

UNIVERSITA' TELEMATICA "e-Campus"

Facoltà di Psicologia

Corso Di Laurea in Scienze e tecniche psicologiche

**Il soccorso sulla scena del crimine.
Protocollo operativo e gestione psicologica**

Relatore: **Armando Palmegiani**

Tesi di Laurea di: Paola Tagliano
Matricola numero 004017592

Anno Accademico 20 19 / 2020

AUTORIZZAZIONE ALLA CONSULTAZIONE DELLA TESI DI LAUREA

Il/la sottoscritt/a PACIA (nome) TAGLIANO (cognome)
N° di matricola 00401592 nata a TORINO il 17.04.1969
autore della tesi dal titolo _____
IL SOCCORSO SULLA SCENA DEL CRIMINE
PROTOCOLLO OPERATIVO E GESTIONE PSICOLOGICA

AUTORIZZA

NON AUTORIZZA

la consultazione della tesi stessa, fatto divieto di riprodurre, parzialmente o integralmente, il contenuto.

Dichiara inoltre di:

AUTORIZZARE

NON AUTORIZZARE

per quanto necessita l'università telematica e-Campus, ai sensi della legge n. 196/2003, al trattamento, comunicazione, diffusione e pubblicazione in Italia e all'estero dei propri dati personali per le finalità ed entro i limiti illustrati dalla legge.

Data 30.11.2020

Firma Pacchia

Indice

<i>Abstract</i>	1
Capitolo 1 Funzionamento del Soccorso in Italia	3
1.1 <i>Storia del soccorso in Italia</i>	4
1.2 <i>La figura del Soccorritore</i>	6
1.3 <i>Mansioni del soccorso</i>	7
1.4 <i>Formazione SSE</i>	10
1.5 <i>Chi è il Soccorritore?</i>	12
1.6 <i>Il Soccorritore volontario: diritti e doveri</i>	14
CAPITOLO 2 – Il soccorritore sulla scena del crimine	17
2.1 <i>Invio dei soccorsi</i>	17
2.3 <i>Avvicinamento alla Scena del Crimine</i>	19
2.4 <i>Modalità d'intervento sulla scena del crimine</i>	21
Soccorritore e paziente ancora in vita:.....	23
2.5 <i>Il principio di Locard</i>	24
2.6 <i>Il kit scena del crimine</i>	27
2.7 <i>Altri esempi di evento violento</i>	28
CAPITOLO TRE: Gli aspetti psicologici degli operatori tecnici	30
3.1 <i>La tempesta emotiva</i>	30
3.2 <i>Gestione del paziente</i>	31
3.3 <i>Le emozioni sulla scena del crimine</i>	34
3.4 <i>Prevenire il trauma vicario</i>	35
3.5 <i>L'incontro con la morte</i>	37
3.6 <i>L'autoprotezione emotiva</i>	38
3.7 <i>Lo scenario delle emozioni</i>	38
3.8 <i>Conseguenza emotive del servizio</i>	42
3.9 <i>Il ruolo del gruppo</i>	49
3.10 <i>Tecniche di decompressione emotiva</i>	50
CAPITOLO 4 - Suggerimenti e Conclusioni	53
4.1 <i>La pratica della Mindfulness</i>	60
Bibliografia	62
ALLEGATO B	65
ALLEGATO A	67

ABSTRACT

Motivazione della scelta dell'argomento

L'incidenza degli eventi violenti è in crescita esponenziale.

Il personale operante sulla scena del crimine è preparato, sa come muoversi, limitando, se non azzerando possibili danni collaterali. Tutti tranne i soccorritori.

Gli operatori del soccorso, si avvicinano ad uno scenario critico senza una preparazione specifica, non sono infatti formati né dal punto di vista gestionale della scena né dal punto di vista della gestione psicologica.

I soccorritori sono i primi a giungere sul luogo targhet per prestare soccorso, questo di frequente accade anche sulla scena criminis. Per la natura della loro missione si focalizzano immediatamente sull'assistenza alla vittima, valutando in primis i parametri vitali. Il loro obiettivo primario è salvare la vita.

Il protocollo operativo prevede che l'equipaggio analizzi la scena per comprendere e verificare che siano presenti le condizioni per agire in sicurezza. Gli indicatori acquisiti durante la sua formazione, corrispondono alle evidenze di un intervento ordinario, non a quelli uno scenario criminoso, il rischio è una potenziale alterazione delle prove, di intralcio alle indagini investigative, una compromissione dell'efficacia operativa ed una ripercussione negativa sul piano psicologico.

Sintesi dei contenuti

L'elaborato, quindi, vuole porre l'accento, attraverso esempi reali, sulla mancanza di protocolli specifici in uso ai soccorritori, equivalenti su tutto il territorio nazionale. Evidenzia una lacuna a livello giuridico sottolineando l'assenza del riconoscimento della figura di autista-soccorritore, condizione che lascia gli operatori in un limbo sia di tutela sia di gratificazione personale. Per forma

mentis sono totalmente proiettati all'esterno senza tener conto che l'autoprotezione deve necessariamente partire dal prendersi cura di sé: aiutarsi per aiutare.

Principali conclusioni

La consultazione bibliografica di articoli, testi, leggi in vigore, protocolli attualmente in uso, interviste a soccorritori, la partecipazione a specifici corsi sia in presenza sia on-line seguiti in prima persona, sul tema: il soccorso sulla scena del crimine, ha permesso di individuare accorgimenti da adottare per colmare alcune carenze riscontrate. Si suggerisce il riconoscimento della figura del soccorritore e relativa normativa giuridica, redazione di protocolli ad hoc , l'utilizzo sui mezzi di soccorso di un kit "scena del crimine", un sostegno psicologico sullo stile di quello adottato da AREU in Regione Lombardia, integrato da pratiche di riduzione dello stress

Capitolo 1 Funzionamento del Soccorso in Italia

1.1 Storia del soccorso in Italia

In Italia il servizio di emergenza-urgenza come lo intendiamo oggi è un modello giovane, ma fino alla fine degli anni '70 del Novecento la gestione e l'esecuzione delle missioni di emergenza erano delegate alle singole associazioni territoriali locali. Il Servizio Sanitario nazionale fu istituito nel 1978. In quel periodo il soccorso extra ospedaliero era affidato alle singole associazioni, cooperative o privati, ed era concepito come un semplice trasporto, privo di qualsivoglia protocollo da seguire.

In questi 30 anni il servizio ha compiuto grandi progressi come sistema di gestione del soccorso. Nel 1992 nasce il numero unico nazionale di emergenza-urgenza 118 come risposta rapida ed efficace con riferimento legislativo il DPR 27/03/92, il cosiddetto decreto 118, unitamente alle successive linee guida sul Sistema di Emergenza Sanitaria, pubblicate sulla G.U. 114 del 17 maggio 1996, costituisce il cardine legislativo del Sistema dell'Emergenza-Urgenza Sanitaria.

Lo Stato italiano ha demandato alle singole regioni la gestione del servizio di emergenza urgenza le quali si sono affidate alle Onlus (oggi organizzazioni di volontariato ODV), lasciando la figura del Soccorritore in un limbo non riconosciuto a livello professionale.

Da una regione all'altra cambiano, infatti, qualifiche e specializzazioni degli equipaggi, nonché la formazione che questi devono seguire. In Italia sono le singole regioni a gestire l'emergenza-urgenza, affidandola a cooperative, società private o associazioni di volontariato. In particolare, le associazioni coprono circa l'80% del servizio 118 a livello nazionale.

Sebbene a livello europeo fosse già attivo un numero unico per la gestione delle emergenze, il 112, solo dopo il 2010, in Italia viene adottato con efficacia per la gestione di tutte le emergenze,

Un'unica Centrale Operativa gestisce tutte le chiamate. Gli operatori smistano le richieste di soccorso agli enti alla gestione dell'intervento quali i Carabinieri, Polizia di Stato, Vigili del Fuoco, Emergenza Sanitaria che mantengono i singoli numeri attivi: 112,113, 115, 118, ma non più in uso alla popolazione 60 secondi è il tempo medio in cui viene concluso l'intero processo: ricezione, attivazione ente preposto, inizio missione.

Il centralino “Emergenza 112” permette di dare una risposta multilingue pronta ed incisiva, oltre alla localizzazione e l’individuazione dei telefoni fissi o mobili.

A partire dal 2015 viene introdotta a complemento del numero di “Emergenza 112” anche l’applicazione per smartphone “112 - Where are U”, al momento attiva in Lombardia, Piemonte, Liguria, Trentino-Alto Adige, Friuli-Venezia Giulia, Sicilia, e nel distretto 6 di Roma. L’applicazione permette di effettuare richieste di emergenza con il contestuale invio della posizione esatta (sfruttando la geolocalizzazione dello smartphone) del chiamante. L’applicazione dialoga con la Centrale Operativa permettendo una localizzazione precisa anche nei casi in cui il chiamante non sa o non è in grado di fornire dati precisi sulla sua posizione, immaginiamo di essere in autostrada lontano da cartelli stradali o su un sentiero di montagna. L’app consente anche di effettuare una chiamata muta (ad esempio in caso di aggressione), con appositi “pulsanti” è possibile segnalare il tipo di soccorso richiesto.

1.2 La figura del Soccorritore

Negli anni il concetto di soccorso e di conseguenza della sua figura di riferimento è stato sottoposto a molti cambiamenti. E' cambiato il metodo, la strumentazione, l'abbigliamento, le responsabilità e le aspettative, ma vediamo nel dettaglio:

I primi ad occuparsi di soccorso furono definiti "barellieri" indossavano un camice bianco ed utilizzavano la tecnica dello "scoop and run" , caricare il paziente e correre il più rapidamente possibile in ospedale, poche ore di formazione, bassa responsabilità ed una forte propensione ad aiutare il prossimo. Pochi presidi, tecniche basiche, scarsa attenzione alla sicurezza dell'operatore.

Negli ultimi trent'anni con l'evoluzione della coordinazione di allerta , sono migliorate le condizioni operative, sia da un punto di vista tecnico, sia per quanto riguarda la sicurezza fisica. Ora si indossano divise ad alta visibilità, idrorepellenti, scarponi antiinfortunistici e DPI , dispositivi di protezione individuale per ogni tipologia di intervento. La modalità operativa è " la stay and play , restare sulla scena ed intervenire, che comporta la messa in gioco del soccorritore che non si limita a caricare e trasportare ma pratica le manovre salvavita, stabilizza il paziente, mantiene controllati i parametri vitali, eroga ossigeno, utilizza apparecchi elettromedicali come le ECG (elettrocardiogramma) e il defibrillatore, fino all'accompagnamento in ospedale. Le responsabilità sono aumentate in maniera esponenziale, per quanto la figura del soccorritore sia ancora nell'immaginario collettivo paragonata al "barelliere" e il soccorritore viene ancora considerato un operatore tecnico e non sanitario e dal punto legislativo ancora nel limbo.

1.3 Mansioni del soccorso

Il soccorritore deve intuire preventivamente con estrema accuratezza quali siano le difficoltà del paziente, garantendo primariamente l'assistenza al paziente nel senso pratico, può voler dire gestire vari aspetti: dal semplice trasporto in ospedale per un malessere indefinito, alla rianimazione cardio-polmonare, oppure ancora alla gestione di un incidente con più feriti traumatizzati. (trauma va inteso come lesioni meccaniche)

Il sollevamento e lo spostamento del bisognoso di soccorso, sono manovre molto delicate da attuare; a seconda delle condizioni dello stesso, esistono protocolli specifici che, se eseguiti alla lettera, permettono di stabilizzare il paziente in sicurezza, garantendone l'incolumità ed evitando di procurare ulteriori danni.

Il trasporto in ambulanza del paziente deve essere effettuato garantendo sempre la sicurezza, anche degli operatori, attraverso l'uso delle cinture di sicurezza e della barella adibita al trasporto dei pazienti in condizioni critiche. Il trasporto cambia a seconda della gravità e quindi del codice assegnato dalla centrale. Con un codice Verde il trasporto equivale ad un semplice accompagnamento in ospedale. Con i codici Giallo e Rosso, invece la corsa in ospedale deve essere garantita nel più breve tempo possibile, è quindi fondamentale che l'Autista sappia come muoversi e quali strade percorrere.

L'ultimo compito prevede l'affidamento del paziente al personale ospedaliero.

Una volta giunti in ospedale i soccorritore lasciano il paziente al personale addetto, comunicandogli parametri, anamnesi, manovre eseguite e presidi, come ad esempio i sussidi di contenimento quale il collare cervicale, utilizzati. Una volta che medici e infermieri hanno preso in cura il paziente, la missione dei soccorritori può considerarsi conclusa.

Durante l'intera operazione di soccorso si ha la responsabilità del trasportato, in caso di minori, viene richiesta la presenza di un adulto di riferimento (genitore o personale scolastico preposto), solo in condizioni di estrema necessità, la Centrale autorizza il trasferimento in assenza della figura succitata.

L'equipaggio di un'ambulanza è formato da varie figure, la sua composizione può variare da regione a regione. La maggior parte degli equipaggi prevede la presenza di:

Capo equipaggio o Caposervizio:

Il CE o CS a seconda delle realtà di appartenenza è la figura di riferimento dell'intero equipaggio, comunica con la Centrale Operativa, attualmente, tramite uno smartphone , attraverso un'applicazione "Inprimis" (acronimo di invio progressivo report integrativi missioni di soccorso), in questo modo agisce come se fosse gli occhi e le orecchie del 118. Ricopre il ruolo di coordinatore e decide le manovre da eseguire. Deve possedere, capacità tecnica, essere riconosciuto come leader, avere nervi saldi e buone capacità relazionali.

Autista – Soccorritore:

E' il soccorritore abilitato alla guida dei mezzi di soccorso, non è previsto un percorso unico di formazione sul territorio nazionale italiano, ma ogni Ente, Organizzazione o cooperativa stabilisce un affiancamento interno. La normativa stradale permette la guida di un furgone adibito all'intervento di emergenza-urgenza al ventunesimo anno di età ed il possesso della patente B. Per essere un autista di livello A (autorizzato alla guida sui servizi 118) non è sufficiente la tecnica per quanto utile, è doveroso mantenere una buona forma fisica ed il pieno possesso delle proprie facoltà mentali. Lucidità e stabilità emotiva devono essere le qualità principali per padroneggiare il mezzo anche sulle strade più pericolose con scarsa visibilità o in assenza di sistemi Gps ,l'intero equipaggio deve potersi affidare alla sua guida in totale serenità.

Nel suo ruolo specifico di autista deve:

- Comunicare gli stati di servizio attraverso la strumentazione in dotazione all'ambulanza

- condurre l'equipaggio sul posto (così denominato il sito dell'evento)
- utilizzare indicatori visivi ed acustici adatti alla guida in urgenza
- posizionare il mezzo di soccorso in modo da garantire la massima sicurezza alla squadra ed al paziente, fondamentale in caso di intervento su strada
- Libera il passaggio da eventuali ostacoli, per agevolare il transito della barella
- Verifica in collaborazione con il responsabile del parco auto la sicurezza dell'ambulanza, garantendone la manutenzione ordinaria
- Ripristina il materiale sanitario e sanifica il mezzo dopo l'intervento.

