

“TRAUMI EMOTIVI DELL’OPERATORE DEL SOCCORSO COINVOLTO IN MAXIEMERGENZE ED EMERGENZE”



Roberta Biaggi

“E’ il mio cuore il paese più straziato”

INTRODUZIONE

In una calda mattina di settembre, mentre svolgevo il tirocinio del terzo anno del corso per Infermiere Professionale, presso il reparto rianimazione dell'Ospedale S. Giacomo, fui attratta dal suono di decine di sirene di ambulanze e mezzi delle forze dell'ordine.

In via Veneto, al Cafè de Paris, pochi minuti prima, c'era stato un gravissimo attentato terroristico. Quaranta feriti. Le ambulanze arrivavano una dietro l'altra ed ognuna scaricava al pronto soccorso del piccolo ospedale, 4-5 feriti. Non sapevo cosa fare, ero attraversata da mille emozioni (*"scelta tra lotta e fuga"*). In un attimo decisi: sicuramente al pronto soccorso sarebbe servito aiuto e scesi

Il pronto soccorso era pieno di medici, infermieri e allievi infermieri. I feriti giacevano ovunque, la confusione regnava sovrana.

Il 17 settembre 1985, capii cosa fosse l'orrore. Mi accorsi che le lacrime mi scendevano dagli occhi senza che me ne fossi resa conto e avevo voglia di fuggire lontano da quell'inferno. All'improvviso sentii una forte stretta al braccio e un medico, il primario del pronto soccorso, nel quale avevo lavorato solo un mese prima, mi disse: "Tu resta!". Ero atterrita dal punto di vista umano, ma attratta dalla situazione particolare dal punto di vista professionale. Feci un respiro profondo e restai.

Mentre mi aggiravo tra le barelle, lettini, poltrone, sedie e quant'altro fosse occupato da un ferito, mi sentii dire: "scusa, reggi qui, per favore!". Un medico mi aveva messo tra le braccia un arto inferiore amputato ad una paziente. Mi sentii svenire, ma resistetti e pensai che superata quella terribile giornata, sarei diventata una brava infermiera.

A distanza di 24 anni, potrei raccontare nei minimi particolari, tutto quello che successe quel giorno. In particolare, potrei descrivere alla perfezione, l'odore del sangue e della morte, di cui era impregnato tutto e quel tappeto di sangue rappreso, alto 5 cm,

che rimase sul pavimento al termine della maxiemergenza. Potrei descrivere le lesioni di ogni paziente che trattai e l'orrore che mi suscitò vedere per la prima volta, una persona completamente carbonizzata, ma ancora viva e le sue flebili richieste d'aiuto. Non potevo nemmeno prenderle la mano, era un ammasso nero di carne contorta.

In tutte le ore che sono stata dentro quell'inferno, ho agito come un automa, senza sentire stanchezza, emozioni e senza avvertire alcun bisogno fisiologico: fame, sete ecc (*"anestesia somatica"*). Tornai a casa a notte fonda e restai sotto la doccia per un'ora, o forse più. Avevo sangue rappreso in ogni parte del corpo, persino sotto le ascelle! Non pensai all'eventualità di contrarre infezioni, ma a quanto orrore poteva produrre l'uomo e piansi disperata per ore. Per tre giorni non fui capace di alzarmi dal letto. Non c'è stato giorno, da allora, che non mi è capitato, almeno per un attimo, di ripensare a quel disastro.

Attualmente sono una Caposala del servizio di emergenza territoriale ARES118 di Roma e Provincia e negli ultimi 10 anni, ho avuto l'opportunità di coordinare moltissime maxiemergenze (incidenti a catena sull'autostrada, crolli di palazzi e palazzine ecc) e grandi eventi (compreso il Giubileo 2000) e ogni volta ho avvertito una sensazione che mi risulta difficile spiegare. È come se ogni evento e ogni emozione che provo durante la gestione dell'evento stesso, si accumulasse nella mia anima, una sopra l'altra, a formare uno strato di emozioni, non sempre positive.

Da poco la mia azienda ha istituito il servizio di psicologia, che interviene anche nelle maxiemergenze ed è a disposizione anche degli operatori.

Mi auguro che l'utilizzo del "debriefing" diventi abituale soprattutto dopo lo svolgimento di soccorsi particolari come quelli di cui ho parlato in questa tesina.

