperattività e spossatezza, cefalea ed emicrania, malessere generalizzato.
- Reazioni emozionali: ansia, tristezza, senso di colpa, rabbia, oscillazioni dell'umore, repressione dei sentimenti, angoscia, paura, perdita dell'autostima, depressione, senso di impotenza, preoccupazione.
- Reazioni cognitive: disorientamento, incapacità a concentrarsi, incapacità di giudizio, difficoltà di memoria, amnesia, pensieri e ricordi intrusivi.
- Reazioni comportamentali: cambiamenti nel livello di attività, aggressività, disturbi del sonno e dell'addormentamento, incremento dell'uso di tabacco, alcol, stupefacenti, farmaci, calo nelle performance, calo dell'appetito, calo della libido.

Tali reazioni, se considerate entro un certo limite, sono normali e possono avere valore adattivo; di solito rappresentano il modo soggettivo di fronteggiamento della situazione, ma se persistono nel tempo, in modo intenso ed invasivo, perdono il loro valore funzionale assumendo valenza patologica (Di Fresco, 2007).

Il disagio del soccorritore può evolvere a seconda dei casi in modo più veloce e passeggero o colpire in modo più forte, fino a diventare malattia e richiedere tempo e terapia per essere superato.

È necessario sottolineare che *solo in alcuni casi* l'evento critico costituisce un *trauma* per il soccorritore. Inoltre si può distinguere tra trauma emotivo e trauma psichico, perché quest'ultimo può avere risvolti sulla salute mentale.

Il trauma emotivo non coincide con l'evento critico, ma è la relazione dinamica tra l'evento, il significato che gli viene attribuito e il contesto in cui il tutto accade.

L'esperienza di eventi stressanti nel corso della vita può provocare molti tipi di problemi e disturbi psicopatologici, ma questa non è affatto un'evenienza necessaria. Mentre una parte rilevante delle persone sperimenterà nella vita eventi stressanti potenzialmente dannosi, solo una percentuale modesta di loro avrà conseguenze psicologiche durature accertabili (Giannantonio, 2003).

Quella del soccorritore si chiama *traumatizzazione vicaria*; è una forma indiretta, perché non colpisce chi ha subito l'evento scatenante, ma chi ne è stato testimone, spettatore o è dovuto intervenire per portare aiuto alle vittime.

È importante capire cosa si deve intendere per trauma, per non cadere nell'errore di parlare di persone traumatizzate in modo improprio o spropositato.

Il Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali DSM propone due criteri fondamentali per definire un *trauma* (Axia, 2006):

- criterio A1 l'esistenza di un evento traumatico nel mondo reale
- criterio A2 la tipica intensissima reazione emotiva a tale evento

Il primo criterio è l'esperienza diretta di un evento che implica morte o rischio di morte per sé o per altri, o danno grave o comunque minaccia all'integrità fisica. Ne sono esempi: subire furto o rapina con modi violenti, attacchi terroristici, guerre, essere presi in ostaggio, catastrofi naturali o dovute all'uomo, gravi incidenti stradali o coinvolgenti mezzi di trasporto, diagnosi di malattia potenzialmente mortale.

Tutti questi eventi mettono le persone in una situazione di grave timore per la propria sopravvivenza o integrità fisica.

L'evento traumatico è collocato nella realtà esterna alla persona e costituisce una situazione drammaticamente pericolosa per chi lo subisce.

Ecco allora che lo stress da trauma viene chiaramente separato dallo stress meno intenso che può derivare da una moltitudine di altre cause (basti pensare alle preoccupazioni quotidiane, familiari o lavorative che ciascuno ha) ma che non minaccia l'incolumità.

Inoltre si deve tener conto che anche trovarsi di fronte ad eventi che implicano morte o rischio di morte o danno fisico grave per altre persone è traumatico.

Vedere improvvisamente un cadavere o pezzi di un corpo o ferite gravi o assistere alla morte di una persona è per gli esseri umani traumatico.

È questa la traumatizzazione vicaria in cui possono incorrere i soccorritori.

Tuttavia l'esposizione all'evento non è sufficiente perché avvenga un trauma psichico, si deve realizzare anche una seconda condizione: la risposta della persona deve essere di paura intensa, accompagnata da sentimenti di impotenza od orrore.

Solo quando anche questo accade si può parlare di trauma.

Se ci sono i termini per parlare di trauma, e nei casi più gravi, il disagio diventa patologico e necessita di una terapia per essere superato. È stato definito "Disturbo da stress posttraumatico", espresso con l'acronimo inglese PTSD, Post Traumatic Stress Disorder.

Molto sinteticamente "il PTSD è caratterizzato dalla compresenza, per almeno un mese, di sintomi intrusivi, di evitamento e di aumentato arousal in seguito all'esposizione ad eventi traumatici di particolare gravità" (Giannantonio, 2003 pg31). È interessante riportare una precisazione evidenziata da Axia (2006), che sottolinea che la traduzione corretta di PTSD è Disturbo da stress posttraumatico e non Disturbo posttraumatico da stress. Non è una sottigliezza linguistica, ma sottende un'importante nozione; è la giusta locuzione perché "mette in luce il fatto davvero molto importante che la maggior parte delle persone che subisce un trauma non sviluppa un disturbo" (pag 138).

Ecco l'importanza di usare i termini con cautela, e distinguere tra i significati e le implicazioni nel parlare di disagio piuttosto che di disturbo.

Una parte consistente della letteratura considera che i fattori implicati nello sviluppo e nel mantenimento dei disturbi posttraumatici siano i seguenti (Giannantonio, 2003):

- tipo di evento stressante
- variabili relative alla vittima
- risposta soggettiva all'evento stressante
- supporto e risorse sociali

Nei casi in cui, in base ai criteri specifici previsti dal DSM, è formulata una diagnosi di PTSD l'intervento deve essere medico-terapeutico.

Dove c'è disagio, inteso anche in senso di percezione soggettiva, è comunque auspicabile un intervento di supporto, per fornire aiuto nell'affrontarlo e prevenire l'evolversi di disturbi più gravi.

3.3 PSICOLOGIA DELL'EMERGENZA

“Le reazioni di stress negli operatori che intervengono sono normali e vanno messe in conto” (Young, 2002, pg129). L'attenzione a questi risvolti del lavoro del soccorso viene da un settore della psicologia, definito Psicologia dell'emergenza, che “ha come propria finalità lo studio, la prevenzione e il trattamento dei processi psichici, delle emozioni e dei comportamenti che si determinano prima, durante e dopo gli eventi critici” (Lo Iacono, Troiano, 2002, pag37).

È una disciplina molto ampia, finalizzata a ricomporre in modo trasversale i diversi contributi di ricerca della psicologia (clinica, dinamica, sociale, ambientale, della comunicazione...) adattandoli allo studio dei processi psicologici particolari che si attuano nelle situazioni d'emergenza.

È interessante conoscere la definizione condivisa dalla Federal Emergency Management Agency e dall'Emergency Management Institute: “un'emergenza è un evento che minaccia, o effettivamente rischia, di danneggiare persone o cose”.

L'attenzione posta alla variabile ‘minaccia’ fa comprendere che destinatari degli interventi di emergenza non sono solo coloro che hanno direttamente subito l'impatto, ma anche quanti ne hanno subito a vario titolo la minaccia (Cusano, Napoli, 2003).

La psicologia dell'emergenza si è affacciata ufficialmente in Italia contemporaneamente all'organizzazione del convegno “Psicologia ed Emergenza” tenutosi a Roma nel maggio 1999. È nata poco dopo la Società Italiana di Psicologia dell'Emergenza, Sipem. La Psicologia dell'emergenza ha iniziato così a definire la propria competenza, il proprio ruolo, le proprie tecniche e modalità operative.

