

# **Dott. Carmelo Di Fresco**

**Psicologo**

**esperto in Psychological Disaster Management**

**Presidente S.I.P.E.M. Sicilia**

**[linodifresco@libero.it](mailto:linodifresco@libero.it)**

***IL TRAUMA  
DELLA VITTIMA  
E DEL SOCCORRITORE***

# UN CENNO STORICO SUI DISTURBI POST-TRAUMATICI

## Guerra del Vietnam (1965-1975)

Nel 1968 , durante il conflitto con il Vietnam, il **trauma da guerra** era ritenuto così raro che l'Associazione Psichiatrica Americana eliminò dalla nuova edizione del DSM ogni menzione dei disturbi da stress

**1980**

Dopo 12 anni , con il DSM III , le  
sofferenze dei reduci del Vietnam  
furono formalmente riconosciute ed  
etichettate come

**Disturbo da Stress Post -Traumatico (DSPT)**

# Concetti di **stress**, **trauma** e **traumatizzazione** (diretta e indiretta)

Per chiarire meglio il quadro che affronteremo, verranno approfonditi, di seguito, i concetti di:

- **stress**
- **trauma**
- **traumatizzazione (diretta e indiretta)**

# LO STRESS

- Di solito, quando si parla di *stress*, ci si riferisce sia ai fattori e alle situazioni che lo scatenano, sia alla complessa reazione di risposta (psicologica, fisica ed emotiva) della persona, come adattamento a situazioni, avvenimenti, eventi, vissuti come problematici;

- Di per sé non è una malattia, ma può causare problemi di salute mentale e fisica se si manifesta con forte intensità e/o perdura nel tempo.

Utilizzando dei termini che rendano più chiara la distinzione tra i diversi aspetti, si parla più correttamente di:

- ***stressors***: fattori ambientali, di carattere fisico e/o psico-sociale, che scatenano la risposta
- ***strain***: stato di tensione quale risposta psico-fisiologica del soggetto
- ***coping strategies***: strategie adottate dall'individuo per fronteggiare e superare lo stato di strain



# Stressors:

## EVENTI **INDIVIDUALI** POTENZIALMENTE TRAUMATICI

- Furto, rapina, scippo
- Violenza fisica
- Violenza sessuale
- Molestia sessuale
- Incidente automobilistico

- Incidente sul lavoro
- Lutto
- Diagnosi medica infausta
- Infarto del miocardio
- Testimone di particolari eventi
- Assistenza ad un malato
- Interruzione di gravidanza involontaria o volontaria
- Ecc..

# Stressors:

## EVENTI COLLETTIVI POTENZIALMENTE TRAUMATICI

### CATASTROFI NATURALI:

- Eventi geologici (terremoti, maremoti, eruzioni vulcaniche)
- Eventi meteorologici (piogge sovrabbondanti, siccità, trombe d'aria, tifoni, uragani, neve, ghiaccio, grandine sovrabbondanti)
- Eventi idrogeologici (alluvioni, esondazioni, frane, valanghe-slavine, collasso di ghiacciai)

## CATASTROFI TECNOLOGICHE:

- Incidenti di rilievo in attività industriali (rilascio di sostanze inquinanti o tossiche, rilascio di radiazioni, esplosione, incendio)
- Incidenti nei trasporti (aerei, ferroviari, marittimi, stradali)
- Collasso dei sistemi tecnologici (black-out elettrico, black-out informatico, interruzione del rifornimento idrico, collasso di dighe e bacini)
- Incendi (boschivi, urbani, industriali, tunnel e trafori)
- Crolli di immobili e grandi strutture (palazzi, ospedali, ponti, strutture, soprelevate)

## CATASTROFI SOCIALI:

- Eventi socio-politici (conflitti armati, atti terroristici, sommosse, impiego di armi: chimiche, biologiche e nucleari)
- Eventi socio-sanitari (epidemie)
- Eventi socio-economici (carestie)
- Esodi (migrazioni forzate o volontarie di grandi numeri di persone)