DEFINIZIONI

Si definisce "**maxiemergenza**" una situazione per la quale il numero di richieste di soccorso è superiore alla quantità di risorse che sono normalmente previste per le emergenze ed è necessario attivare risorse e mezzi eccezionali.

Si parla abitualmente di "**catastrofe**" quando l'equilibrio tra bisogni e risorse non può essere raggiunto se non facendo ricorso a risorse eccezionali, reperibili solo su scala sovraterritoriale a livello di Nazione o gruppo di Nazioni (punto c, art.2 Legge 24/2/1992, n°225 "Istituzione del servizio nazionale della protezione civile").

Si parla di "**incidente maggiore**" quando l'equilibrio tra necessità e risorse può essere raggiunto utilizzando risorse eccezionali ma reperibili a livello locale di Comune, Provincia o Regione (punto a e punto b, art.2 Legge 24/2/1992, n°225).

L' "**urgenza**" è una condizione improvvisa di danno o pericolo alle persone e/o alle cose, temporaneamente stabilizzata, tale

per cui è indispensabile intervenire al più presto, ma nella quale c'è ancora il tempo perché l'intervento venga eseguito secondo quella che è riconosciuta essere la procedura più corretta e rigorosa.

L' "**emergenza**" è una condizione improvvisa ed evolutiva di pericolo o danno alle persone e/o alle cose, per cui solo l'intervento immediato può scongiurare un ulteriore aggravamento della situazione o l'insorgenza di conseguenze irreparabili.

L' "**evento traumatico**" è "qualsiasi situazione che provochi un senso opprimente di vulnerabilità o di perdita di controllo" e "qualsiasi situazione che porta le persone a provare emozioni particolarmente forti, tali da interferire con le loro capacità di funzionare sia al momento che in seguito" (Giannantonio M., 2005).

RUOLO DELL'INFERMIERE

Viviamo in un contesto internazionale e nazionale in cui la parola "emergenza" viene sempre più usata.

Sembra quasi che il mondo viva in uno stato perenne di allerta, in una attesa angosciata di qualcosa di terribile che deve avvenire.

A questo si sommano le urgenze, le emergenze, le maxiemergenze o le catastrofi naturali, che giornalmente le prime e periodicamente le seconde, affliggono l'umanità.

Per fare fronte a tutte queste situazioni, è necessario l'intervento di molte figure professionali: forze dell'ordine, vigili del fuoco, operatori sanitari di varia qualifica, tra cui l'infermiere.

Con il D.P.R. 27 marzo 1992, ufficialmente viene istituita la figura dell'infermiere dell'emergenza e successivamente regolamentata dalle Linee Guida 1/1996 emanate dal Ministero della Sanità. Il decreto in oggetto, dispone che tutte le Regioni italiane debbano organizzare le attività di emergenza/urgenza sanitaria su due livelli: il sistema di allarme sanitario, assicurato dalla centrale ope-

rativa cui fa riferimento il numero unico nazionale “118”, e il sistema di accettazione e di emergenza sanitaria.

Sono molteplici le competenze e le attitudini richieste all’infermiere dell’emergenza quando questi si trova ad essere il leader dell’evento, a lui spettano le decisioni, dal momento in cui riceve i dati del servizio, al momento in cui la situazione di emergenza ha termine.

Innanzitutto è necessaria la messa in sicurezza della scena, l’infermiere deve valutare tempestivamente il grado di bisogno delle persone coinvolte, intervenendo secondo una logica di priorità. Diversamente da quanto accade in un reparto ospedaliero, spesso non si ha il tempo di ragionare con tranquillità su quello che accade, la gravità delle condizioni delle persone coinvolte, richiede all’infermiere una rapida valutazione di segni e sintomi e una pronta risposta, coordinando al contempo la propria equipe.

L’infermiere dell’emergenza, così come quello di area critica deve possedere quattro caratteristiche imprescindibili:

PREPARAZIONE SPECIFICA

ESPERIENZA

PROFESSIONALITA’

ELASTICITA’ MENTALE

Oltre a:

Gestione dell’emotività

Relazione d’aiuto in condizioni critiche

L’operatore dell’emergenza è riconosciuto nell’ideale collettivo come una sorta di “super eroe”, che si lancia tra le lamiere aggrovigliate senza alcun timore, uscendone vincitore e mai minimamente scalfito dall’evento vissuto.