Oggetto di studio e di intervento di questo settore della psicologia sono tanto il singolo individuo, di cui tende a ripristinare e tutelare l'assetto cognitivo ed emozionale, quanto la comunità nel suo complesso, per prevenire o superare i fenomeni psichici che si determinano nei grandi gruppi umani.

Con i suoi interventi quindi mira a preservare e ripristinare l'equilibrio psichico delle vittime, dei parenti e dei soccorritori .

Gli ambiti di studio della Psicologia dell'emergenza sono numerosi; da un lato c'è l'attenzione verso le maxi-emergenze che coinvolgono pesantemente le comunità, dall'altro c'è anche la considerazione alla gestione dello stress da singolo evento critico.

Data la diversità di ambiti di intervento, è assodato che non possa esistere “un unico modo o un unico intervento che faccia bene a tutti” (Axia, 2006, pag 23).

È chiaro infatti che essere coinvolti in un evento critico come vittime primarie o come soccorritori è ben diverso. Gli interventi di supporto devono essere scelti e appropriati per rispondere al bisogno reale, più o meno manifesto.

Dal tentativo di costruire un ‘percorso complesso’ nei processi di gestione peritraumatica dello stress deriva il CISM, Critical Incident Stress Management (Pezzullo, 2007). Questo protocollo è stato sviluppato in un’ottica di intervento che comprende gli aspetti preventivi, quelli di scenario e quelli di supporto successivo. È una strategia che risulta più estesa, in prospettiva preventiva, rispetto a quella del CISD, Critical Incident Stress Debriefing, formulata nel 1983 da Mitchell⁹, che l’ha adattata dal modello militare originario.

È interessante notare che il CISD è il primo strumento originariamente pensato per un target formato da gruppi di *soccorritori*, e non vittime primarie. Mitchell, avendo conosciuto personalmente il lavoro del soccorso, ha sviluppato il protocollo CISD per aiutare i pompieri ad affrontare le risposte di stress prima di tornare a casa dopo il turno (Yule, 2000).

“Il CISM è un programma globale, multicomponente e sistematico per l’attenuazione dello stress legato ad eventi critici” (Pietrantonio, Prati, 2009).

I suoi scopi principali sono: ridurre la tensione emotiva, facilitare il naturale processo di recupero e riconoscere le persone che necessitano di un aiuto aggiuntivo.

Il modello CISM, che è stato adattato e modificato da molti autori negli ultimi 20 anni, si suddivide orientativamente nelle seguenti fasi (Zuliani, 2006):

1. formazione preventiva
2. supporto immediato
3. defusing
4. debriefing
5. supporto a lungo termine

Di fronte a metodologie così diversificate la Psicologia dell’emergenza ha maturato la consapevolezza che siano necessarie conoscenza ed esperienza specifica della popolazione a cui vengono forniti i servizi, per assicurare interventi appropriati, credibili ed efficaci (Solomon, Macy, 2003).

⁹ psicologo ed ex Vigile del fuoco statunitense

I soccorritori hanno dalla loro parte un substrato di esperienza condivisa e lavoro di squadra, che può essere utilizzato come risorsa per portare un aiuto 'da vicino'.

Da questo nasce l'idea del *supporto tra pari*.

Il *pari* o *peer supporter*, è una persona che lavora nel sistema di soccorso e che riceve un'adeguata formazione per essere in grado di aiutare i propri colleghi nei casi in cui dopo un evento critico di lavoro ne sentano la necessità.

È una soluzione realistica e pratica per poter fornire ai soccorritori un supporto concreto in modo tempestivo, considerato che l'intervento diretto dei professionisti della salute mentale (psicologi) non è sempre sostenibile né attuabile.

Alcune delle tecniche che più si prestano al supporto per i soccorritori sono proprio interventi col gruppo, come la decompressione, il defusing e il debriefing.

DECOMPRESSIONE O SMOBILIZZAZIONE

Funge da fase di transizione per i soccorritori tra l'essere operativi sulla scena e l'andare a casa o ritornare ai compiti di routine.

È concepita come una sessione rapida di informazione e di riposo dopo l'evento, gestita da un conduttore. Dura circa 10-20 minuti in cui viene dato spazio e tempo ad una conversazione informale di gruppo. Poi il conduttore dà una breve descrizione dello stress da evento critico e delle strategie di coping (risposta allo stress) più idonee.

È un processo individuale ma anche e soprattutto di gruppo. È la squadra che ha lavorato, che ha sofferto e che deve tornare alla vita 'normale'. "La squadra rappresenta la prima e più importante risorsa di supporto psicosociale per tutti i suoi membri" (Zuliani, 2006, pag 235).

DEFUSING

È una tecnica di pronto soccorso emotivo, si tratta di un intervento breve che dura circa 20-40 minuti e che viene organizzato per il gruppo, circa 6-8 persone, reduce da un evento particolarmente disturbante e/o traumatizzante. Viene utilizzata a caldo, cioè subito dopo l'evento critico, solitamente entro 8-12 ore.

Serve essenzialmente per ridurre il senso di isolamento e di impotenza, attraverso l'appartenenza al gruppo che ha subito il trauma, per attenuare le reazioni intense e le angosce provocate dall'evento e aiutare il gruppo a ritornare ad una sorta di normalità, fornendo soluzioni a breve termine, per il recupero della loro funzionalità.

Il gruppo è presieduto da uno o più conduttori, che conducono e facilitano la discussione, attraverso la condivisione verbale e non dell'esperienza appena vissuta.

È strutturato in 3 fasi:

- fase dell'introduzione: i conduttori si presentano e spiegano il motivo dell'incontro, mettendo in evidenza come possono essere utili e di supporto al gruppo; fissano poi delle regole che condividono con i partecipanti, ad esempio quella di garantire la riservatezza delle informazioni che emergeranno
- fase esplorativa: viene chiesto al gruppo di discutere dell'esperienza e di condividere le reazioni e le emozioni vissute. Dopo circa 20 minuti tra prima e seconda fase i conduttori passano a fornire informazioni al gruppo.
- Fase informativa: utile a normalizzare le esperienze-reazioni e a ridurre lo stress. Prima di congedare il gruppo, i conduttori effettuano dei commenti riassuntivi e possono distribuire materiale cartaceo con informazioni e suggerimenti utili per gestire il momento difficile.

La partecipazione è incoraggiata, ma nessuno viene obbligato a parlare. Questo intervento serve per dare la possibilità di elaborare cognitivamente l'evento e fare da 'contenitore' per le reazioni emotive.

DEBRIEFING

È un incontro più strutturato del defusing e ad esso successivo, la cui durata è di circa 2-3 ore. Offre ai partecipanti (anche 20-25 persone) la possibilità di esternare e confrontare con gli altri i propri pensieri, ricordi ed emozioni più disturbanti in modo da comprenderli e normalizzarli. È un efficace e valido mezzo di riduzione dello stress traumatico, causa principale di gravi disturbi e alterazioni nei rapporti intrapersonali.