La valenza negativa comunemente attribuita alla reazione di stress (o meglio, strain) è fuorviante. Più correttamente:

- **eustress**: la reazione di stress positivo; consiste nella risposta del soggetto ad una situazione problematica, nella quale vengono messe alla prova le sue capacità, per farvi fronte; in questa situazione l'esperienza viene vissuta dalla persona come costruttiva, gratificante e può avere come risultato la crescita prestazionale
- **distress**: la reazione di stress assume valenza negativa solo quando viene vissuta dal soggetto come fonte di difficoltà e sofferenza; in questi casi egli non sempre riesce a fronteggiarla in maniera adattiva e può andare incontro ad un progressivo logorio psico-fisico, fino al cedimento delle abituali difese e alle conseguenze patologiche che ne derivano

# Il concetto di COPING

L'insieme degli sforzi cognitivi e comportamentali, in continuo mutamento, che l'individuo compie al fine di gestire situazioni che egli considera potenzialmente lesive e logoranti.

# Qualità del “COPER” efficace

- **Flessibilità:** *capacità di concepire e considerare progetti alternativi*
- **Lungimiranza:** *capacità di prevedere gli effetti a lungo termine delle risposte di coping*
- **Razionalità:** *capacità di fare valutazioni accurate*



# Le 2 fasi valutative del COPING

- **Valutazione primaria:** un evento genera un senso di danno o di perdita?
- **Valutazione secondaria:** la situazione è modificabile e controllabile oppure no?

# Esempi di risposte di coping FUNZIONALI

- Cercare il sostegno sociale
- Confrontarsi
- Prendere le distanze
- Autocontrollo
- Fare esercizio fisico
- Autorilassarsi
- Accettare le responsabilità
- Usare fuga ed evitamento
- Usare il processo di risoluzione dei problemi
- Rivalutarsi positivamente

# Esempi di risposte di coping DISFUNZIONALI

- Chiedere approvazione
- Avere alte aspettative di sé
- Accusare
- Manifestare vulnerabilità emozionale
- Avere eccessiva preoccupazione ansiosa
- Eludere il problema
- Avere dipendenza
- Manifestare impotenza

# IL TRAUMA

Il concetto di trauma deriva dal greco  
*trauma-atos*  
e significa *lacerazione*

- **Pieron** nel **1951** lo definì come “*un’emozione violenta capace di modificare in modo permanente la personalità di un individuo sensibilizzandolo alle successive analoghe esperienze emotive*”
- **J. Mitchell e G. Everly, 1996**, : Il trauma può essere pure definito come “*Qualsiasi situazione che porti le persone a provare reazioni emotive particolarmente forti, tali da interferire con le loro capacità di funzionare sia al momento che in seguito*”

■ Per il **DSM IV, 1994**, il trauma è *“Un evento vissuto al di fuori della norma, estremo, violento, lesivo, che minaccia o ferisce l’integrità fisica e psichica di un singolo o di un gruppo di persone; in genere richiede uno sforzo inabituale per essere superato”*.

Come si vedrà di seguito, eventi particolarmente stressanti, soprattutto se intensi, prolungati e/o ripetuti nel tempo, possono esitare in quadri psicopatologici anche gravi, che possono compromettere la qualità e la serenità della vita delle vittime.

Il nesso causale evento-trauma non è automatico:

- SOLO IN UNA % DI CASI AGLI STRESSORS  
SEGUE UN TRAUMA
- DUE PERSONE ESPOSTE ALLO STESSO  
EVENTO CRITICO POSSONO DARE  
RISPOSTE DIVERSE

# I fattori di rischio che predispongono al trauma sono:

- Biologici
- Psicologici
- Psicosociali
- Interpersonali



# Biologici:

- Predisposizione genetica alla vulnerabilità (es. ansia, depressione, QI, sesso)
- Predisposizione biologica non genetica (es. esperienze durante la vita intrauterina, esposizioni successive a particolari diete, sostanze tossiche o altre esperienze ambientali, età)
- Alterazioni biologiche seguenti a traumi pregressi
- L'appartenere al **sexso femminile** è un fattore di vulnerabilità biologica. Sebbene gli uomini siano più esposti delle donne alla possibilità di vivere un'esperienza traumatica, le donne lo sono maggiormente a quelli più gravi. Il 60,7% degli uomini e il 51,2% delle donne, infatti, hanno avuto almeno un'esperienza traumatica (secondo i criteri del DSM-III R e dell'ICD 10).