I media non fanno altro che alimentare questa visione distorta del professionista dell'emergenza, con serie televisive improntate ad un modello che la letteratura definisce "*Macho Man Style*". L'infermiere dell'emergenza viene dipinto come in grado di affrontare qualunque situazione lavorativa, di risolvere con estrema disinvoltura ogni problema, senza mai mostrare insicurezza, disagio o malessere. Questo modello potrebbe diventare ancora più pericoloso allorché l'operatore si rispecchiasse completamente in esso, sovrastimando così le proprie abilità e competenze, rischiando sempre qualcosa in più.

Vi è poi un secondo aspetto molto rilevante rispetto a questo tipo di modello: la *disillusione*, che inevitabilmente arriva a seguito di un errore, o di un evento che non si è riusciti a metabolizzare tanto in fretta come ci si aspettava. L'operatore viene a trovarsi in una situazione di serio disagio psicologico, con un senso pressante di inadeguatezza, costantemente in ansia per un eventuale caso futuro affine, con l'intima convinzione di non essere nuovamente in grado di affrontarlo adeguatamente. Questa situazione è altamente rischiosa per l'equilibrio psicologico dell'infermiere e parimenti per l'utente, che viene esposto ad un alto rischio d'errore.

Questo luogo comune oggi viene rifiutato, per accettare e riconoscere anche la vulnerabilità dell'operatore. Per capire da quali stimoli è bombardato chi lavora in prima linea, basta concentrarsi sulla scena dell'evento. Il professionista sanitario, oltre al fatto di dover lavorare con estrema celerità e rigidità dei protocolli ai quali deve attenersi, deve anche confrontarsi con scene spesso raccapriccianti di corpi martoriati, dilaniati, e dover lavorare su questi corpi, in una lotta contro il tempo e contro il proprio disagio, che una tal vista può provocare.

Il nuovo approccio al malato critico in regime extraospedaliero, può essere anch'esso fonte di stress psicologico per l'infermiere dell'emergenza.

Da tempo, ormai, si è passati da una vecchia concezione di soccorso denominata "*Scoop and Run*" (letteralmente: "carica e corri"), ad una detta "*Stay and Play*" (letteralmente: resta e gioca); l'infermiere che lavora sulle ambulanze, si trova a dover stabilizzare il malato sul posto, prima di correre verso l'ospedale. Le scelte assistenziali da porre in essere, le situazioni ambientali spesso poco confortevoli, lavorando sulla strada, magari di notte, esposti agli agenti atmosferici ad alle ansie e paure dei familiari: tutto questo può mettere seriamente in crisi l'operatore.

Ne consegue la necessità per gli infermieri del soccorso extraospedaliero, “di uno specifico addestramento e supporto per affrontare numerose occasioni di forte impatto psicologico ed emotivo, in modo da unire alla competenza professionale, anche la competenza relazionale (saper trattare con le persone) e quella emozionale (autocontrollo).

In altre parole, non soltanto sapere e saper fare, ma anche fondamentalmente saper essere i professionisti dell'emergenza”.

Fasi del soccorso.

L'intervento di soccorso si articola in varie fasi (Hartsougt, 1985) e a ciascuna di queste fasi si associano specifiche reazioni del soccorritore, talvolta anche molto marcate, ma che vanno comunque considerate come reazioni normali a situazioni anomale/straordinarie.

1) Allarme : prende avvio dalla comunicazione di un evento critico grave, in cui bisogna intervenire. Questa fase si può considerare come il primo impatto con l'evento traumatico, ed è caratterizzato dallo stordimento iniziale e dall'ansia, dalla irritabilità e dall'irrequietezza che caratterizzano la maggior parte degli operatori.

Non mancano anche soccorritori in cui si determina una reazione più o meno grave di tipo inibitorio.

I soccorritori in questa fase di impatto vivono varie reazioni:

- reazioni fisiche (accelerazione del battito cardiaco, aumento pressorio, difficoltà respiratorie)

- reazioni cognitive (disorientamento, difficoltà nel dare senso alle informazioni ricevute e nel comprendere la gravità dell'evento)

- reazioni emozionali (ansia, stordimento, shock, paura per ciò che si incontrerà sulla scena dell'evento, inibizione in alcuni altri casi)

reazioni comportamentali (diminuzione dell'efficienza, aumento del livello di attivazione, difficoltà di comunicazione).