Dovrebbe aver luogo 24-76 ore dopo l'evento critico; ha gli scopi di:

- ridurre l'impatto emotivo dell'evento critico,
- contenere le reazioni
- favorire il recupero delle persone

- combattere le convinzioni erronee, evitare conseguenze negative future
- istruire
- rassicurare

è un incontro strutturato in 7 fasi, guidato da almeno due conduttori:

- 1) fase dell'INTRODUZIONE: i conduttori si presentano, spiegano lo scopo dell'incontro e fanno una breve introduzione al metodo di lavoro che viene usato
- 2) fase del FATTO: i partecipanti vengono invitati a descrivere i fatti e il ruolo avuto nell'incidente ed ogni membro del gruppo espone il proprio diverso punto di vista
- 3) fase del PENSIERO: vi è una rassegna dei pensieri negativi espressi nel gruppo e in particolare di quello predominante durante l'evento critico. Questa fase rappresenta la transizione dall'ambito cognitivo (fase del fatto) all'ambito emotivo (fase della reazione).
- 4) Fase della REAZIONE: descrive gli aspetti dell'evento che hanno provocato e determinato maggiore malessere e gli aspetti con cui è stato più difficile convivere dopo la fine dell'evento. Ai partecipanti pertanto viene chiesto di condividere le sensazioni provate durante l'incidente e quelle che si provano in quel momento. È questa perciò la fase più carica di contenuti emotivi.
- 5) Fase dei SINTOMI contempla la descrizione dei sintomi fisici e psichici vissuti durante il momento traumatico, immediatamente dopo e al momento attuale. Così facendo si passa nuovamente in una fase di transizione che riporta il gruppo dai contenuti emotivi della fase della reazione a contenuti più vicini ad un orientamento cognitivo.
- 6) Fase della FORMAZIONE, molto importante. I conduttori forniscono al gruppo consigli utili alla gestione dello stato di stress emozionale e insegnano loro le tecniche di distensione psicofisica utili a ridurre l'ansia e l'eccitamento e a facilitare il recupero dell'equilibrio psichico.
- 7) Fase del REINSERIMENTO e CONCLUSIONE: si dà spazio a eventuali domande, chiarimenti o punti rimasti in sospeso e si forniscono le ultime informazioni per compiere passi costruttivi verso la risoluzione dello stress o del trauma; si prendono accordi per ulteriori incontri e, dopo aver fatto una sintesi ricapitolativa dei punti salienti trattati, si conclude congedandosi.

Il sostegno tempestivo mira ad incanalare la confusione, la disorganizzazione e l'intorpidimento emozionale spesso sperimentati durante ed immediatamente dopo un'esposizione traumatica acuta.

Discuterne in gruppo facilita la decompressione emotiva, l'attivazione di reti di supporto sociale e la riduzione del senso di isolamento (Castelli, Sbattella, 2003).

DATI EMERSI DALLA RICERCA “Costruzione di un questionario per indagare l’esigenza di un supporto psicologico nell’operatore di soccorso”¹⁰

Appare utile a questo punto riportare alcune considerazioni emerse dalla ricerca effettuata con la somministrazione di un questionario ai soccorritori. Il campione è costituito da 177 soccorritori partecipanti ad un seminario sugli aspetti psicologici del soccorso. Il campione ha un’età media compresa tra i 31 e i 50 anni, con una media di 5-20 anni di esperienza nel settore dell’emergenza.

Il 61% del campione è di sesso femminile. Il 77,4% del campione svolge attività di soccorso come volontario.

Gli aspetti più significativi riguardano:

1. grado di esposizione ad eventi critici; il 54,8% del campione dichiara di essere esposto ad eventi critici ‘qualche volta’ durante l’attività di soccorso. Il 12,5% dichiara di esserne esposto ‘spesso’ o ‘molto spesso’. L’esposizione aumenta con l’aumentare degli anni di esperienza maturati nel soccorso. Inoltre anche svolgere la professione come dipendente o come volontario risulta discriminante per la frequenza di esposizione. Chi svolge la professione come dipendente è esposto in misura maggiore, probabilmente perché è attivo per un numero più elevato di ore rispetto al volontario.
2. offerta di supporto successivo all’esposizione ad eventi critici; il 68,4% dei soccorritori dichiara di non averne mai ricevuto. Solo l’11,3% lo ha ricevuto con una frequenza tra ‘qualche volta’, ‘spesso’ e ‘molto spesso’. Questo dato palesa la grave mancanza di interventi di supporto a favore degli operatori di soccorso.
3. livello di disagio nei soccorritori; la ricerca non rivela importanti livelli di disagio e mostra che la sintomatologia rilevata rientra nello spettro delle reazioni normali che conseguono ad eventi critici o traumatici. Questo non deve però allontanare l’attenzione dall’aspetto della sofferenza soggettiva della persona, che prescinde dall’etichetta diagnostica che può esservi attribuita. È inoltre importante ricordare che gli interventi afferenti al protocollo CISM possono essere considerati di grande utilità, poiché lo scopo delle tecniche (decompressione, defusing, debriefing) non è di intervenire a livello terapeutico sulla patologia, ma mitigare l’impatto dell’evento agevolando il naturale processo di rielaborazione.

¹⁰ Pubblicata nella Tesi di laurea specialistica in Psicologia Clinica e Neuropsicologia, di Alice Baroni, Università degli studi di Milano Bicocca, anno accademico 2008-2009

4. atteggiamento dei soccorritori rispetto alle tipologie di supporto; è stato chiesto ai partecipanti di esprimere un giudizio di preferenza, tra 'per niente' e 'molto', su quattro tipologie di supporto. Riporto qui i dati sulle risposte 'molto' favorevole:

- supporto individuale: 36% molto favorevole
- supporto tra *pari*: 63% molto favorevole
- gruppi di defusing: 55,4% molto favorevole
- gruppi di debriefing: 52,5% molto favorevole

Risulta che il supporto tra *pari* è la tipologia di supporto che raccoglie il maggior numero di preferenze da parte dei soccorritori: più del 90% del campione si esprime 'abbastanza' e 'molto' favorevole a questa forma di supporto.

L'immagine che emerge da questo lavoro di ricerca è quella di un soccorritore "che vuole essere formato e supportato, che è consapevole dei propri limiti e dei rischi emotivi connessi al proprio lavoro, che non nega la propria umanità e la propria fragilità emotiva di fronte alle tragedie che colpiscono gli altri esseri umani che soccorre".

4. IL SUPPORTO TRA PARI

*Date al dolore la parola.
Il dolore che non parla sussurra al cuore oppresso, e
gli dice di spezzarsi.*

William Shakespeare

4.1 LE ESPERIENZE ANALIZZATE

L'idea del supporto tra *pari* è nata negli Stati Uniti negli anni '90 come buona pratica volta a superare positivamente eventi critici di servizio nelle forze di Polizia.

Si è poi diffusa nei paesi anglosassoni e nei paesi del nord Europa.

In Italia le esperienze sono iniziate una decina di anni dopo, nei primi anni del 2000.

I primi programmi sono stati realizzati dalle Forze di Polizia e dai Vigili del Fuoco; solo negli ultimissimi anni si sono sensibilizzati e attivati anche i sistemi del soccorso sanitario e sono partiti progetti in alcune Centrali Operative del 118.

Ho potuto capire cosa è un programma di supporto tra *pari* analizzando e confrontando le seguenti esperienze, riportate in ordine cronologico di nascita:

- Polizia del Canton Ticino (Svizzera); nel 2000 ha avviato il progetto, ha formato 10 operatori (su 700 dipendenti) e ad oggi effettua una cinquantina di interventi di sostegno psicologico d'urgenza all'anno
- Polizia di Stato italiana; dal 2003 ha svolto 5 corsi formativi ed ha attualmente operativi un centinaio di operatori '*pari*' distribuiti sul territorio nazionale
- Polizia Municipale di Firenze; ha iniziato a lavorare per creare un gruppo di sostegno psicologico tra *pari* nel 2003. Ha svolto studi di ricerca sullo stress degli operatori e ha poi selezionato e formato 30 persone. È nato così il primo progetto italiano di sostegno psicologico tra *pari* nella Polizia Municipale, denominato 'il Cerchio Blu'; il gruppo lavora dal gennaio 2008.
- Vigili del Fuoco; nel 2003 si è svolto al Comando provinciale di Milano il convegno 'Il supporto psicologico al vigile del fuoco in emergenza', in seguito al quale è stato organizzato un corso formativo che ha coinvolto una trentina di vigili del fuoco. È nato poi, sempre a Milano, il "Gruppo di supporto psicologico tra colleghi", GSP, composto da 11 persone, che lavora sul territorio lombardo con il modello di intervento del gruppo di auto-aiuto.