- I traumi più spesso associati a PTSD negli uomini e nelle donne sono stupro, abuso fisico infantile, trascuratezza infantile e combattimento bellico; i primi tre però sono più frequentemente sperimentati dalle donne, mentre il combattimento bellico, per questioni culturali, è più rappresentato negli uomini.
- Insieme, stupro e molestie, causano il 49% di tutti i casi di PTSD nelle donne (Kessler et al., 1999). Le donne esposte ad un trauma hanno più del doppio della possibilità di un uomo di sviluppare un PTSD (20,4% donne, 8,2% uomini).

# Psicologici:

- di *esposizione*.
- di *reazione a*:
  - a) **Caratteristiche dell'evento**
  - b) **Caratteristiche dell'individuo/contexto sociale:**
    - Traumi pregressi.
    - Disturbi psicologici e psichiatrici precedenti.
    - Reazione peri-traumatica ed immediatamente successiva.
    - Caratteristiche di personalità.
    - Variabili interpersonali.
    - Quoziente intellettivo.

# Trauma e ATTACCAMENTO

- «Il comportamento di attaccamento è quella forma di comportamento che si manifesta in una persona che consegue o mantiene una prossimità nei confronti di un'altra, chiaramente identificata, ritenuta in grado di affrontare il mondo in modo adeguato. Questo comportamento diventa evidente ogni volta che la persona è spaventata, affaticata o malata, e si attenua quando si ricevono conforto e cure» (Bowlby, 1988).

- «Un **sistema innato di conoscenza procedurale**, ovvero come un algoritmo innato per l'elaborazione di una particolare classe d'informazioni sociali; informazioni riguardanti la maggiore o minore vicinanza di un membro protettivo e ben conosciuto del proprio gruppo sociale», «un insieme di **regole tacite** che guidano la condotta verso il perseguimento di una precisa meta» (Rezzonico, Ruberti, 1996).

# Persone maggiormente a rischio di sviluppare disturbi a lungo termine:

- bambini
- anziani
- persone non autosufficienti
- persone senza supporto sociale
- persone in psicoterapia e/o in terapia psicofarmacologica prima dell'evento traumatico
- persone soggette a depressione ciclica già in precedenza
- persone che sono entrate in contatto con cadaveri
- persone affette da malattie croniche gravi o invalidanti
- persone coinvolte da lutto per morti cruente o senza ritrovamento del corpo

# In sintesi, un trauma deriva da:

## FATTORI DI RISCHIO

(età, sesso, storia personale, modelli di attaccamento, precedenti traumi, Supporto sociale, ecc..)

## ESPOSIZIONE ALL'EVENTO

## ELABORAZIONE PERCETTIVA

## VALUTAZIONE COMPLESSIVA

(schemi cognitivi, modulazione delle emozioni, coping ...)

# ***ESITO***

# **Gli *helper's professionals* sono ESENTI ?**

In situazioni d'emergenza, le persone esposte a stressors di varia natura (e potenzialmente a traumi) appartengono a diverse categorie. Non sono esenti gli *helper's professionals*.



# LA TRAUMATIZZAZIONE:

- Diretta
- Indiretta: **Vicaria e Mediata**

**Diretta:** eventi vissuti direttamente,  
esperienza personale diretta

## Indiretta:

- **Vicaria:** assistere, essere presenti ad un evento grave, esserne testimone, spettatore (identificazione)
- **Mediata:** eventi estremi vissuti da altri di cui si viene a conoscenza, (potenzialità psicotraumatica dei media)

# TIPIZZAZIONE DELLE VITTIME

- Come è ormai ampiamente accettato nell'ambito della Psicologia dell'Emergenza, si possono distinguere diversi tipi di vittime.