2) Mobilitazione: superato l'impatto iniziale gli operatori si preparano all'azione, l'agire aiuta a dissolvere la tensione, si recupera l'autocontrollo. In questa fase sono presenti in tono minore la maggior parte dei vissuti e delle reazioni della fase precedente, ai quali si associano, come preziosi fattori di recupero dell'equilibrio, il trascorrere del tempo, il passaggio all'azione finalizzata e coordinata e l'interazione.

3) Azione: il soccorritore inizia l'intervento di primo soccorso a favore delle vittime. L'operatore è attraversato da emozioni contrastanti: si passa da momenti di euforia (quando si riesce efficacemente a prestare aiuto), fino a sentimenti di delusione, colpa, inadeguatezza (quando l'intervento non ha successo).

Il soccorritore vive diverse categorie di reazioni:

reazioni fisiche (aumento del battito cardiaco, della pressione, della frequenza respiratoria, nausea, sudorazione, tremori ecc);

reazioni cognitive (difficoltà di memoria, disorientamento, confusione, perdita di oggettività, difficoltà di comprensione);

reazioni emozionali (senso di invulnerabilità, euforia, ansia, rabbia, tristezza, sconforto, apatia, assenza di sentimenti) ;

reazioni comportamentali (iperattività, facilità allo scontro verbale o fisico, aumento dell'uso di tabacco, alcool, farmaci, perdita di efficienza ed efficacia nelle azioni di soccorso, ecc.)

Lasciarsi andare: E' la fase che va dalla fine del servizio, al ritorno della routine o sociale, quindi al rientro dell'operatore, dopo l'intervento di emergenza sulla maxiemergenza.

Due contenuti caratterizzano questa fase:

- 1) il carico emotivo, che durante l'azione è stato represso, nel ritorno alla quotidianità, riemerge con evidenza;
- 2) il complesso di vissuti, indotti dalla separazione dagli altri soccorritori con i quali si è vissuto l'intervento e il ritorno alla vita quotidiana con le relative aspettative rispetto a questo ritorno.

TRAUMI EMOTIVI DELL'OPERATORE IN EMERGENZA

Il trauma emotivo o psichico è “un’emozione violenta capace di modificare in modo permanente la personalità di un individuo, sensibilizzandolo alle successive analoghe esperienze emotive” (Pieron, 1951).

L’infermiere nel suo contesto lavorativo è continuamente sottoposto a questo tipo di sollecitazioni che talvolta vanno a determinare l’insorgenza di stati emotivi, semplici o complessi, responsabili della diminuzione o addirittura della perdita di un equilibrio interiore indispensabile nella performance lavorativa.

In altre parole, il professionista investito dal proprio ruolo, tende a “dissociarsi” a scopo difensivo dai propri vissuti, esigenze, emozioni e paure senza accorgersi che queste, inevitabilmente ed inconsciamente, vanno ad intrecciarsi con la sofferenza della o delle persone soccorse.

Quindi ogni genere di relazione entra in gioco, in base ai vissuti: gli stato emotivi ed affettivi dei singoli individui che si relazionano tra loro; in alcuni casi questi stati d’animo possono trasformarsi in “**traumi emotivi**”.

Nella relazione d’aiuto le implicazioni emozionali, difficilmente controllabili, e non sempre positive, possono compromettere l’equilibrio psichico dell’aiutante, generando in esso una sintomatologia psico-somatica, con disturbi comportamentali quali: depressione, stanchezza, irritabilità, insonnia, ansia, affaticamento eccessivo, isolamento, variabilità dell’umore ecc, che possono durare nel tempo e sfociare in un vero e proprio stato di malattia.

Quello dell’emergenza è generalmente considerato un settore altamente stressante e ad alto rischio di burn-out, poiché l’impegno fisico e psichico di ogni intervento non è né quantificabile, né prevedibile dato che spesso, richiede forti responsabilità con decisioni e valutazioni immediate; si possono poi associare all’imprevedibilità degli interventi esterni, particolari stati d’animo dell’operatore che fanno sì che quest’ultimo viva l’evento in cui si trova ad operare in modo traumatico, rivivendo scene di vita vissuta in prima persona o che hanno coinvolto colleghi, amici o parenti.

Definizione di stress:

Il termine stress (dall'inglese: sforzo) in origine era impiegato in ingegneria per indicare la tensione e lo sforzo cui è sottoposto un materiale rigido in condizioni di sollecitazioni: in italiano la parola specifica è “**resilienza**” (la capacità dell'uomo di affrontare e superare le avversità della vita).