A livello nazionale, il Corpo dei Vigili del fuoco ha istituito quest'anno una Commissione permanente per il supporto psicologico al personale operativo coinvolto in eventi critici e per la prevenzione dei disagi di natura psicofisica. Tale commissione, composta da una quindicina di membri provenienti dalle diverse Regioni, avrà il compito di promuovere e coordinare la selezione e la formazione

specifica di personale VF che al termine del programma formativo potrà svolgere la funzione di *'pari'*¹¹

- Alcune Centrali Operative del 118:
 - Varese; dall'ottobre del 2007 sono iniziati i contatti tra i coordinatori medico ed infermieristico della CO ed una psicologa dell'emergenza. Nel 2008 il rapporto di collaborazione si è consolidato grazie all'interesse di un gruppo di infermieri e all'appoggio dell'UO Formazione del personale dell'Azienda Ospedaliera di Circolo di Varese. I soccorritori professionali come diretti interessati, i professionisti della salute mentale e la volontà amministrativa si sono trovati a condividere l'idea di un progetto comune e, grazie al contributo di ciascuno, lo hanno reso possibile. Sono state così organizzate nel 2008 due sessioni del corso di formazione per *operatori di supporto psicologico*, che hanno coinvolto 19 operatori della CO (12 infermieri, 4 medici, 2 tecnici e il responsabile della formazione). Alcuni di questi hanno poi completato la formazione diventando coordinatori del progetto, chiamato "*Sostegno emotivo-psicologico per gli operatori del soccorso*". Dal gennaio 2008 a giugno 2009 le attività svolte sono state: 180 colloqui telefonici e 16 debriefing che hanno coinvolto 91 soccorritori tra infermieri, medici, vigili del fuoco e soccorritori non professionisti.
 - Como; il progetto è partito anche qui grazie ad un protocollo di intesa col Servizio di Psicologia Clinica nel maggio 2007. Dal maggio 2008 al marzo 2009 sono stati effettuati 13 debriefing coinvolgendo 54 soccorritori, e 5 follow-up, cioè incontri di monitoraggio a distanza temporale dai debriefing più impegnativi.
 - Lecco; il progetto è in cantiere da metà 2007, ma è partito concretamente nel 2008, con 4 operatori formati, tutti infermieri. Nel primo semestre dell'anno si sono svolti 45 contatti telefonici di ascolto empatico, 15 defusing e 4 debriefing; sono stati coinvolti complessivamente 252 operatori del soccorso, di cui 198 soccorritori volontari, 24 infermieri, 20 medici e 10 persone tra forze dell'ordine e vigili del fuoco.
 - Reggio Emilia; nel 2005-2006 sono stati svolti 3 incontri formativi della durata di 8 ore ciascuno in cui sono state fornite a circa 90 operatori sanitari del DEU Provinciale le informazioni base rispetto ai temi del counselling e delle reazioni emozionali agli eventi particolarmente stressanti, grazie ad un infermiere

¹¹ Nella circolare istitutiva della Commissione il *pari* è definito come "un vigile del fuoco disponibile ad offrire il proprio supporto ad un altro collega che durante il servizio ha vissuto situazioni di forte impatto emotivo, tali da considerarsi fonti di stress cui possono seguire stati di disagio nell'operatore."

counsellor della centrale stessa. Dall'autunno di quest'anno si è concretizzata la disponibilità amministrativa di far partire un progetto di supporto per gli operatori. Per il 2010 sono in programma due percorsi formativi: uno di base ed uno di approfondimento sul supporto emozionale in emergenza per chi ha partecipato al primo percorso.

4.2 COME NASCE L'IDEA DEL SUPPORTO TRA *PARI*

Si è pensato alla figura del *pari* per rispondere alla necessità di supporto emotivo degli operatori per una serie di motivi:

- appartiene all'organizzazione stessa e quindi la conosce dall'interno, meglio di chiunque altro;
- è un collega e grazie alla condivisione lavorativa ha una comprensione facilitata del disagio provato da chi vive eventi critici. Le persone che si rivolgono al '*pari*' sanno di poter essere comprese realmente perché il *pari* ha vissuti ed emozioni simili alle loro;
- è ad un livello paritario con le persone a cui presta aiuto, questo permette l'espressione libera del proprio disagio. Con un superiore ci potrebbero essere dei 'freni' per la paura di avere ripercussioni negative sul lavoro (demansionamento, inidoneità...)
- riduce il rischio di stigmatizzazione, legato ad un contatto diretto con lo specialista della salute mentale. Per paura di sentirsi patologizzati, molti potrebbero rinunciare a cercare aiuto e soffocare il proprio disagio.
- Consente un intervento tempestivo proprio perché fa parte dell'organizzazione. I costi e i tempi per attivare azioni di supporto sono molto più contenuti. Inoltre, poiché gli interventi sono più efficaci quanto più sono precoci, il *pari* unisce i vantaggi di un dispendio minore e un risultato migliore.

C'è poi da rilevare un fatto che accomuna le diverse Centrali Operative del 118 lombarde: la sensibilizzazione al riguardo era maturata grazie agli incontri periodici dei GAT¹², ma sono stati proprio episodi di incidenti critici che, palesando l'urgenza di dover fare qualcosa, hanno dato la spinta per iniziare concretamente i progetti.

¹² GAT Gruppi di Approfondimento Tecnico (con la nascita dell'AREU sono diventati LAS Laboratori di Approfondimento Scientifico): sono incontri periodici tra alcuni rappresentanti di ogni Centrale Operativa lombarda; ne esistono di diversi a seconda della tematica di cui si occupano. Qui si fa

4.3 COME SI ARTICOLA UN PROGRAMMA DI SUPPORTO TRA *PARI*

Le fasi in cui si articola un programma di supporto tra *pari* sono:

- la scelta degli operatori
- la formazione degli operatori
- il lavoro vero e proprio del 'pari' e la costante supervisione da parte dei professionisti della salute mentale (psicologi dell'emergenza e psicoterapeuti)
- l'aggiornamento e il confronto periodico tra gli operatori *pari*, importante per monitorare insieme l'andamento del lavoro

LA SCELTA DEGLI OPERATORI

La scelta di chi può diventare 'pari' avviene con modalità differenti in base all'organizzazione che si considera.

Punto di partenza è la motivazione personale: chi è disposto a diventare *pari* crede nel lavoro di questa figura e vuole provare a mettersi in gioco per un progetto che reputa utile ed importante.

In Polizia sono state svolte delle vere e proprie selezioni, articolate nella valutazione dei curricula dei candidati, di test e questionari psico-attitudinali e di colloqui approfonditi per valutare l'effettiva idoneità al ruolo.

In altri contesti organizzativi, più limitati dal punto di vista numerico, l'adesione al programma avviene su base volontaria, con la considerazione successiva di una serie di criteri di selezione. Viene considerato buon punto di partenza l'essere segnalati dai superiori o dai colleghi come persone alle quali già ci si rivolge in modo informale all'interno dell'organizzazione.

Per il progetto di Varese ad esempio sono stati considerati come criteri selettivi: l'appartenenza alla CO, senza però rivestire un ruolo direttivo, la capacità nel lavoro di gruppo e l'assenza di problematiche personali o familiari gravi negli ultimi 2 anni.