Soccorritore o milite terzo

È in possesso della certificazione regionale come soccorritore esecutore DAE e di una comprovata esperienza. Coadiuvato il caposervizio, opera a stretto contatto con il paziente ed alla sua umanità. Oltre a misurare i parametri vitali, infatti rassicura, sostiene, crea una relazione empatica con la persona bisognosa di aiuto.

Allievo Soccorritore o quarto

è colui che frequentando il corso SSE di 78 ore, integra il percorso teorico con il tirocinio operativo in ambulanza. La sua mansione è di osservatore, il suo compito principale consiste appunto nell'apprendimento operativo. E' consuetudine affidargli alcuni "compiti" per testare la propensione a questo tipo di volontariato, tra questi la misurazione della pressione e saturazione, l'applicazione del collare cervicale o l'abbattimento della barella. Nel team si dimostra il più desideroso di relazionarsi con il paziente

Soccorritore TS o TSS

si tratta di personale non in possesso della certificazione regionale, la sua formazione consiste in 46 ore teorico pratiche per il corso TSS e di 16 ore per il TS. L'addetto al trasporto sanitario o trasporto sanitario semplice, è abilitato all'uso del defibrillatore (DAE), a guidare le auto associative e le ambulanze per tutti i servizi "privati" come gli accompagnamenti dei pazienti a visite ospedaliere, a percorsi di terapia oncologica, a cure salvavita nei reparti emodialisi. E' un iter che non permette il soccorso di emergenza ed urgenza, ma prevede un'assistenza di tipo continuativo, è necessario, quindi una propensione alla relazione empatica, stabilire un'alleanza con il paziente trasportato è alla base di un valido servizio. Gli ammalati compresi, sostenuti e confortati affrontano con migliori risultati, le cure previste. Iniziando proprio da chi li accompagna.

Centralinista

può non essere certificato. In Lombardia è sufficiente un corso base, che gli permette di utilizzare, attraverso un pc con una linea dedicata, Emmaweb, un software in grado di far comunicare la Centrale Operativa con i soccorritori. All'interno del programma vengono immessi i dati dell'equipaggio e dell'intera missione di servizio. L'inserimento avviene in presenza per gli operatori del soccorso ed in remoto per la centrale.

L'equipaggio di emergenza-urgenza prevede almeno due operatori autista-soccorritore e caposervizio. In assenza di una normativa a livello nazionale, ogni regione definisce la composizione ottimale per gli interventi. La scelta è condizionata dal territorio (le ambulanze utilizzate in montagna spesso hanno dimensioni ridotte) dall'orario, di notte, per garantire maggior sicurezza agli operatori è necessario aumentare l'apporto di risorse e dalla presenza o meno di personale medico.

In alcune regioni come la Lombardia medici e infermieri sono previsti sulle auto mediche (MSA mezzo di soccorso avanzato), mentre sulle ambulanze (MSB mezzo di soccorso di base)

1.4 Formazione SSE

Prevede un corso della durata di 78 ore i requisiti necessari sono indicati nella D.G.R. n. X/5165 del 16.05.2016. Per accedervi è necessario aver superato il corso base di 46 ore (TSS).

La formazione è teorico pratica, con simulazioni e role-playing in strutture accreditate, gli istruttori sono formati, convalidati ed abilitati da Areu, per quanto riguarda la regione Lombardia.

E' previsto un tirocinio sui mezzi di soccorso per l'allievo soccorritore a completamento formativo.

Al termine di questo percorso, superati gli esami finali: quiz teorici e scenario medico, DAE e di utilizzo presidi, si acquisisce il certificato di soccorritore esecutore, per brevità certificazione. Ogni regione, attraverso gli studi di area critica, stabilisce la programmazione del corso, garantendo gli stessi criteri formativi, la differenziazione dei corsi è dovuta alle caratteristiche geo fisiche del territorio, gli interventi in area urbana si differenziano da quelli in montagna o al mare, sia per la caratteristica funzionale delle strade, sia per i presidi sanitari utilizzati, e le linee guida fornite agli operatori. Ogni Regione differenzia quindi la sua disciplina, gestione e formazione del personale di soccorso, per questo si possono trovare lievi differenze anche a livello delle singole centrali operative, solitamente di carattere provinciale. (non è automatico che un soccorritore abilitato in una regione possa operare in un'altra)

In Italia siamo arretrati rispetto ad altri paesi europei per il percorso di qualificazione professionale. Ad oggi il mancato riconoscimento giuridico della figura di autista soccorritore, limita la formazione all' ambito regionale senza una linea guida univoca a livello nazionale. C'è quindi bisogno, in questo senso, di uno scatto in avanti, anche per quanto riguarda l'inquadramento contrattuale ed economico e i mezzi messi a disposizione. La vita di tante persone dipende dalla grande forza di volontà e dall'esperienza di chi interviene con i mezzi di soccorso. Accanto a medici e agli infermieri qualificati c'è bisogno di tali figure. Gli autisti soccorritori sono operatori fondamentali nell'emergenza ma restano oggi collocati in un limbo professionale inaccettabile. Delineare giuridicamente la loro figura è un atto dovuto per dare l'adeguato riconoscimento a chi è essenziale nella rete del soccorso.

1.5 Chi è il Soccorritore?

La figura del Soccorritore non ha purtroppo ancora una precisa definizione giuridica ma, al fine di capirne il ruolo, è d'obbligo distinguere tre aspetti principali: volontario, occasionale e dipendente.

Uguale la formazione e lo spirito generoso degli helpers, differenza primaria la retribuzione.

Il soccorritore volontario non percepisce alcun compenso, presta la propria opera in modo gratuito, durante il tempo libero, al termine del lavoro, come nei fine settimana.

La sua gratificazione nasce dal sentirsi utile al prossimo, dal contribuire a salvare vite, a dare conforto ai soggetti più fragili ed indifesi. Mantiene in tono minore il distacco dal paziente, esprime vicinanza, si pone più domande sulla sorte dello stesso. E' considerato volontario per l'intera durata del turno di servizio.

Il soccorritore occasionale è il volontario non operativo, il più delle volte non in divisa, perché si ritrova a soccorrere in orario extra turno.

Il soccorritore dipendente mantiene un rapporto amministrativo con l'ente, l'Organizzazione o la cooperativa di cui fa parte, regolamentato dal CCNL contratto nazionale di lavoro.

Percepisce, quindi regolare stipendio, presta la sua opera quotidianamente ed acquisisce un'esperienza sul campo utile per l'intero gruppo. Mantiene più facilmente il distacco dal paziente, salvo quando i soggetti coinvolti sfiorino e scuotino la loro parte più "scoperta"

In attesa di una normativa specifica sulla figura del soccorritore volontario, viene ritenuto incaricato di Pubblico Servizio con funzione di tutela del diritto alla salute nell'orario effettivo del proprio turno,

presenza ufficializzata da un registro cartaceo o digitale tenuto dall'Organizzazione od Ente a cui appartiene o per cui lavora.

Il soccorritore occasionale, proprio perchè risultante fuori dal servizio operativo, non può rivestire tale carica.

Secondo l'interpretazione dell'art.358 del Codice Penale il Soccorritore volontario può chiedere le generalità al paziente, deve farlo per compilare la scheda missione, ma non ha potere di controllare facendosi consegnare un documento. Per agevolare la trascrizione dei dati necessari, la persona soccorsa porge la propria tessera sanitaria, ma sempre di propria iniziativa.

Dal punto di vista legale ci sono alcune differenze tra volontario ed occasionale.

Sono responsabili del loro comportamento, delle scelte compiute durante il soccorso, aumentano gli obblighi e l'attribuzione di dolo se agisce in maniera superficiale.

Si tratta di responsabilità civile, nella dimostrazione di un danno doloso o colposo. Solitamente colleghi e responsabili sostengono il proprio compagno, salvo che ravvedano un'intenzionalità od estrema disinvoltura nell'applicazione dei protocolli..

Per alcune manovre salvavita è necessario togliere collane, orecchini ed affini, esempi: l'applicazione del collare cervicale in caso di traumi fisici o la rimozione del casco integrale in caso di incidente, tagliare abiti, procedere su pavimenti preziosi con barelle, sedia cardiopatica e anche se stride pensare ad aspetti così veniali in un momento di emergenza, alcune organizzazioni sono state citate in giudizio. Ogni volontario, per obbligo di legge è assicurato contro danni a terzi o per rischio biologico. (non esiste assicurazione per il Covid-19)

E' contemplata la responsabilità penale, completamente a carico della persona coinvolta. Disciplinare ed amministrativa se il danno riguarda l'organizzazione. Ogni realtà associativa è costituita da un gruppo di persone che si riuniscono con un nobile intento, ma che necessariamente devono trovare

un equilibrio per lavorare in team, per agevolare la relazione viene redatto uno Statuto in cui sono elencate le finalità comuni ed un regolamento interno che norma la vita comunitaria.

1.6 Il Soccorritore volontario: diritti e doveri

“Per attività di volontariato deve intendersi quella prestata in modo personale, spontaneo e gratuito, tramite l'organizzazione di cui il volontario fa parte, senza fini di lucro anche indiretto ed esclusivamente per fini di solidarietà.

L'attività del volontariato non può essere retribuita in alcun modo nemmeno dal beneficiario. Al volontario possono essere soltanto rimborsate dall'organizzazione di appartenenza le spese effettivamente sostenute per l'attività prestata, entro limiti preventivamente stabiliti dalle organizzazioni stesse”. Art. 2, Legge quadro 266/1991

La figura del soccorritore volontario non è riconosciuta a livello giuridico, ad oggi, per ogni aspetto ci si rimanda alla legge di cui sopra. Precedentemente il riferimento normativo era basato sull'art. 45 delle Legge n 833/1978

Grazie alla legge quadro viene affermata dalle istituzioni l'importanza socioculturale del volontariato. Dopo un periodo di stasi giuridica, durata quasi trent'anni, si sta giungendo ad una riorganizzazione dell'associazionismo tramite la Riforma del terzo settore.

Con la Riforma del terzo settore, si rinnovano le forme statutarie delle associazioni, ponendo l'accento ancor di più intorno alla figura del volontario, infatti tra gli obiettivi preposti vi è l'impegno a garantire i diritti degli associati.

Il soccorritore volontario è vincolato a responsabilità di ordine morale, legale e disciplinare.

La responsabilità morale è quella propria del soccorritore come persona e cioè tutto ciò che lo spinge ad operare con costanza e senso del dovere, ma non senza una preparazione idonea.

La responsabilità disciplinare riguarda fundamentalmente il rispetto delle norme statutarie e del regolamento dei soccorritori.

Il soccorritore come incaricato di pubblico servizio, è protetto legalmente da violazioni, minacce e ostilità che potrebbe subire mentre compie il proprio lavoro, al pari di un pubblico ufficiale.

Per quanto riguarda la responsabilità legale si deve attenere ai seguenti obblighi:

Obbligo di denuncia: *“Il pubblico ministero assume informazioni dalle persone che possono riferire circostanze utili ai fini delle indagini”*. art. 362 C.P.

“Il pubblico ufficiale o la persona incaricata di un pubblico servizio, che, violando i doveri inerenti alle funzioni o al servizio, o comunque abusando della sua qualità, rivela notizie di ufficio, le quali debbano rimanere segrete, o ne agevola in qualsiasi modo la conoscenza, è punito con la reclusione da sei mesi a tre anni.” Art. 326 C. P.

Il soccorritore è tenuto a mantenere il massimo riserbo su quanto appreso durante il servizio sia nei confronti dei parenti sia delle persone presenti, assicurandone gli adempimenti della “legge sulla Privacy” (Decreto legislativo 196/2003).

L’obbligo di intervento secondo le capacità e competenze del soccorritore va oltre quello del semplice cittadino, la cui unica mansione è allertare l’autorità preposta in caso di emergenza.

L’operatore è obbligato a soccorrere chiunque sia in condizioni tali da richiedere soccorso, operando secondo criteri standard e ben identificabili. Dovrà utilizzare tutti i mezzi ed i presidi a disposizione, il rifiuto ad intervenire configura anche il reato di interruzione di pubblico servizio ed omissione di soccorso (art.593 C.P.). oltre che di “Rifiuto di atti d’ufficio” (art. 328 C.P.)

Tale obbligo permane anche quando il soccorritore è fuori servizio, sicuramente l’assenza di mezzi e presidi limiterà la sua opera, ma non potrà limitarsi alla semplice chiamata ai numeri di emergenza,

ma dovrà agire secondo le sue competenze. Ad esempio, dovrà bloccare il rachide cervicale in caso di trauma fisico, valutare i parametri vitali eseguire il BLS (basic life support o manovre di rianimazione cardiopolmonare).

Se il soccorritore si rifiutasse di intervenire potrebbe essere accusato di omissione di soccorso, ma non di rifiuto d'atti di ufficio.

L'operatore del soccorso dovrà comunque prestare attenzione al suo comportamento, infatti, non deve in alcun modo eseguire atti di contenimento e di costrizione fisica. Dopo il loro intervento, i soccorritori non possono obbligare il paziente al trasporto in ospedale, ma sono "tenuti" a fare opera di convincimento, soprattutto nei casi in cui il paziente ignora che le sue condizioni possono avere conseguenze molto gravi. L'eventuale rifiuto al trasporto o al trattamento (ad esempio l'utilizzo del collare cervicale per paziente vittima d'incidente) deve essere documentato e firmato nell'apposito spazio del report paziente. Rimane fondamentale, in questo caso, una comunicazione costante con la centrale operativa.

I casi di TSO, Trattamento Sanitario Obbligatorio, hanno una configurazione diversa, in questi casi, infatti, l'art. 32 della Costituzione, disciplinato dalle Leggi, 180/78 e 833/78, permette di operare un ricovero per l'effettuazione di terapie di medicina generale o psichiatrica, contro la volontà del paziente, ma nel suo interesse. Il TSO viene attivamente deciso da un medico della salute mentale o, in sua assenza, della Continuità Assistenziale e dal Sindaco nella sua qualità di massima autorità sanitaria locale.

Un altro dei trasporti che possiamo considerare "forzati" è l'ASO – Accertamento Sanitario Obbligatorio – su richiesta del medico di medicina generale.

CAPITOLO 2 – Il soccorritore sulla scena del crimine

2.1 Invio dei soccorsi

Gli interventi che un equipaggio “118” deve fronteggiare sono svariati, infortunio, evento violento e traumatico, medico acuto (malessere generale del paziente privo di traumi evidenti, caduta o incidente stradale). Al momento della chiamata di soccorso, la Centrale Operativa invierà all’equipaggio più vicino a disposizione i dettagli della missione alla quale verrà assegnato un codice in base alla gravità del paziente. Lo stato di gravità del paziente è stabilita dal personale della Centrale Operativa, sulla base delle informazioni comunicategli dal richiedente assistenza. I codici di intervento sono tre più uno, ossia codice Rosso, quando la vita del paziente è considerata a rischio, codice Giallo quando la situazione del paziente è considerata a rischio e le sue condizioni possono in poco tempo peggiorare, codice Verde, quando il paziente non è in pericolo di vita, ma ha bisogno tuttavia dell’intervento di una ambulanza. Ad essi si aggiunge il codice Bianco con cui si segnalano gli interventi interrotti, per cui non è richiesto un trasporto presso il pronto soccorso.