Una prima definizione univoca del concetto di stress è stata concepita da Hans Selye negli anni cinquanta. Questo psicologo ha inserito lo stress in una teoria generale dello sviluppo della malattia. Egli definisce lo stress come “risposta non specifica dell'organismo ad ogni richiesta effettuato su di esso”. Esso può essere prodotto da una gamma estremamente ampia di stimoli, denominati “**stressor**” che producono essenzialmente la stessa risposta biologica.

La sindrome generale di adattamento prevede tre fasi successive:

fase di allarme: in cui predominano modificazioni di carattere biochimico-ormonale;

fase di resistenza, in cui l'organismo si organizza anatomico-funzionalmente in senso stabilmente difensivo;

fase di esaurimento: per cui crollano le difese ed impera un'incapacità ad adattarsi ulteriormente agli stressors.

Anche Thomson (1994) parla dello stress, in particolare suggerisce che lo stress sia una richiesta effettuata sulla nostra energia fisica o mentale, la maggior parte delle volte in maniera eccessiva. Questa definizione implica che lo stress diventi pericoloso quando esercita una pressione troppo forte: infatti esso è visto come il primo passo di un processo cronico e, a meno che non si verifichi un cambio di percorso, conduce l'individuo a confrontarsi con uno stato di esaurimento emotivo.

Reazione acuta da stress

La reazione acuta da stress avviene durante la fase di esposizione al trauma; come reazione immediata all'evento, corpo e psiche reagiscono spinti dall'innato istinto di sopravvivenza, determinando una scelta di ***“Lotta o fuga”***.

Si tratta di una risposta difensiva di emergenza, di allerta a breve termine, perché prepara il corpo a rispondere istintivamente con la lotta e la fuga allo stimolo stressante. Ora, nella specie umana questo tipo di reazione è mutato poiché la lotta corrisponde genericamente alla risposta aggressiva, mentre la fuga corrisponde all'emozione “paura” (dal greco “phobos”: “fuga”).

A livello somatico, la percezione di una minaccia scatena:

aumento della secrezione di adrenalina, endorfine, serotonina, cortisolo;

aumento del tono e della forza muscolare;

frequenza cardiaca e respiratoria accelerate;

anestesia somatica: diminuzione della reazione al dolore, senso di fame e sete inibiti, ecc.

L'organismo si prepara alla lotta o al dispendio energetico della fuga; queste situazioni fisiche stressanti opposte, provocano bilateralmente un senso di paura, inquietudine e pericolo.

A livello psicologico simultaneamente si manifestano:

“monitoring”; attenzione e concentrazione focalizzate all'esterno; reazione necessaria ai soccorritori per agire tempestivamente ed in modo corretto;

“blunting”; il soccorritore si allontana con la mente dalla realtà che lo circonda, concentrandosi su pensieri differenti e sviluppando così un senso di sicurezza e insensibilità;

“anestesia psicologica”; alterazione emozionale che porta l’infermiere o il soccorritore a prestare meno attenzione verso se stesso riversandola completamente sull’infortunato, rischiando così di mettersi in pericolo.

L’operatore potrebbe accusare, in questi casi, tutta una serie di sintomi disadattivi quali ad esempio: difficoltà a dormire, iperattività, impazienza, aggressività, stato di agitazione ecc. Il bisogno di smaltire l’adrenalina e lo stress prodotto nel momento del trauma, potrebbe essere tangibile. Pur cercando di evitare accuratamente in maniera razionale il pensiero dell’evento, non è da escludere che possano presentarsi di giorno i cosiddetti **“flashback”** e di notte gli incubi, da cui si evince l’alto contenuto intrusivo e ricorrente della situazione traumatica vissuta.

Il tentativo di rendersi insensibili rispetto all’accaduto, rischia di portare la persona ad un annullamento emozionale pressoché completo, nel tentativo di “non sentire” più nulla.

Risulta molto evidente quanto, sia a livello fisico che psicologico, il trauma porti ad avere delle reazioni, che se non controllate e contenute possono portare a conseguenze molto invalidanti per l’operatore.