Indipendentemente dal contesto comunque la persona scelta deve possedere alcuni requisiti essenziali. Deve essere una persona credibile che fa parte dell'organizzazione, deve aver maturato una certa esperienza lavorativa e deve aver mostrato di saper gestire in modo efficace precedenti situazioni problematiche. Non

tutti i programmi considerano come criterio indispensabile l'aver superato nella propria vita professionale almeno un evento critico.

Il *pari* poi deve avere un buon rapporto con i colleghi, mostrare capacità empatiche e d'ascolto e sensibilità ai problemi degli altri; deve inoltre garantire di saper rispettare la confidenzialità delle informazioni di cui viene a conoscenza.

È importante chiarire in anticipo quali sono i criteri di selezione sottolineando che un eventuale rifiuto non esprime un giudizio negativo sulla persona, ma è riferito esclusivamente alle caratteristiche del ruolo che il *pari* andrà a ricoprire.

LA FORMAZIONE PER DIVENTARE *PARI*

La formazione per diventare peer supporter prevede un addestramento di base iniziale ed in seguito una serie di richiami formativi standardizzati; il *pari* è formato per lavorare anche in autonomia, ma sa di potersi rivolgere per eventuali dubbi o difficoltà allo specialista della salute mentale.

Gli argomenti trattati nella formazione sono:

- stress e strategie di coping
- evento critico
- disturbi post evento critico; traumatizzazione vicaria
- elaborazione di eventi luttuosi
- abilità di aiuto, tecniche di supporto emotivo e protocollo CISM
- lavoro di squadra e rapporti interpersonali
- capacità di ascolto
- capacità comunicative
- figura del *pari*: ambito e confini di competenza, aspetti etici, collaborazione con professionisti della salute mentale; confronto con esperienze già in corso.

La docenza del corso è affidata a psicologi e psicoterapeuti dell'emergenza, a medici ed altri operatori già formati come *pari*, se presenti.

Le metodologie utilizzate sono diverse e integrate; si va dall'esposizione frontale dei concetti, alla visione di filmati dai contenuti esemplificativi, alla discussione in lavori di gruppo, ad attività di role playing per simulare situazioni concrete.

Il progetto di Varese prevede la formazione di 2 figure di riferimento:

- l'operatore di supporto psicologico, formato all'ascolto empatico e a saper effettuare un primo defusing in autonomia
- il coordinatore di supporto psicologico, che ha una formazione supplementare rispetto all'operatore e lavora in maniera trasversale tra le squadre, coordina le richieste e gli interventi da realizzare e contatta al bisogno lo psicologo dell'emergenza.

Il progetto del Cerchio Blu della polizia municipale di Firenze ha dedicato anche una parte del corso alla produzione di materiale di auto-aiuto, in un'ottica di empowerment. Sono stati prodotti degli opuscoli che trattano di gestione dello stress, eventi critici di servizio, reazioni psicologiche e normalizzazione, strategie di coping; questi fascicoli sono stati poi distribuiti in tutto il Comando, con l'auspicio che siano una lettura utile e un mezzo per far conoscere la figura del *pari*.

CONTATTI

Una volta che il gruppo di *pari* è costituito deve essere fatta conoscere l'esistenza del servizio all'interno dell'organizzazione. È necessario comunicare, cercando di raggiungere tutti, di cosa si tratta e a cosa serve. Bisogna poi dare indicazioni chiare e recapiti validi su come il gruppo può essere contattato in caso di necessità.

Da quanto emerso nelle esperienze prese qui in considerazione solitamente vengono fatti incontri di sensibilizzazione e conoscenza del progetto rivolti a tutti gli operatori delle organizzazioni o ad alcuni di loro, che poi diventano figure 'ponte' tra i soccorritori e i *pari*.

I Vigili del fuoco hanno approfittato di alcune esercitazioni pratiche di soccorso per inserire nelle simulazioni anche l'intervento di supporto psicologico, dando così modo ai presenti di capire come funziona.

Altre esperienze, come quelle della Polizia e della CO 118 di Varese e Lecco intervengono con due possibili modalità. Su richiesta esposta dalla squadra di soccorso, oppure prendendo l'iniziativa del contatto con le squadre di soccorritori intervenuti in eventi critici di particolare rilievo. Attraverso un primo contatto telefonico o di persona col 'caposquadra' viene data la disponibilità del servizio di supporto, in modo assolutamente non invasivo. Si lasciano poi i recapiti per ulteriori contatti, lasciando completamente libera la decisione di fruire del servizio.

Presso la CO 118 di Varese il team di supporto psicologico è attivabile anche dal sito internet, dove possono essere inoltrate richieste anche da parte di singole persone, che siano soccorritori volontari o professionisti.

Da quanto sperimentato finora è emersa in alcuni casi una certa resistenza iniziale nei confronti del servizio di supporto tra *pari*. A volte si tratta della normale perplessità iniziale verso le cose nuove, di cui bisogna ancora afferrare il senso; ciò che non si conosce infatti non può essere apprezzato. Altre volte si tratta di una certa diffidenza verso l'idea di trovarsi per parlare di emozioni, sentimenti, reazioni di disagio.

Per superare queste apprensioni non bisogna far altro che cercare di trasmettere lo spirito con cui il gruppo di *pari* lavora, che è quello dell'ascolto non giudicante e del confronto tra colleghi che hanno vissuto simili situazioni spiacevoli e si aiutano vicendevolmente a superarle.

I fatti dimostrano che il progetto prende piede dopo i primi contatti e incontri col *pari*, proprio grazie al passaparola tra colleghi. Succede semplicemente che più o meno tutti vengono a conoscenza del fatto che al bisogno c'è qualcuno a cui possono rivolgersi.

COME FUNZIONA IL SUPPORTO TRA *PARI*

Prospettiva

Punto di partenza del lavoro del *pari* è il principio dell'autodeterminazione della persona, per cui il *pari* si attiva solo quando c'è una effettiva richiesta di aiuto. Non avrebbe senso infatti un'imposizione obbligatoria, perché sarebbe difficilmente gestibile e diverrebbe controproducente.

La prospettiva con cui il *pari* interviene è preventiva e positiva. Preventiva, perché ha lo scopo di intervenire negli stadi precoci del disagio, cercando di prevenire o contenere i risvolti più pesanti e a lungo termine. Positiva perché volta a promuovere la resilienza personale, cioè la capacità di superare eventi negativi, uscendone trasformati ma non danneggiati, anzi se possibile rafforzati.

Metodi

Il *pari* opera secondo la strategia internazionale denominata PIAS, che ne racchiude le peculiarità: Prossimità, Immediatezza, Aspettativa soddisfatta, Semplicità dell'intervento.

Gli interventi di peer support possono essere inseriti all'interno di un programma integrato di interventi sulla crisi, come il CISM, oppure possono esistere come programma a sé stante.

Il *pari* può lavorare in modo più o meno strutturato; può sfruttare le sue abilità di ascolto e aiuto in modo informale, scambiando due parole con i colleghi, oppure può adottare le metodologie più strutturate del protocollo CISM.

In ogni caso c'è una stretta collaborazione con i professionisti della salute mentale, gli psicologi dell'emergenza e gli psicoterapeuti.

A volte il *pari* lavora autonomamente, grazie a ciò che ha imparato, e riferisce poi in sede di supervisione. È il caso della smobilizzazione, eseguita subito dopo l'evento, o del defusing, eseguito in piccoli gruppi entro 12 ore dall'evento, per l'iniziale stabilizzazione emotiva e per facilitare il ritorno degli operatori al loro contesto di vita personale.