I dati esaminati da Areu nel 2018, evidenziano come nell’1,9% delle chiamate effettuate, i soccorritori si sono trovati su un evento violento.

A seguito di una chiamata d’emergenza, i soccorritori potrebbero infatti trovarsi ad affrontare una “scena criminis” e a non sapere come comportarsi correttamente al fine di preservare quelli fonti di prova che sarebbero molto utili se non indispensabili agli inquirenti per la ricostruzione del fatto criminoso.

2.2 La Scena del Crimine

Con “scena del crimine” s’intende un luogo nel quale è avvenuto un fatto criminoso secondo il nostro codice penale e in cui sono presenti tracce biologiche ed indizi legati al reato. Sono un esempio di Scene in cui è accaduto un evento violento: risse, violenza domestica, tentato omicidio, rapine, furti, stupri, incidente di caccia, incidente stradale, overdose (vedi allegato A)

La scena del crimine per definizione non è sicura. Se il servizio avviene, però, in luogo in cui sono già presenti le forze dell’ordine, il soccorritore da protocollo può operare.

Le scene del crimine si dividono in aperte o chiuse.

Per scena del crimine aperta s’intende un evento che ha avuto luogo in un ambiente non delimitato da mura ovvero esposto alle intemperie, aria, pioggia. Una scena in luogo aperto è caratterizzata dalla presenza di più persone rispetto ad una scena chiusa. Infatti, oltre alla presenza sulla scena di soccorritori, vigili del fuoco e forze dell’ordine, va sottolineata la presenza di curiosi attratti dal fatto accaduto, che potrebbero intralciare le operazioni e contaminare la scena.

Per scena del crimine chiusa s’intende un evento che ha avuto luogo in un ambiente delimitato, come un appartamento o un ufficio. Il soccorso in un luogo simile è più protetto dal transito esterno, gli astanti sono meno numerosi e quasi mai intralciano il lavoro degli operatori. Come logica suggerisce la scena chiusa non verrà influenzata dagli agenti atmosferici (anche se in parte potrebbe giocare un ruolo il riscaldamento artificiale), ma potrebbe essere condizionata da altri fattori. Il primo è lo spazio, molto spesso gli operatori si ritrovano a lavorare in spazi angusti, stretti e poco illuminati, aumentando così il rischio di contaminare la scena. Un altro fattore che è importante considerare nelle scene chiuse è il sovraffollamento, gli operatori potrebbero essere in molti rispetto alle dimensioni dello spazio di lavoro. In base allo spazio a disposizione e alle condizioni in cui è la scena, gli operatori devono decidere come intervenire con l’obiettivo di preservarla il più possibile

2.3 Avvicinamento alla Scena del Crimine

La parola sicurezza deriva dal latino “*sine cura*” – senza preoccupazione e definisce la conoscenza che la valutazione di un sistema non produrrà stati indesiderati. Solo dopo una attenta analisi della scena si riesce a fare una stima reale della sicurezza. La ricerca di tutta una serie di segnali di pericolo, possono prevenire eventuali aggressioni, ed evitare di divenire da soccorritori a vittime.

La prima regola che s’insegna ad un aspirante soccorritore è operare in modo sicuro, o meglio la cosiddetta “sicurezza della scena”. I soccorritori hanno il dovere di non intervenire qualora ravvisassero un rischio per la loro incolumità. Nel caso in cui si valutasse la scena insicura, i soccorritori devono contattare la centrale, avvisare del pericolo imminente e attendere l’arrivo dei vigili del fuoco o delle forze dell’ordine. È per questa ragione che diventano di fondamentale importanza le informazioni di “Dispatch”

Nato negli Stati Uniti, il Sistema del Dispatch (o di invio) è un protocollo che prevede tutte le azioni riguardanti il soccorso: ricezione chiamata, invio dei soccorsi, arrivo degli enti preposti alla missione sul luogo dell’evento.

Il metodo prevede 5 passaggi:

- Acquisizione dati attraverso la chiamata
- codificazione della gravità
- individuazione del veicolo di soccorso più adeguato
- accompagnamento operativo per le manovre salvavita prima dell’arrivo della squadra di intervento.

- Aggiornamento dell’eventuale evoluzione ai soccorritori fino al loro arrivo sul posto.

Le informazioni raccolte ed inviate sono fondanti per la positiva riuscita della missione, favorendone la celerità, attribuendo il corretto codice colore ed allertando il mezzo o i mezzi più adeguati.

Dopo aver localizzato su una mappa digitale il mezzo che può intervenire nel più breve tempo possibile, la Centrale operativa invia la missione con il codice di soccorso relativo, all'ambulanza, che tramite una apposita strumentazione comunica con la Centrale la presa in carico e ogni suo spostamento.

Oltre alle informazioni di Dispatch, utili e preparatorie, aiuta a giungere con più consapevolezza sul posto, padroneggiare la zona di interesse con le sue peculiarità, non solo fisiche, ma anche di addensamento sociale. In ogni città o paese esiste un quartiere malfamato, un caseggiato abbandonato, ritrovo o dimora di possibili sbandati. Le zone solitamente attenzionate dalle Forze dell'Ordine.

L'operatore di centrale ha il dovere di raccogliere informazioni non solo di tipo sanitario, ma deve cercare di capire cosa sia successo e stabilire la gravità dell'evento e la sicurezza della scena, per informare l'equipaggio che interverrà ed eventualmente attivare le forze dell'ordine.

La sicurezza deve essere valutata anche in base a potenziali fenomeni non violenti come ad esempio la presenza di un incendio, fumo, animali domestici aggressivi, linee con tensione elettrica, sostanza pericolose, possibile intossicazione da monossido di carbonio.

Un'attenta preavvalutazione della scena può suggerire ai soccorritori tre possibili situazioni differenti:

1. Evento sulla scena del crimine ancora in atto.
2. Evento sulla scena del crimine terminato.
3. Evento su una scena del crimine che non viene riconosciuta come scena del crimine, sono i casi più complessi in quanto necessitano una mente allenata a riconoscere segnali di un potenziale pericolo.

*Omicidio o suicidio**

In questa scena del crimine, un ragazzo, di prima mattina, trova la madre morta nel letto soffocata in un sacchetto di plastica. Quello che all'inizio era stato catalogato come un suicidio, per la contaminazione della scena del crimine da parte delle unità di soccorso, dopo una difficile

ricostruzione è risultato essere un omicidio. Le responsabilità che competono al personale che per primo interviene sulla scena del crimine sono complesse e implicano una certa abilità nel saper garantire che il soccorso venga svolto assicurandosi anche che la scena sia per quanto possibile, conservata. Manovre che non riguardano la scena, che non sono utili e anzi risultano dannose, seppur umane (come lasciare che un familiare doni l'ultimo saluto a un proprio caro) vanno evitate. E, contestualmente, vanno espletate in modo sistematico e rigoroso tutte quelle misure che permettono di garantire il lavoro di chi, dopo il soccorritore, si occuperà della scena.

2.4 Modalità d'intervento sulla scena del crimine

Se la scena è sicura ma i soccorritori hanno il sospetto di intervenire in zone a rischio è opportuno muoversi sulla scena ed avvicinarsi al target adottando una serie di piccoli accorgimenti che servono per mantenere un'allerta maggiore su tutto quello che è intorno alla scena.

- Procedere in fila indiana ad una distanza di circa 3-4 metri uno dall'altro;
- Cercare di camminare senza fare rumore;
- Portare sempre con sé radio di servizio con il volume al minimo o telefono di servizio con batteria carica;
- Durante l'avvicinamento localizzare i luoghi che possano fornire una copertura in caso di pericolo;
- In caso d'intervento in orari notturni è preferibile usare delle torce elettriche e tenerle sul fianco, non sulla fronte, né in mano ad altezza torace, perché qualora un aggressore volesse lanciare qualcosa, ciò avverrebbe sicuramente verso il fascio di luce e quindi lontano da zone vitali del corpo;
- Posizionare il mezzo di soccorso, in modo che sia agevole allontanarsi dalla zona di pericolo;
- In caso di approccio ad una abitazione:
- Bussare alla porta stando di lato;

- Identificarsi sempre come soccorritori;
- Attendere che qualcuno apra la porta
- Entrare velocemente e controllare subito dietro la porta
- Avere, in modo immediato, il colpo d'occhio dell'abitazione, identificando potenziali pericoli e calcolare velocemente il numero di persone presenti;
- Lasciare libero il varco più vicino, solitamente la porta d'ingresso, per allontanarsi in caso di necessità
- Evitare di sostare davanti a porte o finestre, oppure entrare in stanze buie (con luci spente);
- Non appoggiare i presidi sanitari davanti alle vie di fuga.

I segnali di pericolo sulla scena del crimine:

- agitazione psicofisica in paziente psichiatrico o rissa
- armi da fuoco o da taglio
- posizione della vittima incompatibile con le lesioni riscontrate
- corpi nudi e segni di violenza
- macchie di sangue proiettate e in notevole quantità
- disordine, mobili e suppellettili rovesciate
- Eventi violenti legati all'uso di alcool, psicofarmaci o sostanze stupefacenti
- Porte, finestre o altri oggetti rotti o danneggiati
- Presenza di lesioni rinvenute: stabilire se possano essere autolesive o etero inferte.

È certo che non si possa pretendere da un operatore tecnico, dipendente o volontario che capisca se il luogo in cui si trova sia stato teatro di un fatto criminoso.

Ciononostante ci sono degli indizi precisi che possono allarmare i soccorritori giunti sulla scena di un crimine.

Possono essere indicatori l'eccessivo disordine (sintomatico di lite, colluttazione o intrusione), la presenza di armi od oggetti di uso non comune; il rinvenimento sul paziente di lesioni non auto inflitte, oppure i segni di una possibile violenza sessuale.

Inoltre, nel caso di persona deceduta, la posizione del ritrovamento non compatibile con l'apparente causa di morte.

Qualora la squadra che intervenisse in loco si trovasse di fronte ad una di tali situazioni dovrebbe preservare quanto più possibile la scena del crimine in attesa dell'intervento delle forze dell'ordine, tuttavia, senza venir meno al compito fondamentale di attivarsi per salvaguardare le funzioni vitali del paziente.

Naturalmente, il comportamento da adottare nei confronti del paziente da assistere varia a seconda delle sue condizioni cliniche:

Soccorritore e paziente ancora in vita:

1. Indossare mascherine, cuffie, copri scarpe, guanti per evitare di contaminare i luoghi;
2. Non fumare, mangiare o bere, né usare i servizi;
3. Possibilmente non devono toccare gli interruttori della luce a mani nude;
4. Dovrebbero comunicare lo spostamento di cose o mobilio all'autorità;
5. Non toccare armi o munizioni;
6. Dovrebbero posizionare il paziente per le eventuali manovre rianimatorie tagliando gli indumenti ed aggirando eventuali lacerazioni dovute alle colluttazioni o all'uso di armi;
7. Sarebbe auspicabile conservare eventuali indumenti rimossi in buste di carta;
8. In presenza di corde, catene o altro non sciogliere i nodi ma tagliare lontano dalle estremità dell'annodamento.

9. Fare attenzione, durante le medicazioni necessarie a non asportare tracce utili agli inquirenti suggerendo alle vittime di violenza di non lavarsi
10. Non lasciare i rifiuti sanitari (su questo punto la diatriba è ancora in corso)

Se il paziente è deceduto ci si dovrà attenere alle precauzioni sopraelencate, attendere l'arrivo del medico legale o trasportare in ospedale per la constatazione, solo su indicazione della Centrale, isolare la scena fisicamente per non farvi accedere nessuno. Sostituire guanti o calzari eventualmente imbrattati di sangue.

Dovrebbe essere acquisita la prassi di sigillare le mani del paziente con sacchetti di plastica o di carta, per preservare l'eventuale presenza di polvere da sparo o di materiale biologico trattenuto nella zona ungueale. Per difenderci da un pericolo, da un aggressore od eventualità affini, infatti ci si difende con le mani, graffiando, tirando

In ogni caso gli operatori dovrebbero attenersi alle norme di comune buon senso, di auto-protezione e dovrebbero sempre rispettare le disposizioni impartite dal medico.

2.5 Il principio di Locard

“Ogni criminale lascia una traccia di sé sulla scena di un crimine e porta via su di sé una traccia”

Locard¹ (1877-1966)

Possiamo estendere il principio di Locard al personale di intervento, soccorritori, VVF, Forze dell'Ordine, tutto l'apparato investigativo opera un interscambio sulla scena, non solo l'eventuale Offender. Da qui l'importanza che ognuno presti la massima cautela nel preservarla.

Camminare su tracce ematiche significherebbe, allo stesso tempo, lasciare un'impronta sul pavimento e portare sangue e DNA sugli scarponi. Gli investigatori conducono le indagini tenendo ben presente il principio di Locard: chi è stato sulla scena del crimine probabilmente ha perso delle tracce. Alcuni

¹ Agostini V. *Specialisti sulla scena del crimine* (2013) Ed. Meeting service

interscambi sono visibili ad occhio nudo, altri, invece, richiedono strumentazioni particolari per essere identificati.

Ogni contaminazione mette a rischio l'imputabilità di un reo.

Un doloroso esempio di tale disattenzione è diventato un must seppur negativo, nel mondo del soccorso:

Il Caso di Luca Delfino

Questa è la storia di una persona indifesa, si tratta di Luciana Bigi , che aveva 33 anni e una vita davanti. Viveva ossessionata da un compagno che la minacciava di morte. Lui si chiama Luca Delfino. Luciana aveva chiesto aiuto, nessuno l'aveva ascoltata finché un giorno Luca ha atteso che uscisse di casa e l'ha uccisa, squarciata a colpi di cocci di bottiglia e lasciata morire in una pozza di sangue in strada.

“Il pubblico ministero ha fatto un'analisi delle testimonianze a partire dal momento in cui è stato trovato dai soccorritori del 118 il corpo della vittima, in vicolo San Bernardo, all'arrivo della guardia medica e delle volanti della polizia, ricordando come la scena del crimine fosse stata pesantemente inquinata dagli stessi prima dell'arrivo della squadra scientifica.”

Tratto da Repubblica-Genova.

Non fu possibile condannare il Delfino, la sua corsa omicida venne fermata solo l'anno dopo con l'assassinio di Antonella Multari.

Ne consegue che intervenire, a vario titolo, sulla scena di un crimine, soprattutto se la mission principale è l'aspetto sanitario e non investigativo, la inquinano obbligatoriamente. Ci si dovrebbe attenere a determinate procedure:

- Installare delle video camere grandangolo sulle ambulanze per filmare l'ingresso sulla scena, a maggior ragione se aperta. Le bodycam, sui soccorritori, spesso solo in due in equipaggio, permetterebbero di mantenere libere le mani per soccorrere, ma al contempo, potrebbero documentare l'esatto posizionamento di corpi ed oggetti
- Scegliere un percorso per tutti, che rasenti i muri (prestare attenzione a tracce di sangue proiettate) tralasciando volutamente tratti più veloci o comodi, ma meno preservanti
- Documentare porte e finestre aperte o chiuse, luci accese o spente, tapparelle abbassate o alzate, odori acri e sensazioni lì per lì non definite importanti.

Gli equipaggi sanitari sono quasi sempre i primi ad arrivare sulla scena del crimine per effettuare gli accertamenti e prestare l'assistenza dovuta.