Tutta questa serie di sensazione e reazioni (normali) seguenti al trauma, indicano comunque che la psiche della vittima sta lavorando per tentare di sopravvivere ed integrare l’accaduto. Perciò in parte, lo stress aiuta a rendersi conto di ciò che si sta vivendo, di un “qualcosa” che mina il proprio benessere. Se, però, questa condizione non si risolve spontaneamente ed in breve tempo, se questi sentimenti non vengono riconosciuti e superati, a lungo andare possono portare ad una condizione di disagio psicologico, aumentando il rischio di commettere degli errori che potrebbero avere conseguenze anche fatali, oppure portando l’operatore ad abbandonare il proprio lavoro, con la convinzione di non esserne portati.

Reazioni e sensazioni non cesseranno comunque all’improvviso, ma andranno lentamente degradando per intensità e frequenza fino a scomparire nel giro di 4-6 settimane.

Se l’operatore non dovesse essere in grado di metabolizzare le emozioni e le reazioni provate, classificandole a livello cerebrale come *“normali in un contesto del tutto anormale”* (come può essere una situazione di morte neonatale) in questo lasso di tempo, le

reazioni possono divenire patologiche e sfociare nella “*Sindrome Post Traumatica da Stress*” (PTSD).

Sindrome post traumatica da stress (PTSD)

Negli ultimi decenni si sta assistendo ad un crescente interesse nei confronti delle reazioni allo stress dei soccorritori ed in particolare dei disturbi post-traumatici a cui possono andare incontro. Sebbene solitamente l'operatore in emergenza sviluppi una soglia di tolleranza abbastanza elevata nei confronti di situazioni che, occasionalmente o cronicamente, possono mettere a repentaglio il suo equilibrio psicologico, nondimeno il rischio di essere seriamente coinvolto nelle esperienze traumatiche delle persone che soccorre (*traumatizzazione vicaria*) deve essere tenuto in seria considerazione. Bisogna smantellare quella prassi consolidata, ma non certo corretta, per effetto della quale si tende a ritenere che il soccorritore sia sempre in grado di fronteggiare e superare l'impatto con qualsiasi evento traumatico, senza nessuna conseguenza sul piano psichico. Questo convincimento in molti casi porta il soccorritore a negare il proprio disagio impedendogli di prenderne atto, esprimerlo, chiedere aiuto. L'assoluta negatività di un atteggiamento di questo genere si evidenzia nella sua pienezza considerando che può comportare la totale assenza di risposta al disagio, allo stress e alle problematiche del personale di soccorso, di per sé importantissime, e nessuna attenzione alle ricadute che questo può avere sulla qualità della prestazione del singolo e dell'equipe.

Secondo il DSM IV, la caratteristica essenziale del disturbo post traumatico da stress (o Post Traumatic Stress Disorder o PTSD), è “*Lo sviluppo di sintomi tipici che seguono l'esposizione ad un fattore traumatico estremo che implica l'esperienza personale diretta o la presenza indiretta ad un evento che può comportare lesioni gravi o minacce all'integrità fisica di una persona*”.

A differenza della reazione traumatica da Stress, il quadro sintomatologico completo deve essere presente per più di un mese e il disturbo deve causare disagio clinicamente significativo e menomazione della relazionalità sociale, in particolare nell'ambiente di lavoro e nella sfera degli affetti familiari. La risposta della persona

all'evento deve comprendere paura intensa, il sentirsi inerme o il provare orrore. I sintomi caratteristici che risultano dall'esposizione a questo trauma estremo includono il continuo rivivere l'evento traumatico, l'esigenza persistente di evitare gli stimoli associati al trauma, l'ottundimento della reattività generale, l'aumento dell'*arousal* (insonnia, ipervigilanza, esagerate risposte di allarme, irritabilità, scoppi d'ira). Spesso l'individuo comincia ad abusare di alcool, stupefacenti e psicofarmaci nel tentativo di "staccare la spina" dai ricordi dolorosi che lo tormentano, riducendo di fatto l'elaborazione del vissuto e la possibilità di mettere ordine nei propri pensieri. Le conseguenze sociali di questi comportamenti portano ad isolamento e apatia, anche all'interno dello stesso nucleo familiare; il rischio di suicidio aumenta esponenzialmente.