Altre volte il *pari* lavora insieme al professionista, come nel caso del debriefing psicologico. Questo incontro può aver luogo da 1 a 10 giorni dopo l'evento e può essere proficuamente condotto dal professionista affiancato dal *pari*.

Cosa fa il pari

Il *pari* utilizza principalmente tre strumenti: ascolto, valutazione e supporto vero e proprio.

L'*ascolto* è l'attività primaria e cruciale; il peer offre la possibilità di parlare, di esprimere tutto ciò che si prova e si sente dentro; crea un clima empatico di comprensione e accettazione dei vissuti.

L'evento critico è vissuto dai soccorritori con tensione e un susseguirsi di forti emozioni. Il fatto di parlarne a caldo è un'importante valvola di sfogo; molti sentono il bisogno del confronto con chi ha vissuto la stessa esperienza. Dare parola a ciò che si sente è liberatorio e chiarificante.

L'*ascolto* è già un intervento di aiuto che nella sua semplicità operativa racchiude la profonda importanza ed utilità del lavoro del *pari*. Richiede pochi mezzi per essere realizzato, la risorsa fondamentale è il tempo, da trovare per dedicare attenzione ad

una telefonata o ad una chiacchierata in un ambiente tranquillo. Eppure anche in questa apparente semplicità è la forza del *pari*, tutt'altro che banale: il *pari* ha imparato a sviluppare la capacità di ascolto empatico, e la mette in pratica come autentica tecnica di supporto. Nella CO di Varese questa consapevolezza è stata raggiunta e gli operatori molte volte operano proprio al telefono, che permette un intervento tempestivo e per questo prezioso.

Il *pari* poi ha imparato a *valutare* il livello del disagio espresso e sa individuare il tipo di aiuto che è necessario. Può avvalersi di alcune *tecniche di supporto* apprese, autonomamente o in collaborazione con uno psicologo qualificato: la smobilizzazione delle emozioni, il defusing o il debriefing.

Infine, ma essenziale, deve saper riconoscere i segnali che indicano situazioni a rischio di diventare patologiche (depressione, dipendenza da sostanze, Sindrome da stress posttraumatico...) che vanno indirizzate agli specialisti della salute mentale, perché in tali casi la competenza acquisita dal *pari* non è idonea.

Il *pari* lavora anche *col gruppo*: facilita una comunicazione sana ed efficace, circolare, democratica, accogliente; promuove l'espressione emotiva istintiva ed autentica.

Il lavoro del *pari* diventa un momento d'incontro tra persone.

Il *pari* funge da facilitatore all'elaborazione e al superamento del momento difficile e offre informazioni e strumenti per sviluppare l'autoprotezione. Aiuta a capire che è normale essere toccati da eventi critici, proprio per la loro eccezionalità, che ogni reazione è legittima e che non ne esistono di sbagliate. Fa capire che esprimere il proprio disagio non è da intendere come segno di debolezza. Il fatto di lavorare in gruppo e confrontarsi con i compagni di lavoro fa sentire meno soli nel proprio dolore; questo è un ulteriore aiuto per superare il momento difficile.

È necessaria a questo punto una precisazione, relativa agli incontri di debriefing organizzati in seguito ad eventi di una certa portata. Questi appuntamenti nel progetto della CO di Varese sono condotti da uno psicologo e da un *pari* e coinvolgono tutti i soccorritori che erano presenti all'evento critico. Ci potranno essere quindi soccorritori con qualifiche e ruoli diversi: dal volontario di ambulanza al vigile del fuoco al medico rianimatore. Il *pari* in questi casi non è per tutti i presenti un collega. Il suo essere *pari* assume in questo caso un significato più ampio. È *pari* perché è un soccorritore, così come tutti i partecipanti. Ed il gruppo è omogeneo non

per il ruolo che ciascuno ha avuto, ma perché ognuno ha vissuto l'evento in veste di soccorritore. Tali gruppi saranno costituiti anche da 10-12 persone. È importante che all'inizio ci sia la presentazione di ciascuno. Solo a questo punto si crea davvero *il gruppo* di soccorritori con cui si lavora affinché insieme agli altri ognuno possa rielaborare il proprio vissuto di un evento che li ha visti tutti partecipi.

Il *pari* stimola le persone perché maturino la consapevolezza di ciò che è successo e superando il disagio ne possano trarre occasione di crescita personale.

Così il supporto tra *pari* diventa anche un modo per accrescere l'autostima e l'autoefficacia, sviluppando l'autoprotezione, risorsa indispensabile per chi lavora tutti i giorni in emergenza, e deve saper reggere a future sollecitazioni simili.

Il *pari* infine può fungere da ponte strategico per far mettere in contatto le persone che lo richiedono con lo specialista della salute mentale. Può succedere infatti che qualche soccorritore senta il bisogno di avere un colloquio con lo psicologo, ma non sappia come muoversi per trovarlo.

D'altro canto, per casi in cui lo psicologo è visto con riluttanza o timore, può essere che il colloquio preliminare con il *pari* sia utile perché il consiglio di rivolgersi allo specialista sia più facilmente accettato.

Riservatezza

A premessa di ogni incontro il *pari* deve chiarire e assicurare che ciò di cui si parla è e resterà del tutto confidenziale tra i presenti.

La garanzia di riservatezza è fondamentale perché quando si va a parlare di questioni personali è necessario tutelare chi si espone e 'mette a nudo' la propria vulnerabilità.

Alla base dell'incontro col *pari* c'è la profonda fiducia verso questa persona, che viene reputata all'altezza del delicato compito di ascoltare il proprio disagio di soccorritore e dare conforto. Questa sorta di 'complicità' è il fulcro del supporto tra *pari*, che funziona proprio perché tra buoni colleghi c'è rispetto, comprensione reciproca e stima.

Errori

Il *pari* deve sforzarsi per non cadere nell'errore di:

- parlare soprattutto di se stesso

- incoraggiare la dipendenza
- rompere la riservatezza
- dare consigli troppo direttivi
- dare giudizi e arrivare a conclusioni in base alle convinzioni personali
- presupporre di sapere per certo ciò che è meglio per gli altri

COSA NON E' IL SUPPORTO TRA *PARI*

Il supporto tra *pari* non è un circolo di malati che si piange addosso, perché chi esprime il proprio disagio non è malato e perché l'ottica è quella di un aiuto al superamento del problema.

Il *pari* ha sempre ben presente l'idea che nel momento in cui il disagio c'è è sbagliato negarlo, ma è anche sbagliato enfatizzarlo, poiché l'aiuto mira alla normalizzazione delle reazioni.

Non deve creare inutili allarmismi, ma sapere che il suo compito è solo quello di prevenire la comparsa di disturbi più profondi e a lungo termine.

Il *pari* non è da considerare uno 'pseudopsicoterapeuta', non fa interventi terapeutici perché questo non gli spetta.

Il *pari* non si occupa di situazioni che esulano il contesto lavorativo come possono essere problemi familiari, personali o dell'organizzazione del lavoro. E' vero che il disagio individuale non è divisibile in comparti stagni, perché permea tutta la persona; ma il *pari* non ha la competenza per occuparsi di problemi così complessi. Il suo intervento è relativo al supporto necessario dopo eventi critici di lavoro.