Taylor e Frazier (1989) hanno proposto di differenziare ben sei tipi, così come segue:

- **VITTIME DEL PRIMO TIPO:**  
chi subisce in maniera diretta l'evento
- **VITTIME DEL SECONDO TIPO:**  
parenti e persone care delle vittime del primo tipo

- **VITTIME DEL TERZO TIPO:**  
**personale di soccorso**
- **VITTIME DEL QUARTO TIPO:**  
la comunità coinvolta nell'evento e chi in qualche modo ne è eventualmente responsabile
- **VITTIME DEL QUINTO TIPO:**  
individui il cui equilibrio psichico è tale che anche se non coinvolti direttamente nel disastro possono reagire con un disturbo emozionale
- **VITTIME DEL SESTO TIPO:**  
persone che per un diverso concorso di circostanze avrebbero potuto essere loro stesse vittime del primo tipo.

# FATTORI DI RISCHIO TIPICI PER IL PERSONALE DI SOCCORSO

Alcuni sono in comune con la popolazione generale, ma ve ne sono alcuni che riguardano i soccorritori; questi ultimi possono essere:

- **oggettivi** (ad es. la morte di un collega; gravi danni a persone o la loro morte, soprattutto se sono bambini; eventi che coinvolgono molte persone; la necessità di compiere scelte difficili ed importanti in tempi brevi; ecc.)
- **soggettivi** (ad es. conoscere poco le reazioni psico-fisiologiche agli stressors; la carenza di idonee strategie di coping; la presenza di traumi pregressi e non elaborati; l'eccessiva identificazione con le vittime o l'eccessivo distacco da esse; ecc.)
- **legati all'Organizzazione** (ad es. la mancanza della selezione del personale e/o la sua formazione; l'inadeguatezza della comunicazione; i conflitti tra operatori e con l'Organizzazione; i ritmi di lavoro eccessivi e in ambienti angusti; l'assenza di sostegno psicologico al personale di soccorso).

# La traumatizzazione indiretta: curare può logorare!

- Il termine *traumatizzazione secondaria* (o indiretta) si riferisce al fatto che una persona può sviluppare un trauma per il semplice motivo che ha assistito ad un evento stressante, come “spettatore”, o perchè ne è venuta a conoscenza ed ha subito gli effetti che il vissuto traumatico delle vittime esercita su di lei; tale traumatizzazione riguarda sia il cittadino comune, sia il soccorritore.

- Comunemente si crede che il soccorritore, al di là della sua preparazione e competenza specifiche in materia, sia capace di affrontare e superare anche le situazioni emergenziali più difficili, senza riportare danni a carico della propria persona.
- Il soccorritore, in linea di massima, negli anni, riesce a sviluppare sul campo una soglia di tollerabilità piuttosto alta agli eventi stressanti che ai più sarebbero insopportabili; ciò nonostante, se non ha maturato, mantenuto vitali ed integrato continuamente le sue capacità di **sapere, saper fare e saper essere**, necessari ad ogni professionista d'aiuto, può andare incontro egli stesso a traumatizzazione vicaria.

- Questo può portare il soccorritore, e tra questi i Volontari, a manifestare squilibri psicologici sia nell'immediato, perché durante le operazioni di soccorso ha assorbito l'atmosfera cruenta e dolorosa degli eventi traumatici, sia successivamente, per via empatica, laddove questi abbia assistito alle sofferenze delle vittime e ascoltato la descrizione degli eventi.



# I *sintomi* da traumatizzazione, sia diretta sia indiretta, possono interessare varie sfere:

- emotiva
- cognitiva
- comportamentale
- somatica
- relazionale

L'interazione dinamica dei fattori di volta in volta coinvolti porta, in molti casi, a quadri psicopatologici diversi, ai quali di seguito si farà cenno.

Nei casi più gravi ...