Le situazioni di particolare rischio per il soccorritore sono le seguenti:

1 - Fattori di rischio oggettivi:

- eventi che comportano gravi danni per neonati e bambini;
- eventi che coinvolgono molte persone (dall'incidente stradale al terremoto);
- eventi che causano lesioni gravi, mutilazioni e deformazioni del corpo delle vittime.
- Eventi che causano la morte di colleghi;
- il fallimento di una missione di soccorso comportante la morte di una o più persone;
- la necessità di compiere scelte difficili e/o inadeguate al proprio ruolo operativo;
- la necessità di prendere decisioni importanti in tempi rapidissimi.

Inizialmente, il PTSD era associato a persone che avevano vissuto un trauma in maniera diretta, come ad esempio i veterani della guerra in Vietnam o vittime di torture. Recentemente, i ricercatori hanno dimostrato che questa sindrome può svilupparsi in persone che sono testimoni di eventi drammatici nell'ambiente lavorativo, come personale che lavora in ambulanza e vigili del fuoco.

Strategie di Coping.

Il termine *coping*, racchiude in sé una varietà di significati ed è comparso sulla scena della ricerca psicologica negli anni Sessanta. Nonostante una ricca letteratura che si è accumulata negli anni, non esiste una definizione unanime del termine. La sua traduzione italiana, che considera coping sinonimo di “*affrontare qualcosa*”, “*far fronte a*”, “*reagire a*”, non coglie la specificità e la molteplicità dei processi in cui sono coinvolte le persone quando cercano di gestire gli eventi drammatici o le situazioni quotidiane stressanti.

“L’attivazione delle strategie di coping è secondaria a una prima valutazione dello stressor; in questa fase il soggetto decide se la fonte di stress è irrilevante, positiva o dannosa, e secondariamente valuta le proprie abilità e risorse e mette in atto dei tentativi per farvi fronte” (Lazarus, 1991).

Il concetto di coping, quindi, entra in gioco quando una situazione viene percepita come stressante allo scopo di attivare la persona e cercare di fare qualcosa per dominare l’evento e per controllare le proprie emozioni.

Il coping può essere considerato un costrutto multidimensionale e un processo che coinvolge più livelli: emotivo, comportamentale, valutativo e sociale.

Infatti, oltre all’ambito esclusivamente individuale e personale, il coping interessa anche il gruppo sociale in cui è inserito: i colleghi, la famiglia, gli amici e l’organizzazione stessa che invia i soccorsi, nel caso dei professionisti dell’emergenza.

In questa prospettiva, il ruolo degli altri e del contesto sociale e istituzionale allargato, assume valenze specifiche non solo di semplice risorsa o offerta di sostegno, ma come componente fonda-

mentale che interviene a definire il costituirsi stesso del processo di coping.

Molti autori hanno evidenziato una generale capacità di recupero e mantenimento di benessere nella popolazione dei soccorritori.

A partire dagli anni Ottanta, i ricercatori hanno cominciato ad indagare in modo sistematico le strategie messe in atto dagli operatori dell'emergenza per far fronte agli eventi stressanti. Alcuni ricercatori, in particolare, avevano ipotizzato che gli operatori dell'emergenza (soprattutto gli "anziani" o più esperti) possedessero straordinarie abilità di *coping*.

Un lavoro di ricerca condotto nel 1995, descrisse le strategie di coping utilizzate da cento operatori dell'emergenza, che avevano partecipato con vari ruoli (infermieri, vigili del fuoco, poliziotti ecc.) alle operazioni di soccorso in un grave incidente in Norvegia. Le categorie di stili di coping individuati furono cinque:

comportamenti focalizzati sul compito;

distanziamento emotivo;

strategie cognitive autodirette;

altruismo;

ricerca di supporto sociale.

Le conclusioni più interessanti riguardano la **formazione del personale**; chi tra i professionisti impiegati aveva preso parte a training di formazione sui temi dell'aiuto agli altri e delle reazioni emotive, ha riportato in seguito maggiori comportamenti di auto-rinforzo e più ricordi interiorizzati.

Al contrario, i soggetti non precedentemente formati ad affrontare stress sono risultati più segnati dalle emozioni negative, con la tendenza a raccontare l'accaduto come se fosse ancora presente.

Tutti i soccorritori, descrivendo il proprio lavoro, ne hanno sottolineato l'immediatezza e l'urgenza, senza mostrare segni di dissociazione o distanziamento durante la crisi.

In generale indicavano la loro altruistica attitudine ad aiutare gli altri come l' elemento più importante della loro professione.