PUNTI DI FORZA

Riassumendo, ciò che rende il supporto tra *pari* un metodo funzionale è:

- la comprensione facilitata grazie alla condivisione lavorativa
- la possibilità di ascolto non giudicante e dialogo libero
- l'ottica preventiva e positiva
- la normalizzazione del disagio
- l'accessibilità con costi e tempi ridotti

CRITICITA'

- richiede investimenti di risorse, sia nella fase iniziale per selezionare e formare gli operatori sia continuativamente nel tempo per seguire il progetto
- all'inizio può esserci una certa diffidenza verso il servizio
- può essere rifiutato dai colleghi; in tal caso l'utilità è vana
- il *pari* non è tenuto al segreto professionale
- quando si devono organizzare incontri di gruppo può essere difficile trovare una data agevole per tutti, ed anche riuscire a contattare tutti in tempi rapidi
- quando lo stesso *pari* è emotivamente coinvolto non può farsi carico anche della gestione degli interventi di supporto; per questo motivo è importante creare una rete di *pari*, flessibili in base alle necessità

4.4 L'INFERMIERE *PEER SUPPORTER*

L'infermiere *peer supporter* è la figura di primo riferimento per tutti i soccorritori sanitari dopo un evento critico di lavoro.

La formazione di base del corso di laurea in Infermieristica contiene contenuti basilari di psicologia, che non sono adatti allo scopo di portare un sostegno specifico dopo episodi particolari. L'infermiere per essere *pari* necessita della formazione supplementare acquisendo elementi della Psicologia dell'emergenza.

Quella infermieristica è una professione d'aiuto e per ovvie ragioni viene a contatto con la sofferenza degli altri. Chi sceglie di intraprenderla ne è conscio e mette in conto di imparare con l'esperienza a convivere con gli aspetti dolorosi del proprio lavoro.

Ma nel contesto dell'emergenza, dove i tempi sono serrati e gli eventi inaspettati, l'impatto emotivo di alcune circostanze è più forte. A volte quindi l'infermiere d'emergenza può aver bisogno di una valvola di sfogo e di un aiuto esterno.

L'infermiere *pari* è proprio questo, e col suo intervento di supporto contribuisce alla crescita personale dei propri colleghi, perché possano uscire rafforzati anche dai momenti di difficoltà.

L'infermiere *pari* esprime pienamente il Profilo Professionale, dove dice che "l'assistenza infermieristica è di natura tecnica, educativa e relazionale" (DPR 739/94). Il lavoro del *pari* infatti si esprime nella relazione, che diviene educativa e di promozione personale.

È un infermiere che supera il saper fare tecnico e mira per sé stesso e i suoi colleghi al *saper essere* in emergenza.

È opportuno evidenziare che l'infermiere *pari* è una grande risorsa anche per tutte le persone che fanno soccorso come volontari. I numeri del volontariato sono ragguardevoli. I soccorritori volontari sono ancora più vulnerabili dei professionisti, perché non fanno soccorso per lavoro e perché la loro formazione sui risvolti psicologici del soccorso è minima.

Bisogna poi tenere presente che il volontario fa soccorso durante turni periodici. Al di fuori del turno ha un'occupazione lavorativa che può essere la più varia. A differenza dell'infermiere non ha e non può avere una rete di colleghi di supporto, nè può ricevere una formazione per diventare *pari*.

Ecco allora che il supporto post-evento diventa ancora più cruciale, per i soccorritori volontari, e l'infermiere *peer supporter* diventa un punto di riferimento prezioso.

Il punto di contatto tra gli equipaggi volontari e il sistema 118 è la Centrale Operativa; l'infermiere *pari* di centrale è la persona a cui i volontari si possono rivolgere sapendo di parlare con qualcuno che li capisce, perché fa soccorso, e li aiuta emotivamente, perché ne è capace.

Allo stato attuale gli infermieri *pari* esistono solo in alcune CO 118. Grazie ai GAT lombardi è prevedibile ed auspicabile che la metodologia si diffonda in tutte le centrali operative regionali. La rete di *pari* trasversale nelle CO potrà lavorare in modo flessibile, e soprattutto crescere attraverso il confronto reciproco.

Potrebbe inoltre risultare utile anche nell'evenienza di maxi-emergenze, perché potrebbe essere mobilitata velocemente una risorsa di supporto preesistente e funzionale.

Infine l'idea dell'infermiere *pari* potrebbe essere estesa anche a realtà operative ospedaliere, poiché i luoghi dove si verificano gli incidenti critici sono svariati e si estendono oltre i confini del contesto emergenza-urgenza in senso stretto.

CONCLUSIONI

Nel lavoro in emergenza ci sono casi in cui chi interviene per prestare soccorso ha un impatto diretto con la sofferenza umana e la morte, e vive reazioni di stress emotivo insolitamente elevato.

Fino ad ora in Italia i sistemi del soccorso non hanno previsto la possibilità per i soccorritori di ricevere un supporto adeguato nel post evento critico.

Da alcuni anni si sta sperimentando una forma di sostegno definito 'supporto tra *pari*'. L'idea nasce dalla collaborazione tra i professionisti del soccorso, in primo luogo infermieri, e professionisti della salute mentale, specializzati in psicologia dell'emergenza.

Tale metodologia consiste nel selezionare e formare alcuni professionisti del soccorso perché diventino capaci di aiutare i colleghi che vivono forme di disagio emotivo.

Questi operatori *pari*, essendo interni ai sistemi del soccorso, possono fornire un supporto tempestivo e per questo prezioso nel post evento.

Nell'ambito del soccorso sanitario il ruolo del *pari* è calzante per l'infermiere. L'infermiere *peer supporter* oltre che lavorare con i propri colleghi si presta ad essere il punto di riferimento a cui si possono rivolgere tutti i soccorritori volontari.

Con questo lavoro ho confrontato alcuni dei progetti in corso in Italia ed ho potuto estrapolare un modello generale di articolazione del 'supporto tra *pari*'. Ho analizzato questa metodologia nelle varie fasi in cui si sviluppa ed ho messo in risalto i punti di forza e debolezza emersi nelle varie realtà.

Al momento i progetti sono in fase sperimentale; l'idea sembra riscuotere successo e apprezzamento da parte degli operatori *pari* coinvolti e di chi fruisce del loro servizio. Le variabili in gioco sono soggettive e qualitative, quindi non è immediato avere un riscontro di validità.

Solo in futuro, quando i progetti avranno un corso di durata apprezzabile, sarà possibile pensare di realizzare studi di ricerca per poter formulare una valutazione di efficacia della metodologia.

L'infermiere *pari* può esistere solo se oltre alla sensibilità al riguardo c'è la volontà amministrativa, che si concretizza nel finanziare e sostenere l'attuazione dei progetti durante il loro corso.

È auspicabile che questo avvenga perché sarebbe segno tangibile dell'interessamento aziendale, e istituzionale in genere, per la tutela delle risorse umane e di tutti i professionisti che lavorano nel soccorso sanitario.

L'impatto degli eventi critici sugli infermieri si riflette sul benessere individuale complessivo: oltre alla sofferenza personale, compromette direttamente la capacità lavorativa. È ciò che avviene quando cala la performance lavorativa, l'infermiere va in burn-out o chiede il trasferimento.

È un peccato lasciare sfumare così la competenza professionale, perché significa perderla per sempre.

Destinare risorse per creare un ambiente di lavoro che protegga il benessere dei propri dipendenti è un investimento in ottica lungimirante, perché salvaguarda la risorsa più preziosa, quella umana.

Il supporto tra *pari* può avviare un circolo virtuoso di tutela e promozione della professionalità infermieristica.

Per tornare a riflettere sull'esperienza personale che ho riportato all'inizio di questo lavoro:

Ora posso dire che mi avrebbe fatto piacere incontrare un infermiere *pari* dopo quell'incidente; sarebbe servito a tutta la mia squadra, e chissà, forse Francesca verrebbe ancora al Cosp.