Pertanto, il personale di soccorso dovrebbe limitarsi ad applicare i seguenti accorgimenti:

- Mantenere libera la scena da semplici curiosi, conoscenti e familiari
- Non lasciare incustodita l'area
- Se impossibilitati a filmare o a scattare foto, cercare di fissare in memoria più elementi possibili, da appuntare sul verbale al rientro in sede.
- Non spostare mobili e oggetti se non per estrema necessità
- Utilizzare un percorso orma su orma, uno dietro l'altro, possibilmente lungo il perimetro dell'area;
- Se obbligati dalle circostanze di soccorso a traslare il paziente, ricordare l'esatta posizione di ritrovamento. Attenersi alle indicazioni della Centrale Operativa che spesso in tali circostanze accompagna telefonicamente il soccorritore.
- Mantenere massima attenzione alla tipologia di paziente, in presenza di coscienza, instaurare per quanto possibile una relazione empatica per fornire migliore assistenza

- Non fumare mai, in un ambiente dove si è consumato un crimine;
- Non consumare cibi e bevande;
- Non usare i servizi igienici;
- Non maneggiare eventuali armi, la loro posizione di rinvenimento è molto importante. Non rivolgere mai la canna di un'arma verso se stessi o altre persone e non toccare mai il grilletto.
- È consigliabile cambiare spesso guanti monouso, nel caso in cui fossero sporchi, per evitare ulteriori imbrattamenti, soprattutto sugli indumenti della vittima.
- Non lasciare nulla sulla scena del crimine, che al momento dell'arrivo degli operatori sanitari non c'era.

2.6 Il kit scena del crimine

Per i soccorritori potrebbe rivelarsi valido utilizzare una serie di presidi monouso, molti dei quali da indossare in caso di presunto o accertato evento violento, un kit specifico per la scena del crimine:

- Tute o camici protettivi in tyvek
- Cuffia
- Nastro per segnaletica, scotch di carta
- Contenitori ermetici e buste di carta o plastica
- Guanti in vinile e calzari
- Forbici e pinze
- Rilevatore di monossido di carbonio
- Videocamera o smartphone

Il soccorritore che si trova a intervenire sulla scena del crimine può filmare o fotografare la scena. Mantenere inalterata la scena del crimine è un compito quasi impossibile, per permettere a chi dovrà occuparsi delle indagini, di avere tutte le informazioni utili inalterate, la videoregistrazione e le fotografie sono uno strumento molto efficace. Videocamere montate sulla divisa?

Affidarsi alla sola memoria del soccorritore rischierebbe di non essere efficace. Il processo della memoria umana si articola in tre fasi: acquisizione.

Qualora i soccorritori, fossero impossibilitati a registrare o fotografare la scena, dovrebbero quantomeno annotarsi, scrivendo un verbale di ciò che si trovano davanti. Una scena non documentata è una scena persa.

Ecco un esempio reale dell'importanza di documentare la scena del crimine.

Lo stato delle macchie di sangue – omicidio di Garlasco². Il 13 agosto 2007, Chiara Poggi, viene uccisa dal fidanzato, il quale in qualche modo riesce ad occultare le prove, tanto da venire assolto al processo, in un primo momento. Se il medico e i soccorritori giunti sulla scena del crimine, avessero filmato quanto si trovarono davanti agli occhi, sicuramente non sarebbe stato assolto.

Nel delitto di Garlasco, la documentazione video della scena del crimine eseguita a priori avrebbe risparmiato tempo agli inquirenti sia in merito alle impronte ed allo stato delle macchie ematiche, sia per quanto riguarda le tempistiche tra la morte e la richiesta d'aiuto da parte di chi successivamente è stato ritenuto colpevole, nei tre gradi di giudizio.

2.7 Altri esempi di evento violento

Reato stradale* Incidente Anomalo. Durante un inseguimento auto – moto, l'uomo in moto viene travolto dall'auto e ucciso. Quello che all'inizio era stato catalogato come un incidente stradale, si è rivelato successivamente un omicidio colposo, in quanto l'uomo alla guida dell'automobile offeso con sputi dal motociclista decide vendicare l'onta subita gettandosi al suo inseguimento e travolgendolo. Si è giunti a queste conclusioni solo grazie alle testimonianze di passanti. Ci viene da

²Brondoni, C, Garofalo L. (2015) *Il soccorritore sulla scena del crimine*. Edizione Giuridiche Simone

suggerire allora ai soccorritori di porre ancor più attenzione alla dinamica degli eventi, che potrebbero fornire indizi su un possibile reato di omicidio.

Incidente domestico*

Ai cosiddetti “incidenti domestici” va prestata particolare attenzione poiché sono una delle cause più alte di morte in tutto il mondo. Molte volte quella che potrebbe sembrare una morte accidentale, cela in realtà una premeditazione da parte di parenti o conoscenti, difficilmente rilevabile per mancanza di prove. In questi casi i soccorritori devono prestare ancora più attenzione a non alterare la scena del crimine, ancora una volta congelando il colpo d’occhio e in più facendo attenzione ad alcuni particolari che potrebbero risultare rilevanti per le indagini. Ad esempio, fare attenzione all’ordine o al disordine che si trova all’interno delle abitazioni. Un disordine anomalo è quello che vede mobili e sedie rotti o ribaltati, i soccorritori dovrebbero fare attenzione a non spostarli a meno che questi non impediscano il raggiungimento della vittima/paziente.

Incidente di caccia: Durante una battuta di caccia, un uomo colpisce mortalmente un compagno, sparandogli con il fucile, dopo averlo scambiato accidentalmente per la preda a cui dava la caccia. I soccorritori, giunti per primi sul posto, hanno, per prima cosa, il dovere di considerare la scena non sicura, in quanto i compagni di caccia della vittima (anche dopo aver ammesso di essersi trattato di un incidente) sono armati. Motivo per cui prima di poter agire, i soccorritori hanno il dovere di chiedere ai presenti di mettere le armi a terra e di farsi da parte, in caso contrario possono ritenere la scena non sicura e non intervenire. Verificata la sicurezza della scena i soccorritori, prima di operare dovrebbero avere l’accortezza di “congelare” la scena, ossia fotografare il cosiddetto “colpo d’occhio” in modo da tale che gli inquirenti possano ricostruire facilmente cosa accaduto e

successivamente prestare soccorso evitando il più possibile di alterare la scena del crimine, non toccando nulla o modificando erroneamente tracce importanti.

CAPITOLO TRE: Gli aspetti psicologici degli operatori tecnici

3.1 La tempesta emotiva

“E’ noto che anche il personale di soccorso, qualunque preparazione abbia, quando è coinvolto con intensità e continuità in situazioni di “dolore, perdita, distruzione, morte ha delle profonde reazioni emotive e può andare incontro a rischi psicopatologici “ (Cuzzolaro, e Frighi, 1998)³

Al soccorritore, che interviene in un contesto criminoso e o in condizioni di emergenza è richiesta un’abilità tecnica e fisica, ma anche la capacità di favorire la migliore situazione emotiva, creando sistemi di relazioni e di comunicazioni efficaci atti a creare un rapporto di fiducia. Il tutto a volte in pochi preziosi minuti.

Questo ridotto arco temporale, può trascinare in una vera tempesta emotiva l’operatore del soccorso, che deve valutare la scena, rendersi conto dell’effettiva portata della situazione, decidere il da farsi, operare correttamente e gestire l’impeto emozionale su due fronti: da un lato le emozioni del paziente e / o dei suoi familiari, dall’altro, le proprie.

In ogni soccorso si interagisce con una persona che sta affrontando un momento di disagio, la sua mente sarà invasa da paure e dolori, che possono darle l’impressione di essere interminabili, al punto

³ Cuzzolaro M. , Frighi L. (1998) *Reazioni umane alle catastrofi* Ed. Gangemi

che sono costretti a fidarsi di sconosciuti, seppur in divisa, nelle cui mani affidare il proprio destino. Ogni paziente reagisce in modo diverso, come differenti sono gli interventi, per quanto accomunati dalla stessa tipologia (ogni frattura rientra nei soccorsi traumatici, ma difficilmente troveremo due fratture perfettamente uguali, troppe variabili rientrano in gioco: il punto di impatto, la lunghezza dell'osso, la fragilità o la consistenza dello stesso)

Non esiste quindi una “ricetta” per affrontare in maniera omologata le varie missioni di soccorso, come del resto non esiste un modo codificato di relazionarsi.

3.2 Gestione del paziente

Per gestire un evento ad alto impatto emotivo si fa riferimento ad una serie di principi, il primo sicuramente è che il paziente non è un numero, un codice colore, anche se, per brevità o consuetudine gli equipaggi lo identificano come un rosso, giallo o verde corrispondente alla codificazione di invio della Centrale Operativa, ma una persona che vive una situazione di profondo disagio, a cui ci si deve avvicinare con il massimo rispetto.

Riguardo che dovrà essere mantenuto, superando eventuali pregiudizi e la tentazione di giudicare, un conto infatti è soccorrere la vittima, un altro, l'aggressore, ad entrambi, però, deve essere offerto lo stesso aiuto morale e tecnico.

Attenzioni in tema possono essere espresse anche coprendo eventuali nudità, non fissando lo sguardo su parti intime od eventuali mutilazioni e rispettando il segreto professionale.

Di pari passo con il codice etico il soccorritore farà ricorso all'empatia, ossia alla capacità di entrare in contatto con la persona sofferente con la delicatezza e vicinanza di chi comprende la sua sofferenza ed il suo stato emozionale.

Per instaurare un rapporto di empatia in tempi rapidi e particolari quali possono essere quelli di un soccorso, è necessario vincere la diffidenza del paziente (ad es. una vittima di violenza sessuale). Un

modo per stemperare la tensione ed abbassare le difese della persona in difficoltà potrebbe essere quello di assumere un atteggiamento professionale, avere un comportamento tranquillo, anche se internamente giustificatamente agitati, muoversi con pacatezza ed ordine ed eseguire le comunicazioni con la C.O ed il proprio equipaggio con voce tranquilla oltre che far avvicinare la persona soccorsa dal membro della squadra operativa più idoneo (riprendendo l'esempio sopra indicato, sarebbe auspicabile che il soccorso venisse eseguito da una soccorritrice).

Crea una relazione empatica la comunicazione efficace che comporta il presentarsi in modo comprensibile: *“sono un soccorritore, mi chiamo Cristian”*, *“sono qui per aiutarla,”* domandare ponendosi in ascolto: *“come si sente? Cos'è successo?”*, spiegare quale tipo di manovre andremo ad operare, rassicurare

Risulta fondamentale adottare una tecnica comunicativa efficace, ricordando che anche il silenzio comunica.

Quando si parla di linguaggio si è portati a pensare che ne esista un solo tipo, quello espresso dalla lingua che parliamo. In realtà ne esistono almeno tre e possiamo osservarli negli altri e in noi stessi: Il linguaggio verbale: la lingua parlata, le parole che usiamo per inviare un certo messaggio, il linguaggio paraverbale, legato alla modalità con cui si esprime il concetto: tono di voce, volume, intonazione, la velocità, il timbro, il linguaggio non verbale, ossia, quello che mettiamo in atto in maniera prevalentemente inconsapevole e che riguarda il comportamento osservabile: i nostri movimenti, la gestualità, lo stile; in breve tutto quello che fa il nostro corpo mentre parliamo.

La prossemica riveste un ruolo importante, perché riguarda il significato comunicativo attribuito alla distanza tra due individui. A livello interpersonale ne sono state individuate quattro: intima, personale, sociale, pubblica. Oltrepassare questa invisibile linea di confine compromette la relazione tra soccorritore e richiedente aiuto. Si deve porre grande attenzione soprattutto nei confronti delle vittime di abuso e delle categorie più fragili.

L'aspetto che viene notato di più e che ha un peso maggiore è proprio il linguaggio non verbale; al secondo posto c'è quello paraverbale e solo in terza posizione le parole pronunciate.

Esistono alcune regole molto semplici da seguire per ottimizzare la comunicazione con il paziente o con i suoi familiari durante gli interventi urgenti o in emergenza. Tali regole sono alla portata di tutti e sortiscono un effetto sicuramente positivo sul contesto sociale dell'intervento, che contribuisce a creare un atteggiamento di fiducia.

Il tono di voce dev'essere quanto più calmo e chiaro, in modo da risultare meglio comprensibile, lo sguardo dev'essere diretto, si mostra così che si sta dando attenzione e quindi risulta più rassicurante. Mai esibire un atteggiamento giudicante o di sfida, il soccorritore ha l'obbligo morale di aiutare e non di giudicare.

Fare attenzione alla prossimità, ovvero rispettare le distanze sociali, cercando di non stare troppo vicino, perché viene vissuto come una sopraffazione, ma nemmeno troppo lontano, perché equivale al distacco.

Il contatto fisico è sempre un elemento da valutare di volta in volta, a seconda della persona, ma anche della tipologia di paziente che ci si trova di fronte. Nell'eventualità, può andare bene toccare parti sociali come le mani o le braccia. E' necessario comprendere lo stato d'animo di chi abbiamo di fronte, pensiamo ad una vittima di violenza sessuale, difficilmente gradirà il tocco di un'altra persona, in specie se uomo. Da qui l'esigenza di comporre equipaggi misti uomo/donna.

E' importante mostrare congruenza tra comunicazione verbale e non verbale, non ci si può esprimere in un modo e comportarsi in maniera da smentirsi ad es. dire al paziente che non c'è nulla di cui preoccuparsi e poi agire in modo concitato e portarlo via in codice rosso.

Per essere certi di essere compresi occorre adeguarsi al livello comunicativo e culturale del paziente stimando la sua capacità di comprensione. Ci si deve adeguare in base a chi si sta soccorrendo: bambini, anziani, stranieri...

I soccorritori, durante il corso di formazione, si preparano ad affrontare i molteplici scenari sanitari e le diverse tipologie di paziente, ma non agli eventi violenti, alle scene del crimine, alla crudeltà

umana. La missione di un operatore del soccorso è aiutare, non aggredire, è salvare non uccidere, è difendere non sopraffare.

3.3 Le emozioni sulla scena del crimine

E' bene mettere in luce alcuni aspetti, al fine di proteggere il soccorritore da quanto accade su un evento delittuoso e dal potenziale contraccolpo traumatico ad esso connesso.

Operativamente nel mondo del soccorso, per trauma, si intende una lesione repentina, la cui forza supera la struttura protettiva cutanea e tendinea, è causata da un urto violento di molteplice entità. Esiste infatti un protocollo traumatico, che prevede l'utilizzo di presidi specifici per contenere gli arti, il bacino, la teca cranica.

Il soccorritore è completamente orientato verso l'esterno, il suo sguardo è diretto alla fisicità del servizio, al paziente, alla vittima. Per cultura e formazione non è preparato a prendersi cura di se'. Deve, invece, essere protetto dall'esposizione al trauma, come lesione a livello psichico per effetto di eventi bruschi e violenti, circoscritti, in caso di singole vittime o numericamente più rilevanti come una strage seppur domestica.