## **ESEMPIO**

**A New Orleans, in seguito all'uragano Katrina, oltre 200 poliziotti hanno lasciato la divisa; ci sono stati anche un paio di suicidi**

# IMPORTANZA DELLA FORMAZIONE PREVENTIVA (... ma non solo)

- Bolognini e Trombini, 1994, hanno scritto: ***“Medice, cura te ipsum!”***, e chiarendo il concetto continuano: *“Medico (o comunque terapeuta di vario genere e grado): abbi cura di te stesso!”: poiché così tu potrai vivere e lavorare sufficientemente bene, e provvedere per quanto possibile alla cura degli altri”*

# Il soccorritore deve poter contare su solide risorse psichiche e fisiche

Quanto detto fa risaltare due aspetti, che sono centrali per l'argomento trattato:

- con il termine “vittime” non si possono più intendere solo coloro i quali hanno assistito direttamente all'evento
- anche gli operatori di soccorso in molti casi possono trasformarsi in persone da soccorrere

**PURTROPPO, SPESSO,  
LA FORMAZIONE PREVENTIVA  
E' CARENTE,  
SOTTOVALUTATA O ADDIRITTURA ASSENTE**

# QUADRI PSICOPATOLOGICI connessi a stress e trauma

- Giannantonio e Cusano: *“I disturbi post-traumatici del personale coinvolto in situazioni di emergenza presentano, ovviamente, sovrapposizioni con gli stessi disturbi presenti nella popolazione generale, ma anche alcune specificità degne di particolare attenzione”*

Tra le psicopatologie riconosciute dai **sistemi di classificazione più diffusi**, per l'approfondimento delle quali si rimanda al DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000), si devono ricordare:

- Disturbo Post-Traumatico da Stress (PTSD)
- Disturbo Acuto da Stress (ASD)
- Disturbi dell'Adattamento
- Disturbo Psicotico Breve con Rilevante Fattore di Stress

# Categorie diagnostiche **non ufficiali**, ma ugualmente limitanti per la persona:

- Disturbo Post-Traumatico Complesso
- Disturbo Post-Traumatico da Stress in remissione Parziale o Sottosoglia



# Altri disturbi legati ad eventi stressanti e traumatici riguardano:

- Disturbi d'Ansia
- Disturbi dell'Umore
- Disturbi dell'Alimentazione
- Disturbi Sessuali
- Disturbi di Personalità
- Disturbi Dissociativi
- Disturbi Somatoformi
- Disturbi correlati all'abuso di sostanze

# **Disturbo post-traumatico da stress COMPLESSO (Herman, 1992)**

Non inserito nel DSM-IV-TR, ma molto conosciuto.

Si caratterizza soprattutto per l'inclusione nel concetto di PTSD di caratteristiche associate all'Asse II.

Si pensa che la sindrome si origini da traumi severi, ripetuti e prolungati, soprattutto di natura interpersonale, come ad es. la tortura, la prigionia, l'abuso infantile cronico, maltrattamenti prolungati alle donne da parte dei partners.

In esso, oltre ai sintomi del PTSD possono essere presenti:

dissociazione, somatizzazione, instabilità affettiva, disturbi dell'identità e dei confini della persona, comportamenti autolesionistici, comportamento sessuale impulsivo e rischioso, difficoltà nella modulazione della rabbia e degli affetti in generale, coinvolgimento cronico in relazioni disfunzionali e frustranti, comportamenti autolesionistici e di autosconfitta, sintomi intrusivi di particolare gravità.

# Disturbo Post-Traumatico da Stress

I criteri adottati dal DSM-IV per la diagnosi sono i seguenti:

A. La persona è stata esposta ad un evento traumatico nel quale erano presenti entrambe le caratteristiche seguenti:

1. la persona ha vissuto, ha assistito, o si è confrontata con un evento o con eventi che hanno implicato morte, o minaccia di morte, o gravi lesioni, o una minaccia all'integrità fisica propria o di altri
2. la risposta della persona comprendeva paura intensa, sentimenti di impotenza, o di orrore.