INDICAZIONI BIBLIOGRAFICHE

AXIA V., 2006, "Disastri, emergenza e psicologia", in Axia V., *Emergenza e psicologia*, Il Mulino, Bologna, pp 11-26

AXIA V., 2006, "Stato di emergenza e trauma", in Axia V., *Emergenza e psicologia*, Il Mulino, Bologna, pp 49-76

AXIA V., 2006, "Il disturbo da stress posttraumatico", in Axia V., *Emergenza e psicologia*, Il Mulino, Bologna, pp 137-158

BAGNATO M.P., RUOZZI A., 2004, "Psicologia dell'emergenza", in *Appunti per il volontario soccorritore ANPAS*, Manuale ANPAS (Associazione nazionale pubbliche assistenze), Modena, pp 153-160

CALDARA L., PRATI G., "Il supporto tra pari nella Polizia Cantonale Ticinese", *N&A Psicologia nell'emergenza*, 8, 2008, pp 2-7

CANTERBURY R., YULE W., 2000, "Il debriefing e gli interventi in fase di crisi" in Yule W, *Disturbo post-traumatico da stress*, McGraw-Hill, Milano, pp 195-210

CASTELLI C., SBATTELLA F., 2003, "Emozioni, stress e traumi", in Castelli C., SbatteLLa F., *Psicologia dei disastri*, Carocci editore, Roma, pp 85-138

CASTELLI C., SBATTELLA F., 2003, "Interventi psicologici, educativi e sociali", in Castelli C., SbatteLLa F., *Psicologia dei disastri*, Carocci editore, Roma, pp 139-172

CUSANO M., 2002, "Reazioni psicologiche nelle situazioni di crisi", in Lo Iacono A. e Troiano M (a cura di) *Psicologia dell'emergenza*, Editori Riuniti, Roma, pp 37-43

CUSANO M., NAPOLI A., 2003, "Fondamenti di psicologia dell'emergenza" in Giannantonio M (a cura di) *Psicotraumatologia e psicologia dell'emergenza*, Ecomind, Salerno, pp 327-343

DI FRESCO C., "... Ma per noi soccorritori non si può fare niente?", *N&A Psicologia nell'emergenza*, 7, 2007, pp 4-7

DSM-IV-TR Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali, quarta edizione italiana a cura di Andreoli V., Cassano G.B., Rossi R., 2000, Masson, Milano, pp 497-507

FIORAVANZO R. "Costituzione e formazione unità di supporto psico-sociale nei SSUEm della Regione Lombardia" Atti del corso per la costituzione e formazione unità di supporto psico-sociale nei SSUEm 118 della Regione Lombardia, I.Re.F. Scuola di Direzione in Sanità, Milano, edizione 2007

FERNANDEZ I., LARDO T., TROIANO M., 2002, "Modalità e tecniche psicologiche operative", in Lo Iacono A. e Troiano M (a cura di) *Psicologia dell'emergenza*, Editori Riuniti, Roma, pp 71-85

GIANNANTONIO M., "Eventi traumatici: cosa sono e le loro conseguenze a breve e a lungo termine", Atti del corso per la costituzione e formazione unità di supporto psico-sociale nei SSUEm 118 della Regione Lombardia, I.Re.F. Scuola di Direzione in Sanità, Milano, edizione 2007

GIANNANTONIO M., 2003, "I disturbi postraumatici e connessi allo stress: categorie diagnostiche" in Giannantonio M (a cura di) *Psicotraumatologia e psicologia dell'emergenza*, Ecomind, Salerno, pp 27-54

GIANNANTONIO M., 2003, "Teoretica e clinica dei disturbi postraumatici" in Giannantonio M (a cura di) *Psicotraumatologia e psicologia dell'emergenza*, Ecomind, Salerno, pp 55-69

NAPOLI A., 2003, "L'intervento di psicologia dell'emergenza nelle catastrofi" in Giannantonio M. (a cura di) *Psicotraumatologia e psicologia dell'emergenza*, Ecomind, Salerno, pp 345-364

PEZZULLO L., "Lineamenti di psicologia dell'emergenza", Atti del corso per la costituzione e formazione unità di supporto psico-sociale nei SSUEm 118 della Regione Lombardia, I.Re.F. Scuola di Direzione in Sanità, Milano, edizione 2007

PIETRANTONI L., PALESTINI L., PRATI G., "Il supporto tra pari negli operatori dell'emergenza", *N&A Psicologia nell'emergenza*, 7, 2007, pp 16-19

PIETRANTONI L., PRATI G., 2009, "L'intervento psicosociale postevento", in Pietrantoni L., Prati G., *Psicologia dell'emergenza*, Il Mulino Itinerari, Bologna, pp 189-207

PRATI G., PIETRANTONI L., LORI G., "La formazione di un gruppo di supporto tra pari in polizia municipale a Firenze: il 'cerchio blu'", Atti 6° Convegno Nazionale, *La prevenzione nella scuola e nella comunità*, 2007, Padova

PRATI G., LORI G., PIETRANTONI L., PALESTINI L., "Il cerchio blu", *N&A Psicologia nell'emergenza*, 8, 2008, pp 8-11

SOLOMON R.M., MACY R.D., 2003, "La gestione dello stress da eventi critici" in Giannantonio M (a cura di) *Psicotraumatologia e psicologia dell'emergenza*, Ecomind, Salerno, pp 365-387

TREMONTE G., "Distuggere il silenzio, per crescere insieme", *N&A Psicologia nell'emergenza*, 4, 2007, pp 24-25

TREMONTE G., "Tecniche di Defusing e debriefing peer to peer per soccorritori volontari e professionisti"; Atti del corso per la costituzione e formazione unità di supporto psico-sociale nei SSUEm 118 della Regione Lombardia, I.Re.F. Scuola di Direzione in Sanità, Milano, edizione 2007

YOUNG B.H. et al, 2002, "Aiutare i soccorritori" in Young B.H. et al, *L'assistenza psicologica nelle emergenze*, Erickson, Gardolo Trento, pp127-142

YULE W., WILLIAMS R., JOSEPH S., 2000, "Il disturbo post-traumatico da stress negli adulti" in Yule W, *Disturbo post-traumatico da stress*, McGraw-Hill, Milano, pp 1-20

ZULIANI A., 2006, "I soccorritori" in Zuliani A., *Manuale di Psicologia dell'emergenza*, Maggioli Editore, Rimini, pp 103-151

ZULIANI A., DE MARZI K., "Il peer supporter: un modello da conoscere e su cui riflettere", *PdE Rivista di psicologia applicata all'emergenza, alla sicurezza e all'ambiente*, 6, 2006, pp 4-7

Atti del seminario "Dopo la sirena... il silenzio - aspetti psicologici del soccorso" organizzato dalla Scuola permanente della medicina critica, dell'emergenza e dei disastri; Tavernerio (CO), 23 maggio 2009

NORMATIVA

DPR 27 marzo 1992 *Atto di indirizzo e coordinamento alle Regioni per la determinazione dei livelli di assistenza sanitaria di emergenza*

Accordo 22 maggio 2003 tra il Ministro della Salute, le Regioni e le province autonome di Trento e Bolzano sul documento recante le "*Linee guida su formazione, aggiornamento e addestramento permanente del personale operante nel sistema di emergenza/urgenza*"

DM n° 739 del 14 settembre 1994, *Regolamento concernente l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'infermiere*

Legge n° 42 del 26 febbraio 1999, *Disposizioni in materia di professioni sanitarie*

Direttiva del Presidente del Consiglio dei Ministri del 13 giugno 2006 *Criteri di massima sugli interventi psico-sociali da attuare nelle catastrofi*

SITOGRAFIA

www.counselling-care.it

www.areas.lombardia.it

www.studiozuliani.it

www.psicotraumatologia.org

www.sipem.org

<http://emergenze.psice.unibo.it/>