“Sono entrato nella stanza ed è stato come ricevere un pugno nello stomaco, sentivo un ronzio alle orecchie, la Centrale mi parlava, la mamma urlava straziata dal dolore più grande che si possa immaginare, io...li fermo gli occhi pieni di lacrime, sono uscito per vomitare. Non me lo sono ancora perdonato, il piccolo 13 anni si era impiccato ed io ho vomitato” racconto di Renzo soccorritore ha iniziato una terapia.

Difficile non subire un contraccolpo simile, ma non tutti reagiscono agli stressor, eventi individuali o collettivi, potenzialmente traumatici, con una grave alterazione dello stato psichico, di fronte alla medesima situazione shock gli effetti variano dal soggetto

Gli elementi di pericolo che possono predisporre al trauma sono: biologici, psicologici, psicosociali, interpersonali. Deve essere valutato il vissuto privato, il momento presente, la stanchezza i turni di

servizio. In un evento ad alto impatto emotivo, come si evince dal nostro esempio anche i soccorritori, VVF, le Forze dell'Ordine, gli astanti, i giornalisti possono diventare vittime.

La traumatizzazione può essere infatti: diretta o indiretta. Con la prima intendiamo gli eventi vissuti in prima persona, indiretta o vicaria è l'assistere, essere presenti ad un evento grave, esserne testimone, spettatore con possibile identificazione.

3.4 Prevenire il trauma vicario

Per prevenire un potenziale trauma è' necessario evitare che il lavoro prenda il sopravvento sulla vita personale e rompa l'equilibrio tra l'aspetto privata e professionale, confrontarsi con i colleghi, condividere esperienze, supportarsi reciprocamente, considerare modi diversi di reazione, coordinare le attività e complimentarsi con un collega rafforza la motivazione e placa lo stress.

Riconoscere i propri limiti, come già sottolineato, aiuta a proteggersi, è importante discernere fra ciò che dipende da noi da ciò si è in grado di fare da ciò che esula dalle proprie possibilità.

Riuscirci aiuterà ad evitare sensazioni di inadeguatezza o di impotenza che le emozioni, lo stress e la pressione potrebbero far nascere. La capacità di far fronte (coping) alla situazione emotigena creata da un evento inatteso e violento, coadiuva il soggetto a processare quanto sia accaduto. Il soccorritore può esplorare sia la capacità di prendere in esame quanto subito, sia l'abilità di regolare le proprie reazioni emotive. Questo processo di valutazione immediato e piuttosto semplice prevede una serie di parametri atti a prendere in considerazione l'accadimento emozionale, tra queste troviamo la "capacità di far fronte" ossia il procedimento in cui l'organismo valuta le possibilità di controllo dello stimolo emotigeno, verificando la portata dell'evento stressorio ed il grado di controllabilità. Si fa

ricorso ad un'azione specifica definita "lotta o fuga", quando si reputa di essere in grado di compiere una scelta.

In caso di un evento, altamente impattante emotivamente, si può sperimentare un senso di impotenza che implica un processo di una ristrutturazione interna del concetto di sé. Il coping può essere primario: la capacità di controllare l'evento; il secondario come la capacità di gestire le reazioni emotive; attivo come preparazione ad entrare in azione e passivo come atteggiamento di messa in difesa.

Tendenzialmente viene utilizzato il coping intrapsichico ossia la capacità di valutare l'evento emotigeno più tollerabile o meno pericoloso di quanto sia realmente attraverso la negazione, il pensiero desiderativo o illusorio e lo humour.

Fare ricorso al coping secondario è un'operazione non affatto semplice, spesso si possono utilizzare strategie che si sono rivelate utili in altri ambiti. Si pensi, ad esempio, al caso dell'attuale emergenza COVID-19, senza precedenti, eppure affrontata con tecniche usate in altri contesti.

Per la prevenzione del trauma vicario è utile organizzare il lavoro preservandosi degli spazi di riposo e di riflessione sul vissuto. Mantenere, quindi, un monte ore equilibrato a tutela della salute mentale e fisica, conservare le relazioni coltivando i rapporti e dialogando con amici, familiari e persone di fiducia sarà di sostegno, anche a distanza

La gestione dello stress deriva dal prendersi cura di sé e dall'incoraggiare i colleghi a fare lo stesso, dandosi l'obiettivo di essere punto di riferimento dei pazienti.

I sensi di colpa e di inadeguatezza saranno leniti tanto quanto avremo realizzato di aver fatto il massimo possibile con quanto a disposizione

3.5 L'incontro con la morte

La morte è una delle situazioni più difficili e delicate da affrontare, nel momento in cui si verifici un decesso sul servizio ci sono fatti da accettare, altri da ricordare, altri ancora, da evitare.

E' assolutamente normale sentirsi a disagio, in ansia, frustrati, impotenti, poiché l'esperienza della morte mette in crisi l'identità del soccorritore, che vuole salvare vite. In emergenza si pensa sempre di ricevere un feedback immediato, e lo si immagina positivo, l'evento critico è inatteso, può travolgere e far perdere la sensazione di controllo, facendo percepire ogni minaccia come potenzialmente letale.

Il confronto con la morte altrui, con il dolore straziante dei parenti, riporta all'operatore del soccorso il proprio senso di finitezza e di mortalità, risvegliando paure, lutti, a volte non risolti.

Non sempre è possibile sublimare la sofferenza incontrata, che può "bruciare", perché è difficile mantenere la giusta distanza emotiva.

L'applicazione di protocolli precisi, l'utilizzo di linee guida ed istruzioni operative danno sicurezza, perché significa che c'è ancora speranza, e ci si sente ancora utili.

La morte al contrario strazia gli animi, interrompe storie di vita, progetti, sentimenti e nell'affrontarla ci sono anche aspetti culturali e sociali, silenzio e chiusura o urla e teatralità dei familiari, che possono aumentare la difficoltà del soccorritore.

Non esiste la frase giusta, magica che faccia accettare o diminuire il dolore della morte.

Le parole non cambieranno la realtà però esistono frasi o parole che possono aumentarlo.

Dopo l'intervento sarà normale ripensare a quello che abbiamo fatto:

"Potevo fare di più?", "Ho sbagliato qualcosa?" "Ho usato le parole giuste?"

"Ho seguito il protocollo?", Mi sono lasciato prendere dal panico?

3.6 L'autoprotezione emotiva

L'emergenza è per definizione lo scenario in cui si condensano emozioni violente e confuse, incertezze, ricerca disperata di rassicurazioni, bisogno di attaccarsi ad una speranza, necessità di prendersela con qualcuno e di trovare subito spiegazioni.

Il soccorritore non è il supereroe dei fumetti, non deve necessariamente essere imperturbabile, senza emozioni, freddo e calcolatore.

Gli eventi violenti, specialmente se riguardano i pazienti più fragili ed indifesi, logorano anche gli operatori più equilibrati e con più anni di esperienza.

Accettare i limiti umani permetterà di non vivere l'accadimento come un fallimento, auto proteggendosi in maniera adeguata anche dal punto di vista emotivo.

Un assunto errato, anche tra gli operatori stessi, purtroppo, sulla figura del soccorritore è proprio "il soccorritore che sta male non è un vero soccorritore"

Chi presta aiuto è, prima di tutto, una persona e le situazioni in cui agisce sono proprio quelle circostanze di pericolo, dolore e sofferenza da cui, normalmente, gli individui tendono a fuggire.

E' necessario non negare, ma accettare le proprie emozioni, cercando di non esserne travolti.

3.7 Lo scenario delle emozioni

"Cosa fare? Come fare? Cosa dire? Come dirlo? Quali rischi? Quali ripercussioni alla fine del servizio?"

Queste sono solo alcune delle molte domande che si pone chi si avvicina ad un intervento, in particolare sulla scena del crimine.

Per un soccorritore è sicuramente importante: cercare di gestire le emozioni su due fronti: le proprie e quelle altrui, amplificate dal contesto a forte impatto psicologico e non negare questa dimensione

umana, anche nell'ottica di assumere un ruolo di stabilizzatore emotivo in uno scenario ricco di ansia.

La gestione emotiva è utile anche per facilitare il compimento del fare tradizionale, migliorando i tempi e le procedure. Una gestione attenta delle situazioni complesse aiuta a minimizzare i rischi per i soccorritori e a massimizzare l'efficacia e l'efficienza delle azioni.

Prima di tutto si deve riconoscerne l'esistenza, prendersi cura delle proprie dimensioni emotive, come di quelle dei colleghi, prima, durante ed in seguito ad un intervento particolarmente difficile.

Occuparsi di se stessi, inoltre, è l'unico vero modo di essere d'aiuto agli altri.

L'azione di soccorso è composta da varie fasi, ognuna riconducibile a tipiche ed individuabili reazioni psicologiche:

Fase di allarme

Arriva l'attivazione di soccorso da parte della Centrale Operativa. Si ha una reazione da impatto: il soccorritore può reagire dal punto di vista emotivo: con ansia, stordimento, irrequietezza, paura per ciò che dovrà affrontare sulla scena dell'evento.

Potrebbe sentirsi inadeguato, o non sostenuto, timori che generano confusione e smarrimento. Dal punto di vista fisico: si può riscontrare accelerazione del battito cardiaco, aumento della pressione arteriosa, difficoltà respiratoria.

Sul piano cognitivo un possibile disorientamento e difficoltà ad interpretare e valorizzare le informazioni ricevute, mentre su quello comportamentale si può palesare una difficoltà comunicativa ed una diminuzione dell'efficienza.

Mobilizzazione

Gli operatori si prefigurano lo scenario e le modalità operative più efficaci.

Con la preparazione all'intervento, viene superato l'impatto iniziale con un graduale recupero dell'autocontrollo emozionale, ripresa favorita anche dal trascorrere del tempo, anche se minimo ed al passaggio all'azione finalizzata e coordinata.

La maggior parte dei vissuti e delle reazioni precedenti sono presenti in tono minore in questa fase.

Azione

E' il momento dell'operatività, in questa fase il soccorritore può vivere stati emozionali molto diversi e contrastanti. Può passare da momenti di grande gratificazione ed euforia, ad esempio: dopo una rianimazione andata a buon fine, a momenti di profondo scoramento, delusione, colpa, inadeguatezza, paura, senso di fallimento, quando l'intervento non è tempestivo o non risulta efficace per le insufficienze delle competenze, quando portato a termine l'obiettivo sanitario, ci si accorge di aver compromesso le indagini contaminando la scena del crimine (*si pensi al caso Delfino pag. 26*). L'azione e l'impegno dedicati all'intervento diradano lo stato di allarme. Il rischio dell'esaurimento delle risorse psicofisiche sta nella durata dell'intervento.

Smobilitazione - del lasciarsi andare o di decompressione

Nel ritorno alla normale vita sociale e lavorativa, il soccorritore può ritrovarsi due tipi di stati emozionali: il primo è costituito da un carico emotivo represso, inibito, negato, per dar spazio all'operatività nella fase dell'azione; è caratterizzato da ansia, delusione e rabbia, tristezza, difficoltà nel rilassarsi, riaffiorare di episodi emotivamente forti, sensi di colpa.

Il secondo consiste in un complesso di vissuti, prodotti dalla separazione dagli altri membri dell'equipaggio, situazione che spesso determina la fine dell'occasione di continuare a raccontare l'accaduto, pratica ricercata e necessaria dopo un soccorso ad alto impatto emotivo.

Ripensare ai fatti successi e recuperare energie, ma anche emozioni sopite nella fase di intervento può comportare angoscia. Il dialogo con persone fidate e il supporto psicologico diventa un contributo importante.

In queste fasi, un'approfondita formazione, ripresa con aggiornamenti periodici, essere informati sugli aspetti legali del soccorso, creare una relazione basata sulla fiducia e la comprensione reciproca, analizzare in un'ottica di critica costruttiva gli interventi più impegnativi, confrontarsi e chiedere il parere degli esperti con un atteggiamento di apertura favorisce l'equilibrio personale e la creazione di un clima armonioso e facilitante.

La difficoltà emotiva legata agli interventi non è sempre una questione necessariamente oggettiva, ad es. i pazienti pediatrici sono critici più o meno per tutti, ma è più frequentemente legata alle tematiche sensibili, ai nervi scoperti di ciascuno rispetto ai suoi tratti caratteriali, esperienze personali, stile di vita, valori o momento di vita attuale.

A prescindere da questo bagaglio personale nella maggior parte dei casi durante l'intervento, come già sottolineato, si cerca di rimanere focalizzati sulle procedure da mettere in atto, lasciando in secondo piano la dimensione emotiva e relazionale. Senza mai dimenticare che, però, essa è sempre presente anche se non ci si presta attenzione.

Durante un intervento a seconda della situazione e di alcuni fattori personali si possono attivare emozioni di questo tipo:

ANSIA: preoccupazione rispetto a ciò che ci si può trovare di fronte, insicurezza sulle proprie capacità di saper gestire la situazione in modo adeguato e/o mancanza di fiducia delle altre persone che compongono l'equipaggio con me, l'ansia è una reazione normale che abbiamo quando non controlliamo o comprendiamo una la situazione

PAURA: uscire di notte, in un luogo e su una situazione potenzialmente minacciosa con conseguente preoccupazione per la propria incolumità fisica poiché non ci si ritiene in grado di tutelarsi. La paura è un'emozione primaria e di conseguenza universale, che deve essere considerata uno strumento di

lavoro prezioso, mantiene in allerta e permette di comprendere meglio e più in fretta dinamiche emotive del singolo o del gruppo.

Avere paura è fisiologico, non patologico.

Un operatore del soccorso che non prova mai paura è disfunzionale, perché perde una preziosa alleata nel riconoscere i problemi.

RABBIA: uscire di notte al freddo per andare a soccorrere una persona in stato d'ebbrezza che, magari, vorrebbe solo essere lasciato in pace dove sta e diventa violento;

TRISTEZZA: quando capita di intervenire in una situazione di disagio sociale , una famiglia povera, anziani soli, bambini malati, pazienti cronici

IMPOTENZA: arrivare sul luogo dell'intervento e rendersi conto che non c'è più nulla da fare, che ormai è tardi e ripetersi all'infinito che sarebbe stato sufficiente essere stati allertati un minuto prima, o che l'automobilista che ha rallentato la corsa dell'ambulanza, si fosse accostato...

3.8 Conseguenza emotive del servizio

Le reazioni emotive prese in considerazione, fanno parte di una risposta fisiologica ad un carico di stress.

Gli avvenimenti violenti ed inattesi sono un fattore rilevante di attivazione delle emozioni. Gli aspetti negativi hanno un impatto maggiore sul nostro funzionamento mentale ed è del tutto normale vivere uno stato di allerta, benchè le emozioni difficilmente siano fuori controllo è bene non sottovalutare le reazioni susseguenti gli interventi ad alto rischio. Si deve necessariamente prendere coscienza della sequenza emotiva individuando l'insorgenza controllandone sviluppo, apice e verificando il loro naturale decremento e l'estinzione. Di rado, il soccorritore può avere come conseguenza del soccorso

su una scena di un crimine, un trauma profondo che non si risolve se non con l'aiuto di personale esperto.