**Nota** Nei bambini questo può essere espresso con comportamento disorganizzato o agitato.

**B.** L'evento traumatico viene rivissuto persistentemente in uno (o più) dei seguenti modi:

1. ricordi spiacevoli ricorrenti e intrusivi dell'evento, che comprendono immagini, pensieri, o percezioni. **Nota** Nei bambini piccoli si possono manifestare giochi ripetitivi in cui vengono espressi temi o aspetti riguardanti il trauma.
2. sogni spiacevoli ricorrenti dell'evento. **Nota** Nei bambini possono essere presenti sogni spaventosi senza contenuto riconoscibile.
3. agire o sentire come se l'evento traumatico si stesse ripresentando (ciò include sensazioni di rivivere l'esperienza, illusioni, allucinazioni, ed episodi dissociativi di flashback, compresi quelli che si manifestano al risveglio o in stato di intossicazione). **Nota** Nei bambini piccoli possono manifestarsi rappresentazioni ripetitive specifiche del trauma.
4. disagio psicologico intenso all'esposizione a fattori scatenanti interni o esterni che simbolizzano o assomigliano a qualche aspetto dell'evento traumatico
5. reattività fisiologica o esposizione a fattori scatenanti interni o esterni che simbolizzano o assomigliano a qualche aspetto dell'evento traumatico.

C. Evitamento persistente degli stimoli associati con il trauma e attenuazione della reattività generale (non presenti prima del trauma), come indicato da tre (o più) dei seguenti elementi:

1. sforzi per evitare pensieri, sensazioni o conversazioni associate con il trauma
2. sforzi per evitare attività, luoghi o persone che evocano ricordi del trauma
3. incapacità di ricordare qualche aspetto importante del trauma
4. riduzione marcata dell'interesse o della partecipazione ad attività significative
5. sentimenti di distacco o di estraneità verso gli altri
6. affettività ridotta (per es. , incapacità di provare sentimenti di amore)
7. sentimenti di diminuzione delle prospettive future (per es. aspettarsi di non poter avere una carriera, un matrimonio o dei figli, o una normale durata della vita).

**D** . Sintomi di aumentato arousal (non presenti prima del trauma), come indicato da almeno due dei seguenti elementi:

1. difficoltà ad addormentarsi o a mantenere il sonno
2. irritabilità o scoppi di collera
3. difficoltà a concentrarsi
4. ipervigilanza
5. esagerate risposte di allarme.

**E** . La durata del disturbo (sintomi ai Criteri B, C e D) è superiore a 1 mese.

**F** . Il disturbo causa disagio clinicamente significativo o menomazione nel funzionamento sociale, lavorativo o in altre aree importanti.

*Specificare se:*

**Acuto:** se la durata dei sintomi è inferiore a 3 mesi

**Cronico:** se la durata dei sintomi è 3 mesi o più.

*Specificare se:*

**Ad esordio ritardato:** se l'esordio dei sintomi avviene almeno 6 mesi dopo l'evento stressante.

# Disturbo Acuto da Stress (ASD)

Questo disturbo, pur essendo sostanzialmente simile al PTSD, se ne differenzia per le caratteristiche seguenti:

- Si manifesta entro le prime quattro settimane dall'evento e dura da un minimo di due giorni ad massimo di quattro settimane, dopo le quali la diagnosi si riformula in PTSD
- Presenta in modo marcato: l'ottundimento emotivo, l'agitazione motoria, la depersonalizzazione e la sensazione di rivivere l'esperienza traumatica
- Presenta in modo più marcato i seguenti disturbi dissociativi: insensibilità, distacco, assenza di reattività emozionale, stordimento, derealizzazione, depersonalizzazione, amnesia dissociativa.