ASD

Il disturbo acuto da stress (ASD) è causato dall'esposizione diretta ad un evento ad alto impatto emotivo come può essere la morte o la minaccia dell'integrità fisica propria o altrui (omicidi efferati, suicidi di minori, violenze e torture). La reazione che ne consegue è di tipo patologico, si riscontra nell'immediatezza dell'evento o entro il mese successivo. L'insorgenza del disturbo riscontrata sugli operatori del soccorso dipende dalla gravità del trauma, dalla durata dell'esposizione, ma dipende fortemente dalle condizioni pregresse dell'interessato, dal contesto socioculturale e dal vissuto emotivo. Il paziente manifesta terrore ed una forte sensazione di impotenza andando incontro ad uno shock emotivo. Si riscontrerà una reazione dissociativa, un'apparente insensibilità alle emozioni, derealizzazione, depersonalizzazione con possibile amnesia parziale o totale dell'accaduto.

L'evento critico ritorna prepotentemente in modo intrusivo con flashback, immagini, sogni e timori di rivivere il trauma. Viene evitato tutto ciò che riporta al trauma, il paziente vive uno stato di profonda ansia e di costante allerta con manifestazioni psicopatologiche di irrequietezza, insonnia, agitazioni motorie, emotive ed irritabilità.

Nulla toglie che l'evento stressante amplifichi o metta in evidenza un disturbo mentale pre esistente, per una diagnosi precisa è necessario l'indirizzamento a personale competente.

Bisogna prestare grande attenzione alle manifestazioni emotive del personale coinvolto, questa responsabilità non deve essere lasciata al singolo ma è dovere non solo dei membri che compongono l'equipaggio dell'intervento critico ma di tutto il gruppo appartenente all'organizzazione .

Da tenere in evidenza nel soccorritore coinvolto:

- assenza di emozioni positive

- stordimento obnubilamento
- amnesia parziale o totale dell'intervento
- tendenza all'isolamento
- attacchi di collera ingiustificata
- costante stato di allerta
- incapacità di prestare attenzione

Indipendentemente da quanti sintomi sopra descritti siano esperiti, l'operatore del soccorso coinvolto, assumerà un comportamento disfunzionale, significativamente differente dal comportamento abituale (un soccorritore che di norma ride e scherza avrà atteggiamenti completamente diversi dal solito manifestando cupezza, tristezza, intollerabilità).

PTSD

Il disturbo post traumatico da stress è preceduto dal disturbo acuto da stress, ne è infatti la sua evoluzione anche se è contemplato l'esordio ritardato, insorgendo anche dopo mesi. Può avere un andamento cronico fluttuante anche per molti anni (si pensi alle vittime di abuso).

Il PTSD insorge dopo un'esposizione ad un evento traumatico con una forte incidenza emotiva a cui il soccorritore non solo non è preparato, ma che va contro la sua stessa natura e missione.

E' opportuno precisare che la mission di questi uomini e donne, volontari o dipendenti prevede una forte carica umanitaria, di senso del dovere e di protezione.

Il soccorritore, per sua natura operativa, viene di frequente chiamato ad intervenire in situazioni di estrema emergenza, che vedono coinvolte vittime di ogni età (bambini, adulti, anziani). L'affrontare quasi quotidianamente il dolore altrui, non crea nel soccorritore una barriera protettiva emotiva né lo "abituano" o lo prepara alle situazioni più efferate.

Quando accadono eventi terribili, molte persone restano turbate per un lungo periodo. In alcune, gli effetti sono tanto persistenti e gravi da essere debilitanti e costituire un disturbo. Generalmente, gli

accadimenti inclini a causare il PTSD sono quelli che evocano sentimenti di paura, impotenza ed orrore. Altre manifestazioni cliniche possono essere caratterizzate da crisi di angoscia profonda ripetute e riaccese da quanto può riportare alla tragedia vissuta. Questi crolli prostrano il soggetto coinvolto e lo lasciano in preda al timore del ripresentarsi delle situazioni vissute al momento del trauma.

Come nel ASD si riscontra un impairment delle funzioni critiche come il giudizio, la regolazione degli affetti, la programmazione di un'azione e la capacità di portare a termine i progetti, ma non si riscontra la reazione dissociativa.

Come per l'ASD può presentarsi per causa diretta od indiretta

Quanto inteso dell'accaduto da colui che interviene, potrebbe essere non veritiero, portandolo a dare colpe a sé stesso o ad altre persone. I rimpianti sono frequenti, come ad esempio accusare sé stessi di essere ancora in vita al contrario delle vittime o di non essere intervenuti tempestivamente nel soccorso o ancora aver commesso errori nelle manovre previste a salvare la vita, come ad esempio un'inefficace compressione toracica prevista per la rianimazione cardiopolmonare, dovuta a stanchezza e/o debolezza fisica.

Al termine del soccorso, soccorritori e soccorritrici adottano specifiche azioni finalizzate a stemperare ed eliminare per quanto possibile, l'ansia accumulata. Alcuni comportamenti che adottano sono: raccontare ripetutamente a persone terze quanto vissuto, tenersi più occupati possibile riordinando presidi sanitari o altro materiale, scherzare sdrammatizzando con il tipico "humor nero".

Molti cercano di alleviare i sintomi con l'alcol o le sostanze illegali, altri con cibo spazzatura o isolandosi davanti alla TV.

Anche le vittime di un evento critico mettono in atto strategie difensive una esemplificativa per tutte il desiderio di eliminare simbolicamente e non solo con ripetuti lavaggi il senso di disagio e di sporco, percepito su di sé (vittime di violenza sessuale)

E' importante che ciò non accada prima che la vittima sia stata visitata in ospedale e dopo aver reperato eventuale materiale organico, presente su mani, cavità vaginali, abiti.

Burnout

“Le persone pagano un prezzo molto alto per fare da guardiani ai propri fratelli e sorelle”

(Cristina Maslach)⁴

Il termine Burnout in italiano può essere tradotto come “bruciato”, “scoppiato”, “esaurito”. E' l'esito patologico di un processo stressogeno che colpisce le persone che esercitano professioni d'aiuto, se non rispondono in maniera adeguata ai carichi eccessivi di stress che il loro lavoro comporta.

Diversi studi sono stati condotti, anche in Italia in merito allo stress nelle professioni sanitarie. Le ricerche sono state compiute in campo intraospedaliero mettendo in luce quanto medici ed infermieri possono essere soggetti a burnout . L'ambito sanitario prevede anche il settore extra ospedaliero, in cui si muovono, affiancando spesso il personale medico ed infermieristico, gli operatori del soccorso che ricordiamo sono tecnici, in preponderanza volontari, con una grande formazione specifica operativa, ma del cui “benessere mentale” ancora troppo poco si parla.

Nelle diverse fasi che portano un individuo a diventare soccorritore e continuare nel suo percorso con la dovuta formazione, fanno sì che dal punto di vista operativo e non amministrativo il soccorritore volontario sia equiparato ad un normale lavoratore impiegato in altri ambiti.

⁴Maslach, C. e Leiter, P.L. (2000), *Burnout e organizzazione* Ed. Erickson

Nel corso degli ultimi decenni, il mondo del soccorso in Italia, ha subito, come già evidenziato, molteplici cambiamenti anche dal punto di vista sociale. Se in passato un soccorritore era prevalentemente spinto a prestare volontariato da un sentimento meramente altruistico, forte della spinta motivazionale di essere d'aiuto e ritenendo sufficiente, come gratificazione, il buon esito del soccorso, si evince ora, soprattutto tra i giovani volontari, che le motivazioni siano più legate all'arricchimento delle proprie competenze ed a un accrescimento personale. I corsi di formazione danno diritto a crediti valevoli in campo scolastico e la certificazione regionale è considerata valore aggiunto nel curriculum vitae.

Ai giorni nostri, tra i volontari vi sono coloro i quali auspicano che il loro impegno possa sfociare in uno sviluppo professionale, esigenza comprensibile, vista la precarietà lavorativa odierna.

Oltre agli aspetti positivi di impegno, di serietà, di resilienza, a turni e servizi spesso pesanti fisicamente e psicologicamente, dobbiamo soffermarci su quelle condizioni critiche che troppo spesso risultano motivo di insoddisfazione, tensione e rammarico che possano portare all'interruzione, da parte del soggetto, della sua missione di volontariato. L'assenza di riconoscimento per l'attività, a volte immane compiuta (ricordando che il soccorritore è un operatore tecnico, come capitato durante la prima fase di emergenza dovuta al covid-19, in cui erano giustamente gratificati medici ed infermieri, oltre agli operatori sanitari, ma quasi mai menzionati i soccorritori, primi soggetti ad intervenire operativamente).

Al termine di un intervento quando l'esito è risultato negativo (arrivo in ritardo, morte del paziente), potrebbe manifestarsi la sensazione che il proprio lavoro sia stato inefficace o che il compito fosse al di sopra delle proprie capacità. Considerare l'assenza di protocolli come una ingiustificata assegnazione di responsabilità o al contrario un'eccessiva rigidità gerarchica come una mancanza di autonomia che impedisca l'azione ritenuta più idonea in quel momento contribuisce a scardinare sicurezza ed autostima.

All'interno del gruppo dei volontari può verificarsi che uno o più soggetti, siano contrari alle decisioni prese da coloro che sono alla guida della realtà organizzativa, questo atteggiamento può minare

l'integrazione con la struttura di appartenenza rovinando il clima gruppale necessariamente armonioso per affrontare le missioni più impattanti emotivamente.

“L'insoddisfazione è un indicatore attendibile del malessere o del burnout esperito dal volontario”

(Marta e Scabini, 2003)

Da qui l'importanza di attenzionare i gruppi, le comunità in cui si muovono i soccorritori

3.9 Il ruolo del gruppo

Il gruppo può costituire una risorsa importante per la protezione del singolo operatore del soccorso e viceversa l'intervento di un singolo soccorritore può fare del bene all'intero gruppo.

E' utile dopo un brutto servizio esprimere i propri sentimenti e le proprie emozioni, particolarmente se negative faciliterà l'espressione delle emozioni dei compagni. Condividere il bagaglio emotivo di un soccorso servirà a tutti i membri dell'equipaggio a sentirsi meno soli, ma anche agli altri soccorritori a "tirare fuori" quello che sentono in quel momento.

Attualmente vengono utilizzati i seguenti interventi di gruppo strutturati che possono servire come spunto per discutere l'avvenimento con gli altri colleghi soccorritori, i primi possono essere tenuti anche da personale non specializzato, l'ultimo invece deve essere condotto da un professionista.

Rottura e depotenziamento della dinamica negativa di gruppo

La comunicazione collettiva è meno efficace di quella rivolta a singoli, ma il singolo immerso in una dinamica di gruppo ne sente fortemente la pressione. E' necessaria l'individuazione progressiva di interlocutori possibili con una particolare attenzione ai ruoli interni, diventa fondamentale la differenziazione della "massa".

- Responsabilizzazione individuale dei partecipanti.
- Richiamo a regole sovraordinate del contesto che valgono per tutti indistintamente
- Definizione di un comportamento "win-win" da un punto di vista sociale e di piccolo gruppo.

Nell' interazione win-win i protagonisti dell'interazione "vincono" entrambi. Lo stato d'animo è quello di una ricerca costante di un beneficio condiviso da entrambe le parti. Con questa filosofia le parti sono a loro agio con le decisioni assunte collettivamente, e si sentono impegnate a realizzare il

piano sviluppato insieme. “Win-win” si basa sul paradigma che può esserci “gloria per tutti” e che il successo di una persona non deve essere ottenuto a spese del successo di altri.

A differenza del win-lose, che significa “io vinco, se tu perdi”. Questa filosofia è tipica dell’approccio autoritario. Le persone “win-lose” sono portate a usare il loro potere, le loro credenziali, la loro ricchezza o la loro personalità per affermare la loro posizione. Certamente c’è un posto per il “win-lose” nelle situazioni fortemente competitive e dominate dalla sfiducia, ma i risultati che vogliamo ottenere dipendono dalla cooperazione e non dalla competizione con gli altri.

È fondamentale tenere unita la squadra, l’equipaggio, l’intera aggregazione, per quanto gestire le dinamiche di gruppo non sia facile

3.10 Tecniche di decompressione emotiva

Defusing

Il defusing avviene nell’ immediatezza dell’evento critico, quando le emozioni sono ancora “calde” è considerata una chiacchierata gestita dal caposervizio o da chi ha più esperienza o è riconosciuto come leader. Ha una durata di 20-40 minuti.

Ha come obiettivo di riportare l’equipaggio alla normalità, riducendo le alterazioni da esposizione, di trovare soluzioni al disagio e nuove strategie per futuri interventi simili. Favorisce il confronto e l’azione catartica del racconto.

Le persone che partecipano hanno occasione di discutere dei fatti inerenti all’intervento, dei loro pensieri e del loro vissuto emotivo.

E’ utile per depotenziare il livello di funzionamento gruppal, abbassare la sovraeccitazione di tutti, responsabilizzare i singoli, far mentalizzare la situazione, parlare maggiormente delle cose da fare invece di quelle da non fare.

Viene strutturato in tre momenti:

- Introduzione: si pongono le basi per ottimizzare l'incontro e viene sancito il patto di riservatezza
- Esplorazione: si ripercorre l'accaduto, le manovre eseguite, le sensazioni provate
- Informazione: è il tempo dedicato alla rassicurazione, al ricordo di avvenimenti passati, a come siano stati difficili anche per i soccorritori più esperti.

Questo tipo di condivisione rafforza lo spirito di squadra, allenta la tensione e se condotto bene favorisce o non rende più necessario il Debriefing

Debriefing

Il Debriefing , come il defusing, fa parte del programma Critical Incident Stress Management (CISM) si occupa dell' immediato, del disagio dovuto all'evento critico e non delle difficoltà intrinseche dei soggetti coinvolti.

E' uno strumento articolato, condotto da un team di psicologi specializzati, normalmente viene svolto tra le 24 e le 96 ore che seguono l'avvenimento, tempo sufficiente per schematizzare a livello psicologico la prova affrontata, ma non per fissarla nel vissuto personale.

E' previsto quando le conseguenze emotive suscitate da eventi impattanti, prevaricano il normale funzionamento dell'equipaggio operativo, quando la resistenza e la resilienza individuali sopperiscono ed il gruppo non riesce a farne fronte.

Il debriefing è scandito da 7 fasi:

1. Introduzione
2. Esposizione dei fatti
3. Elaborazione dei pensieri
4. Discussione delle emozioni

5. Discussione dei sintomi
6. Fornire informazioni
7. Conclusione.

E' un lavoro importante, svolto tra poche persone, cinque al massimo sei, nei casi più critici si opta per un percorso individuale. Attraverso i vari stadi si rievocano gli accadimenti, le emozioni, le reazioni permettendo così una ristrutturazione funzionale della squadra di soccorso.

Comprendere quanto avvenuto permette agli operatori di categorizzare l'esperienza , metabolizzarla, anche in assenza di significato. L'accettazione del dolore, della tragedia, ma ancor più della crudeltà umana è un cammino, a volte infinito. Si pensi alla squadra intervenuta per casi di morte dolosa di minori a carico dei genitori, le figure preposte al nostro accudimento.

Il compito del soccorritore, da un punto di vista psicologico, è decisamente particolare, perché anche nelle situazioni più difficili o folli, deve funzionare in modo sano.

Con il tempo il soccorritore sviluppa una sorta di tolleranza nei confronti delle situazioni emotivamente stressanti, ma in realtà, spesso, come abbiamo visto, può subire ripercussioni sul piano psichico, in seguito all'esposizione a situazioni ad alto impatto emozionale, come accade sulla scena di un crimine, indipendentemente dalla gravità del servizio.

CAPITOLO 4 - Suggerimenti e Conclusioni

Negli scenari dove sono stati commessi dei crimini, in qualità di soccorritori, per quanto tecnici e non sanitari, dobbiamo sempre: agire in sicurezza, prestare soccorso sanitario agli eventuali feriti, cercare di inquinare il meno possibile la scena, osservare e descrivere puntualmente quanto avvenuto ed eseguito durante l'intera missione di servizio a partire dall'arrivo sul posto.

Per attuare i sopracitati passaggi, in modo ottimale, soprattutto per quanto riguarda gli ultimi due punti, diventa fondamentale fornire ai soccorritori una formazione apposita, meglio se equivalente su tutto il territorio nazionale. Supponiamo infatti di dover agire in un luogo a cavallo fra due regioni, esempio non così impensabile, considerata la conformità fisica

Formazione che ad oggi è lasciata al singolo.

Diventa, quindi, fondamentale comprendere in che modi si può aiutare il mondo del soccorso ad ampliare l'ottica dei propri protocolli d'intervento.

A livello legislativo qualche piccolo progresso è stato fatto, ma non ancora sufficiente ad avere chiare linee guida da seguire. Ad esempio, è stato promulgato un disegno di legge che favorisca il riconoscimento della figura dell'autista soccorritore come professionista, non perché gli autisti volontari non siano competenti, ma per valorizzare il lavoro svolto e ed avere un metodo unico di operatività.

*“migliorare il servizio sanitario di emergenza ed urgenza in sede extra ospedaliera attivo in tutta la nazione attraverso riconoscimento della figura professionale dell'autista soccorritore, procedendo a colmare una lacuna normativa presente nel nostro ordinamento dal 1992”.*⁵

Ad oggi, infatti, nonostante l'autista soccorritore sia di fatto presente all'interno dell'organizzazione dei servizi di emergenza e abbia ormai acquisito una coscienza di categoria che lo porta ad avanzare una specifica domanda di regolamentazione dei suoi compiti, attività e formazione, nulla è stato fatto per un suo riconoscimento normativo anche se sono stati presentati alcuni disegni di legge sul tema nelle precedenti legislature.

Il presente DDL prevede il riconoscimento della qualifica di autista soccorritore e del suo ruolo, specificando le mansioni, così come gli ambiti di intervento, suggerendo soluzioni idonee e formative valide su tutto il territorio nazionale. Garantendo una dignità professionale a chi con grande determinazione e valore mette in gioco la propria vita per aiutare chi ha bisogno. *(si pensi ai rischi affrontati durante la pandemia Covid-19)*

È doveroso garantire a tutti i cittadini un adeguato soccorso, al passo con i tempi come già accade in altri Stati europei, individuando la figura professionale del soccorritore e colmando così una lacuna che crea disuguaglianza tra le varie regioni. A tal fine l'articolo 1 decreta il ruolo dell'autista soccorritore, stabilendo, in seguito al conseguimento dell'attestato di qualifica conseguito al termine del corso di formazione, le attività che l'autista soccorritore dovrà svolgere.

L'articolo 2 prevede che in base al fabbisogno del servizio sanitario regionale, siano le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano a stabilire l'organizzazione dei corsi di formazione della figura dell'autista soccorritore, i requisiti di accesso a tali corsi, l'organizzazione didattica, le materie di insegnamento e il tirocinio necessario per ottenere l'attestato di qualifica. L'articolo in

⁵ DDL n. 1127 Senato della Repubblica XVIII LEGISLATURA

questione prevede inoltre che siano sempre le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano a stabilire i criteri da adottare per potersi avvalere di enti pubblici accreditati preposti alle attività di soccorso per lo svolgimento dell'attività formativa.

L'articolo 3 stabilisce il contesto operativo nel quale la figura professionale presta la propria attività. All'articolo 4 vengono stabilite quali siano le attività e le competenze che l'autista soccorritore svolgerà a termine del corso di formazione e dopo aver conseguito l'attestato di qualifica.

L'articolo 5 stabilisce quali siano i criteri di accesso ai corsi di formazione professionale, e nello specifico, patente di guida ed età anagrafica.

Gli articoli 6, 7 e 8 stabiliscono il percorso formativo da dover svolgere per ottenere il conseguimento dell'attestato di qualifica e il rilascio del titolo abilitante di autista soccorritore dell'emergenza sanitaria.

In particolare, l'articolo 6 stabilisce l'organizzazione didattica del corso di formazione, l'articolo 7 stabilisce le modalità attraverso le quali verrà svolto il tirocinio; l'articolo 8 prevede le modalità attraverso le quali, e solo in seguito all'esame finale, viene rilasciato l'attestato professionale di autista soccorritore di emergenza sanitaria e il titolo abilitante alla professione.

All'articolo 9 si prevede l'introduzione del registro pubblico degli autisti soccorritori. Infine, all'articolo 10, il presente DDL prevede norme transitorie per l'esonero della frequenza del corso degli autisti soccorritori con almeno 2000 ore di servizio all'attivo.

Riteniamo doveroso e necessario istituire il profilo dell'autista soccorritore al fine di riconoscere una figura esistente da decenni e che, nonostante il grande lavoro svolto all'interno dell'organizzazione dei servizi di emergenza di tutta Italia, è ancora orfana di normativa. È necessario il riconoscimento di un profilo unico di autista soccorritore sia all'interno della sanità pubblica, sia privata e dello stesso terzo settore (mondo associativo). Un profilo di interesse sanitario, non riconducibile alle altre professioni, che abbia garantita una formazione unica in tutta Italia, di modo da limitare il caos esistente oggi.

In attesa del giusto riconoscimento della figura professionale dell'autista soccorritore, agnizione necessaria ad identificarne la posizione sociale, garantendo una tutela maggiore, l'operatore si sentirebbe gratificato per il proprio impegno, spesso invisibile ai più. Si ritiene necessaria una formazione specifica ad operare sulla scena del crimine, con valenza nazionale, in modo da unificare la gestione operativa su tutto il territorio.

A questo proposito consideriamo utile suggerire l'introduzione di un report di servizio, specifico per la scena del crimine, che agevoli i soccorritori ad evitare errori imputabili dell'allungamento o della compromissione del lavoro investigativo.

Va detto, che gli equipaggi di soccorso, hanno già un report paziente, focalizzato, però, sull'aspetto sanitario del soggetto a cui si prestano le cure. Su tale documento sono registrate le condizioni del paziente: lo stato di rinvenimento, le cause della chiamata, eventuali ulteriori patologie e le operazioni effettuate dall'equipaggio.

Sul report specifico della scena del crimine andrebbero, invece, flaggare le informazioni utili per ricostruire il corso dell'evento, prima dell'intervento stesso, degli operatori. Elementi quali la posizione del corpo: prono, supino, seduto, appeso o galleggiante l'aspetto del corpo: integro, mutilato, decomposto. Le condizioni degli indumenti se integri, lacerati, imbrattati o insanguinati. I tipi di violenza riscontrati: strangolamento, accoltellamento, colpo d'arma da fuoco, soffocamento, corpo contundente, colluttazione. Oltre agli esempi sopraelencati andrebbero segnalati anche i dispositivi di protezione individuali, utilizzati dagli operatori, volti a salvaguardare la sicurezza degli stessi e a non contaminare la scena del crimine.

(vedere allegato B)

Altrettanto importante adottare come prassi la redazione di un apposito verbale al termine del servizio, in cui vengano descritte tutte le operazioni effettuate, in modo da avere un documento che potrebbe

fungere da prova ed una memoria chiara, evitando il *restringimento dell'attenzione* sugli aspetti focali degli eventi ad impatto emotivo, tralasciando i dettagli periferici (Easterbrook 1959).

Si chiede alle centrali operative l'invio di istruzioni operative specifiche e l'introduzione su tutti i mezzi di soccorso del kit scena del crimine, come descritto in precedenza.

Un riconoscimento normativo della figura del soccorritore, identificherebbe lo stesso, come incaricato di pubblico servizio, chiarendo definitivamente il dilemma sull'utilizzo di videocamere, registratori e macchine fotografiche. Pratica fondamentale sia per tutelare l'operato dei soccorritori, sia per semplificare il lavoro degli inquirenti, come previsto dalla legge. Attualmente è la centrale operativa a decidere se permettere o meno ai soccorritori sul posto, di fare fotografie o videoregistrazioni. Sarebbe auspicabile avere delle autorizzazioni precise sull'utilizzo della strumentazione video, in modo da essere acquisite dai protocolli operativi.

Inoltre, auspichiamo che l'applicazione Where ARE U sia estesa al più presto su tutto il territorio nazionale. L'app è pensata infatti, sia per geolocalizzare la vittima, sia per quei casi più estremi, dove ad esempio vi siano circostanze potenzialmente pericolose: da qui la possibilità di effettuare una "chiamata silenziosa", che consentirà di inoltrare la comunicazione, anche se non si può parlare, permettendo così all'operatore che riceverà la chiamata di gestire al meglio la situazione. Per una gestione più efficiente del servizio ed una realizzazione più completa delle sue finalità, è altamente consigliabile impostare la propria scheda profilo, al fine di fornire maggiori informazioni agli operatori del soccorso che eventualmente bisognerà contattare in caso di emergenza.

Sarebbe utile e doveroso, prevedere un sostegno psicologico preventivo, ma anche post-missione.

Va detto che Areu Lombardia prevede già uno sportello per i soccorritori che hanno bisogno di assistenza dopo aver affrontato un evento critico. È il servizio peer-support. La metodologia del supporto "Peer to Peer" fra operatori del soccorso necessita di particolare accuratezza nell'applicazione degli strumenti. Il ruolo di Peer supporter richiede, infatti, di mantenere solida la propria identità professionale e aggiungere competenze specifiche non necessariamente affini ad essa. Tale complessità viene attuata attraverso solida formazione specifica sugli strumenti, abbinata a costante supervisione e monitoraggio nel loro utilizzo. Per aumentare ulteriormente l'accuratezza nell'utilizzo di strategie, è buona prassi formativa introdurre in tutte le fasi: apprendimento, utilizzo e mantenimento della competenza, occasioni di esercitazione e supervisione post-intervento.

E' un servizio costituito da un gruppo di Pari composto da personale sanitario e tecnico, suddiviso nel territorio regionale. La loro formazione ha una base comune teorica solida. Tra gli operatori possono esserci differenze in termini di anni di appartenenza al gruppo, partecipazione ad aggiornamenti e di numero di interventi attuati. Queste diversità, però, non sono da rilevare solo in termini di criticità, sono al contrario fonte di potenziale crescita formativa del gruppo. Importante risorsa del gruppo Pari è infatti l'appartenenza ad una progettualità di rete post evento critico presente in modo capillare a livello regionale che prevede aggiornamenti continui centralizzati.

È denominato di ascolto attivo, gestito, quindi, da pari formati ed aderenti al progetto "Ben-Essere in Emergenza", coadiuvato da psicologi dell'emergenza sanitaria.

Nasce dalla necessità riscontrata sul campo, di liberarsi dall'oppressione emotiva, potenziale bagaglio di un evento stressogeno, per individuare un ancoraggio di supporto, nella rete amicale e familiare, scongiurando così, il rischio di estraniarsi dalla realtà ed aumentare le capacità di resilienza. Il servizio si basa sull'ascolto empatico, sulla disponibilità e sulla totale riservatezza.

La risposta all'evento critico è infatti soggettiva: non è solo l'evento in sé a creare disagio, ma soprattutto il significato che quell'evento ha per ciascuno.

La risposta in situazioni analoghe può essere diversa in funzione della vulnerabilità personale, del proprio vissuto, dei propri bisogni, del momento particolare della vita. Malgrado si stabilisca una specifica strategia per rimanere "professionalmente distaccati", emozioni e sentimenti intensi possono mettere alla prova tale distacco.

Provare disagio dopo un evento critico è una esperienza umana, non significa esser deboli, malati, poco performanti. Questo tipo di reazione è da considerarsi come una risposta normale a un evento di grande peso emotivo.

I soccorritori dovrebbero contattare il gruppo dei Pari, ogni volta che una missione lascia un disagio che tarda a stemperarsi, quando, anche se i colleghi non ne parlano più, si sente ancora la necessità di raccontare l' accaduto, quando quella persona soccorsa è sembrata, e non si sa nemmeno perché , così familiare, quando e senza sapere perché si avverte qualche disturbo fisico e/o psicologico dopo una missione come per esempio: sonno disturbato, pensieri intrusivi, collera, senso di colpa, disagio nei rapporti interpersonali, calo della motivazione, abuso di alcol e di sostanze.

Si ritiene necessario proseguire il cammino di abbattimento del pregiudizio che vede la richiesta di aiuto psicologico come un segno di debolezza di cui vergognarsi, anticipando l'eventuale emersione di un disagio, offrendo la possibilità di acquisire qualche strumento di gestione dell'ansia e dello stress.

Ampliare il concetto di autoprotezione, accrescendo la capacità di prendersi cura di sé a livello emotivo, per poter star meglio con sé stessi e con gli altri, garantendo un supporto emotivo.

Gli operatori del soccorso sono sottoposti allo stress dovuto al contatto con la sofferenza dei pazienti, oltre a quello derivato dalla scarsità di risorse dell'ambiente lavorativo e dal breve tempo a disposizione. Il periodo della relazione con la persona bisognosa di aiuto è, infatti, circoscritto alla durata dell'intervento, una volta lasciato alle cure del personale sanitario operante nella struttura

ospedaliera infatti, nulla è più dato di sapere al soccorritore, alimentando un senso di precarietà e dubbio sull'efficacia del proprio operato.

Il sovraccarico emotivo, l'elevata responsabilità, la paura di non fare abbastanza, o di contaminare il luogo dell'evento criminoso, la mancanza di esperienza e preparazione specifica di simili accadimenti, mette a serio rischio la salute psico-fisica di chi opera sulla scena di un crimine.

Nasce l'esigenza di accompagnare i soccorritori verso un cambiamento, una trasformazione per sentirsi meno schiacciati o risucchiati dal vortice della ruminazione di pensieri negativi o rabbiosi, verso se stessi o gli altri. Vi è la necessità di assumere una distanza critica da tali inquietudini, che ingabbiano in un circuito chiuso, inconcludente e deleterio. Questa forma di pensiero è molto difficile da interrompere, anzi, capita che si autoalimenti e cresca in maniera esponenziale, con il soccorritore sommerso da considerazioni negative, che continuano ad intromettersi ed a sovrapporsi tra di loro. Questi cicli di pensiero non solo si concentrano sugli aspetti negativi, ma impediscono di soffermarsi sugli aspetti positivi.

4.1 La pratica della Mindfulness

La pratica della Mindfulness si è guadagnata un proprio spazio in campo clinico nella cura della sofferenza mentale e psicologica riconducibili ad un quadro di stress. La consapevolezza mindful permette, infatti, di entrare in contatto con la parte più intima e nascosta di ognuno, agevolando l'emergere della calma interiore ed alleviando il dolore. E' un atteggiamento, un'attenzione particolare a ciò che accade nel momento presente, nel qui ed ora.

Il fine della Mindfulness è di cambiare il modo di relazionarsi con i propri pensieri, partendo da visione scevra dal giudizio, trasformando possibili distorsioni negative, tramite la consapevolezza del momento presente.