# Quali sono i disturbi più frequenti nei soccorritori ?

Giannantonio e Cusano: *“Il PTSD e l’ASD sono tipicamente associati ad esperienze particolarmente traumatiche, anche croniche, nel personale di intervento in situazioni di soccorso e di emergenza, ma non sono probabilmente i disturbi post-traumatici maggiormente frequenti in questo tipo di popolazione. **I Disturbi dell’Adattamento**, invece, appaiono essere come maggiormente frequenti. Sebbene meno gravi sul piano sintomatologico, in realtà sono molto insidiosi perché possono essere più facilmente nascosti e camuffati, e magari non essere pienamente compresi anche dagli operatori stessi, portandoli a trascurare il disagio e quindi ad aggravare i problemi in essere”*

In modo sintetico, si ricordi che i  
**Disturbi dell'Adattamento** si  
caratterizzano per:

- i sintomi, emotivi e comportamentali, insorgono entro i tre mesi dall'evento stressante e regrediscono entro sei mesi dalla fine dell'evento stressante o delle sue conseguenze.
- Tra tali sintomi si ricordino, ad es. :
  - depressione
  - ansia
  - impulsività
  - algie
  - ritiro sociale
- molti dei sintomi del PTSD e dell'ASD, ma che non soddisfano i criteri di durata, intensità e numero, tali da porre diagnosi di PTSD o ASD.

Inoltre, è da notare che chi lavora in situazioni emergenziali, spesso, presenta **sintomi** che non sono sufficienti per una diagnosi di psicopatologia, ma sono comunque problematici per la persona; tra essi si ricordino:

- indifferenza
- stanchezza cronica
- iperattivazione (tra cui irritabilità e tensioni con familiari, amici e colleghi; disturbi del sonno; gastriti; ecc.)
- calo della libido
- mancanza o eccesso d'appetito
- abuso di sostanze
- senso di inutilità (nella vita e nel lavoro)
- senso di adeguatezza, limitato solo alle situazioni d'emergenza
- ecc..

# E' BUONA NORMA NON SOTTOVALUTARE NESSUN CASO PERCHÉ:

In una percentuale significativa di essi si potrebbe andare incontro a **patologie ad insorgenza tardiva**

## Ricerche che testimoniano le gravi conseguenze dello stress nel personale di soccorso

- - **Ravenscroft (1994)** studiando il personale del servizio di ambulanze di Londra (L.A.S.: London Ambulance Service) dimostrò che lo stress lavorativo acuto fosse la principale causa di malattia. Il 97% del personale intervistato sentiva lo stress come il loro problema principale. Lo studioso dichiarò che *“non meno del 15% del personale in servizio presso il L.A.S. ha evidenziato nel questionario auto-somministrato di superare la soglia di PTSD (Disturbo Post-Traumatico da Stress)”*. Per ulteriore conferma si utilizzò il G.H.Q. (General Health Questionnaire), che mise in evidenza che non meno del 52% del personale L.A.S. aveva sofferto di recente di lievi disturbi mentali.

- **Altri studi**, eseguiti pure sul personale L.A.S., sottolineano come il **51% del personale non riesca a “staccarsi” da pensieri e problemi legati al lavoro**, e come questi pensieri rimangano presenti anche dopo la fine del lavoro.  
Il 34% del personale dichiara di sentirsi spesso ansioso o depresso quando è al lavoro.  
Il 25% dichiara di avere disturbi del sonno dovuti alle pressioni lavorative.
- **Genest e al . (1990)** notarono come operatori di emergenza che affermavano di aver lottato contro la morte di utenti, praticando la rianimazione cardio-polmonare con esito infausto, riportavano maggiormente **pensieri intrusivi riguardo all'accaduto** e affermavano di “avere difficoltà nel mettere da parte questi pensieri”.

- Altri autori, da una ricerca, hanno visto che il 29% dei lavoratori del settore emergenza soffre di **ipertensione arteriosa e cefalea**, in conseguenza di un alto livello di stress.

(Nube Driefing, 1991)

- **In un'altra ricerca**, a 40 operatori E.M.S. (Emergency Medical Service) fu somministrato il **G.H.Q.** (General Health Questionare); i risultati rivelarono che il **60%** del campione mostrava segni di stress.

(Thompson, 1991)