Attraverso un percorso che parte dal portare l'attenzione, con volontà e determinazione, su un particolare aspetto (la morbidezza di un tappeto), proseguendo con il mantenere la mente focalizzata al momento presente (ora mi concentro su quanto sia soffice il tappeto) per terminare con l'accettazione dei contenuti passo dopo passo (la morbidezza mi dona una piacevole sensazione, non paragono e non giudico il tappeto).

L'attenzione all'osservazione non giudicante ed all'individuazione dei contenuti e dei processi mentali, il riportare la mente costantemente all'esperienza del momento presente, permette di considerare i pensieri come tali. Ho un pensiero di tristezza, per ciò che ho visto, non "sono" triste, si passa quindi, dal pensare di essere triste alla presa di coscienza che sia solo un pensiero.

Uno degli ambiti di applicazione è proprio il Disturbo Post Traumatico da Stress.

La tecnica MBSR

Il protocollo Mindfulness Based Stress Reduction (MBSR; Kabat-Zinn 1990) nasce per la gestione ed il contenimento del dolore cronico. Prevede incontri settimanali di due ore e mezza ciascuno, per due mesi con una sessione finale di otto ore in cui si pratica la meditazione e si osserva il silenzio.

È grazie al lavoro lungimirante di Kabat-Zinn, contestualmente ad un forte interessamento del mondo scientifico, che l'applicazione clinica della Mindfulness, si è diffusa corposamente. Per la sua efficacia sia su base clinica, sia empirica e non soltanto per tendenza moderna a seguire le pratiche orientali.

Il programma MBSR aiuta a ritrovare il benessere psichico, spostando l'attenzione dall'esperienza dolorosa e negativa, scardinando i meccanismi automatici dei pensieri ed eludendo la ruminazione, processo, per cui si è portato in modo ricorsivo a pensieri e ricordi ad alto impatto emotivo.

Bibliografia

- Agostini V. *Specialisti sulla scena del crimine* (2013) Ed. Meeting service
- Andreoli V. , Cassano G.B., Rossi R. (2007) *DSM-IV-TR. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali. Text revision. ICD-10/ICD-9-CM. Classificazione parallela* Ed Elsevier
- Anolli L., Legrenzi P. (2012) *Psicologia generale* ED: Il Mulino
- APA, American Psychiatric Association (2013). *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*. (5th ed). Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Bonazzi, Giuseppe. *Come studiare le organizzazioni* Bologna il Mulino, 2005
- Brondoni, C, Garofalo L. (2015) *Il soccorritore sulla scena del crimine*. Edizione Giuridiche Simone
- Cannizzaro G, Casali R (2011) *Psicologia dell'emergenza sanitaria 118. Riflessioni ed esperienze di psicologi, medici e infermieri dell'area critica*. Ed. Franco Angeli
- Care' F. (2017) *Angeli sconosciuti: Diario di un soccorritore di ambulanza* Ed. Giunti
- Cifaldi, Gianmarco. *La gestione della scena del crimine*. Modena Athena, 2008
- Cuzzolaro M. , Frighi L. (1998) *Reazioni umane alle catastrofi* Ed. Gangemi
- Cyrulnik B. e Malaguti (a cura di) (2005), *Costruire resilienza. La riorganizzazione positiva della vita e la creazione di legami significativi*, Erickson, Trento
- Dispense “Argomenti di medicina legale di interesse per la Polizia Locale”
- DMU –Dipartimento di morfologia umana e scienze biomediche Università degli Studi di Milano
- Fassino s., Abbate Daga G., Leombruni P. (2012) *Manuale di Psichiatria Biopsicosociale* Editermes

- Ghirardi E. (2011) *IL Manuale del soccorso sanitario* Editore : McGraw-Hill Education
- Giannantonio M. (2003), *Psicotraumatologia e psicologia dell'emergenza*, Ecomind, Salerno.
- Guerrieri S, *Il personale sanitario sulla Scena del Crimine*, Luglio/Agosto 2006
- Kabat-Zinn J., (2019) *La mindfulness è per tutti. Il potere di trasformare il mondo* Ed Corbaccio
- Kabat-Zinn J., (2019) *La scienza della meditazione. Perché la mindfulness è così importante* Ed. Corbaccio
- Kessler R., Sonnega A., Bromet E., Hughes M. e Nelson C. (1995), *Post traumatic stress disorder in the National comorbidity survey*, "Archives of general psychiatry"
- Kuiper N.A. e Martin R.A. (1998), *Laughter and stress in daily life: relation to positive and negative affect*, "Motivation and emotion", Vol. 22 (2), pp.133-153.
- Labanof – laboratorio di antropologia e odontologia forense sezione di medicina legale
- Mancuso F. (2018) *La figura giuridica del soccorritore* Nrc
- Marinucci G., Dolcini E (2004) *Manuale di diritto penale* Giuffrè editore
- Maslach, C. e Leiter, P.L. (2000), *Burnout e organizzazione* Ed. Erickson
- Pellacani M, Luppi F, De Padova L, Ceccarioli G, Ziccardi P, Cani F. *Linee di intervento per sanitari sulla scena del crimine*. N&A mensile italiano del soccorso; 2007; 178 (16): 24-31.
- Pellacani, M, Piacentini, A, Silvestri, A, Erbacci M. (2013) *Soccorso e scena del crimine: problematiche e strategie operative*. Modena : Athena Srl
- Sbattella F. (2009), *Manuale di psicologia dell'emergenza*, Carrocci, Milano.
- Sbattella F. e Molteni M. (2008), *L'umorismo in emergenza*, ISU-Università Cattolica del Sacro Cuore, Milano
- Tettamanzi M. e Sbattella F. (2007), *Le conseguenze psicologiche degli incidenti stradali*, ISU-Università Cattolica del Sacro Cuore, Milano.

Corsi frequentati

Crime scene: l'intervento di Marco Pellacani al REAS 12 Ottobre 2019

Prehospital crime scene care 22 Giugno 2019 Associazione scientifica anticrimine
di Torino Docente Dott. Francesco Mancuso

Tecniche di psicoterapia in emergenza. 11,18,25,1 Giugno 2020

8 ore di formazione on-line Polo Psicodinamiche Docente Fabio Gianfortuna

Scena del crimine Marco Pellacani 28 Novembre 2020

Sitografia

www.areu.it

ww.reasonline.it

www.soccorsopero.it

www.fvs.org

ALLEGATO B

REPORT SCENA DEL CRIMINE

Data	N° scheda	Ora target	Ora partenza
------	-----------	------------	--------------

ANAGRAFICA

NOME	
COGNOME	
DATA E LUOGO DI NASCITA	
SESSO	

POSIZIONE DEL CORPO

- Seduto
- Prono
- Supino
- Decubito laterale
- Galleggiante
- Appeso
- Sommerso
- Altro

dx	sx
----	----

CONDIZIONI CORPO

- Integro
- Mutilazione
- Decomposizione
- Macchie ipostatiche
- Rigor mortis
- Violenza sessuale
- Altro

CONDIZIONI VESTIARIO

- Integro
- Imbrattato
- Lacerato
- Privo di indumenti
- Altro

TIPI DI VIOLENZA

- Laccio
- Corda
- Nastro adesivo
- Energia elettrica
- Carbonizzato
- Ustionato
- Ipotermia
- Stupefacenti
- Soffocamento
- Strozzamento
- Mezzo contundente
- Arma da punta/taglio
- Arma da fuoco
- Lesione da colluttazione
- Annegamento
- Compressione toracica
- Altro

SANITARI

- DPI
- Calzari
- Percorso unico/accesso scena
- Corpo spostato Motivo:
- Oggetto spostato Motivo:
- Foto/video
- Cambio guanti protezione
- Rimozione della vittima
- Rifiuti rimozione/taglio abiti
- Arma del delitto
- Altro

ENTE	<input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/>
MEDICO	<input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/>
INFERMIERE	<input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/>

NOTE

AMBITI SCENA DEL CRIMINE

	<u>AGGRESSIONE</u>	<u>VIOLENZA SESSUALE</u>	<u>VIOLENZA SU MINORI</u>	<u>SUICIDIO</u>	<u>REATO STRADALE</u>	<u>INCIDENTE DOMESTICO</u>	<u>INCIDENTE DI CACCIA</u>	<u>OVERDOSE</u>	<u>DELITTO</u>
Come agiamo	<p>Sicurezza della scena</p> <p>Autoprotezione</p> <p>Dinamica (cerchiamo di capire la dinamica dell'accaduto)</p> <p>Domande (chiediamo alla vittima cause ecc. per aiutare gli agenti successivamente nelle indagini.</p>	<p>Sicurezza della scena</p> <p>Autoprotezione</p> <p>Eventuali Segni (prestare attenzione ai particolari sia ambientali che sulla vittima, sangue su scale, terreno, muri, segni biologici)</p> <p>Autoprotezione</p> <p>Dinamica</p> <p>Domande</p>	<p>Sicurezza della scena</p> <p>Autoprotezione</p> <p>Attenzione all'ambiente – luci accese, lenzuola, asciugamani, strada, piante, cocci, armi o armi improprie</p> <p>Dinamica</p>	<p>Sicurezza della scena</p> <p>Autoprotezione</p> <p>Dinamica</p> <p>Tenere Astanti e presenti fuori dalla scena del crimine – possono contaminare le eventuali prove.</p> <p>Attenzione a non accendere le luci – l'ambiente potrebbe essere saturo di gas, o potremmo banalmente eliminare o contaminare impronte sugli interruttori. Fare foto (da non divulgare) se si sospetta un suicidio farmacologico o</p>	<p>Sicurezza della scena</p> <p>Autoprotezione</p> <p>Dinamica</p> <p>Domande – astanti potrebbero aver visto e udito, allontanarli per la gestione dell'intervento ma mantenerli a vista fino all'arrivo delle autorità</p>	<p>Sicurezza della scena</p> <p>Autoprotezione</p> <p>Dinamica (cerchiamo di capire la dinamica dell'accaduto)</p> <p>Tenere Astanti e presenti fuori dalla scena del crimine – possono contaminare le eventuali prove.</p> <p>Domande agli astanti, tenendoli fuori dalla scena del crimine</p>	<p>Sicurezza della scena</p> <p>Autoprotezione</p> <p>Dinamica</p> <p>Domande a compagni di caccia tenendoli fuori dalla zona imputata come scena del crimine.</p> <p>Cercare di delimitare la zona</p>	<p>Sicurezza della scena</p> <p>Autoprotezione</p>	<p>Sicurezza della scena</p> <p>Autoprotezione</p> <p>Dinamica</p> <p>Tenere Astanti e presenti fuori dalla scena del crimine – possono contaminare le eventuali prove.</p> <p>Attenzione a non accendere le luci – l'ambiente potrebbe essere saturo di gas, o potremmo banalmente eliminare o contaminare impronte sugli interruttori. Fare foto (da non divulgare) se si sospetta un suicidio farmacologico o con overdose di droghe</p> <p>Cercare nei cestini, sotto letto, divano o altro, toccando e spostando il meno possibile – anche in ambiente naturale</p>

				<p>con overdose di droghe</p> <p>Cercare nei cestini, sotto letto, divano o altro, toccando e spostando il meno possibile – anche in ambiente naturale</p> <p>potremmo banalmente eliminare tracce di pneumatici passandoci sopra con i nostri.</p>					<p>potremmo banalmente eliminare tracce di pneumatici passandoci sopra con i nostri.</p>
Protocolli	<p>Generalmente traumatici</p> <p>Protocolli medici per malori post evento</p> <p>Medicazione</p> <p>Conforto e/o supporto psicologico</p>	<p>Supporto psicologico (se possibile effettuato da una operatrice donna)</p> <p>Eventuali medicazioni</p> <p>Traumi e/o malori (particolare attenzione a shock psicologico e crollo emotivo, attacchi di panico)</p> <p>Tenere la persona coperta ed al caldo (se gli indumenti contaminati e psicologicamente “sporchi” sono strappati/lacerati in terra o comunque a vista, prenderli e conservarli in sacchetti divisi per ogni singolo capo. Questo vale per qualsiasi oggetto potenzialmente sporco.</p> <p>mettere, se possibile, la vittima in posizione fetale.</p>	<p>Protocollo traumatico</p> <p>Medicazioni</p> <p>Eventuale supporto respiratorio</p>	<p>Eventuali protocolli locali inerenti alla tipologia della problematica</p>	<p>Traumatici</p> <p>Medici</p> <p>Supporto psicologico</p>	<p>Traumatici</p> <p>Medici</p> <p>Supporto psicologico anche degli astanti</p>			<p>Eventuali protocolli locali inerenti alla tipologia della problematica</p>
Criticità	<p>Attenzione ai toni e alle domande che vengono effettuate alla vittima</p>	<p>Relazionarsi con una vittima che ha subito violenza sessuale risulta estremamente difficile “trinceramento</p>	<p>Relazione verbale con i minori di 16 anni estremamente difficoltosa</p>	<p>Astanti, parenti, curiosi ecc. difficili da contenere e gestire.</p>	<p>Essendo quasi sempre in esterno i vari fattori ambientali.</p>	<p>Qualsiasi oggetto potrebbe essere importante per la ricostruzione degli eventi.</p>			<p>Astanti, parenti, curiosi ecc. difficili da contenere e gestire.</p>

		mentale” – soprattutto con operatori maschi	Particolare attenzione a: vestiti, peluche, bambole, scarpe e affini a scena ambientale (ad esempio per eventuale presenza di liquidi biologici)						
suggerimenti	<p>Attenzione al modus operandi. Attenzioni alle eventuali armi (anche a quelle improprie)</p> <p>Ricordiamoci che potremmo operare su più persone – teniamole a distanza e possibilmente mai a vista per evitare effetti di “Return and Rebound”.</p>	<p>Tranquillizzare la vittima facendo particolare attenzione alla sua respirazione ed usare toni caldi e lenti, con massima attenzione a gesti e mimica facciale.</p> <p>Generalmente la vittima che ha subito violenza sessuale difficilmente si fa togliere i vestiti, anche solo per provare i parametri.</p> <p>Prestare attenzione a non spargere disinfettanti o fisiologica sugli indumenti e proteggere mani e unghie con guanti per eventuale raccolta di DNA</p>	<p>Raccogliere più informazioni possibile dai presenti, attenzione a suddividere indumenti ed eventuali prove. Attenzione massima a indumenti intimi, pannolini e lenzuola.</p>	<p>Prestare attenzione alla scena</p> <p>Avere una torcia, prestare attenzione a dove passiamo (veicoli e non solo)</p>	<p>Evitiamo di tagliare i vestiti su tagli*** e tracce biologiche.</p> <p>Attenzione ad eventuali punti d’impatto e segni di asfalto.</p>	<p>Sospettare una premeditazione.</p> <p>Utilizzo di oggetti di tutti i giorni come armi (armi improprie)</p>			<p>Prestare attenzione alla scena</p> <p>Avere una torcia, prestare attenzione a dove passiamo (veicoli e non solo)</p> <p>ATTENZIONE a possibili aggressori ancora sulla scena del crimine o a eventuale scena atipica Tutti i presenti sono potenziali sospetti.</p>

*Protocollo Traumatico = blocco rachide cervicale ecc...