Un altro gruppo di ricercatori nel 1988,interrogando i soccorritori,coinvolti in una grave maxiemergenza, rilevò che le strategie più utilizzate (94%) dagli operatori dell'emergenza, erano attività in grado di ridurre la riflessione e la capacità di pensare alla dimensione emotiva dell'evento.

Nei momenti in cui le squadre di soccorritori presenti sul luogo del disastro rimangono inattive (in attesa, ad esempio, dell'estrazione dei corpi dalle macerie o che siano completate le operazioni di estricazione), questo tipo di difesa è la prima a saltare.

In questi momenti le emozioni e le riflessioni si fanno largo e il rischio di esserne schiacciati è molto alto; peraltro alcuni autori sostengono che tale meccanismo è efficiente e funzionale solo nel breve periodo, ma deleterio e pericoloso se utilizzato incondizionatamente.

Altri meccanismi di coping molto utilizzati sono:

il contatto con gli altri e il supporto sociale in generale

la soppressione delle emozioni

il raccontare di aver vissuto l'evento come irreali

il manifestare evitamento attivo di pensieri legati all'evento

il prepararsi emotivamente all'intervento .

I risultati di uno studio condotto nel 1992, mostrano che gli operatori dell'emergenza, per regolare le forti emozioni dalle quali sono investiti e per rendere il loro ruolo meno opprimente, utilizzano in prevalenza **metodi di distanziamento**.

Quando queste strategie non sono attivate, il **tracollo emotivo** è quasi inevitabile e si nutre delle emozioni scaturite dalla profonda identificazione con la vittima o con la sua famiglia.

In uno studio descrittivo - qualitativo del 2003, i 52 partecipanti raccontano che dopo l'evento traumatico è impossibile lasciarsi alle spalle spontaneamente ciò che è successo, ma ricorrono pensieri intrusivi, che riportano a rivivere la criticità

dell'evento; se questi non vengono affrontati e superati, creano nell'individuo uno stato di malessere.

Affinché lo stress accumulato venga lasciato alle spalle, è necessario ottenere comprensione, avere l'opportunità di poter parlare con qualcuno delle proprie esperienze.

Parlando, l'operatore può riuscire a rendersi conto di ciò che è successo, di ciò che questo ha provocato in lui e, in caso di evento negativo, riaffermare che si è agito nella maniera corretta, constatando che non si poteva fare in altro modo; in questo modo si ha la possibilità di superare i sensi di colpa scaturiti dal fallimento della missione.

Secondo molti autori, per smaltire la tensione accumulata e non metabolizzata, sarebbe utile agli operatori un periodo di allontanamento dal lavoro o di trasferimento in un reparto non di emergenza. Sugeriscono inoltre l'opportunità di organizzare *debriefing* tra gli operatori, per dar loro modo di parlare, per poter superare il trauma subito, confrontandosi con i propri pari.

La necessità di dare spazio agli operatori per condividere fra di loro i propri sentimenti, assume un ruolo di primo piano.

All'organizzazione sanitaria spetta il compito di saper controllare il più possibile le fonti di stress degli infermieri, o per lo meno dare l'opportunità di incontri frequenti per evitarne le conseguenze.

LA PSICOLOGIA DELL'EMERGENZA

La psicologia dell'emergenza ha l'obiettivo di studiare, prevenire e trattare i processi psichici, le emozioni e i comportamenti che si determinano prima, durante e dopo gli eventi critici.

La psicologia dell'emergenza si rivolge alle persone colpite da una catastrofe, da un lutto, da un trauma, ma anche ai soccorritori cioè alle persone che intervengono per prime e che, assieme ai sopravvissuti, sperimentano sentimenti di impotenza, angoscia, ansia, disperazione.

Questa branca della psicologia, attraverso professionisti esperti, si occupa delle situazioni critiche prima che si verifichino, durante il

loro svolgimento e dopo la loro conclusione, con le seguenti differenti finalità:

prima che si verifichino: l'intervento è volto a preparare le persone a rischio a fronteggiare gli eventi che si prevede possano accadere;

durante il loro svolgimento: l'azione mira ad attuare interventi di pronto soccorso psichico volti al sostegno dell'io della persona coinvolta;

dopo che si sono verificate: l'attività è volta a ridurre o superare i danni psicologici riportati dalle vittime e dai soccorritori, attraverso interventi di riabilitazione del loro quadro psichico.

Come interviene la psicologia dell'emergenza.

Un aspetto importante per l'efficacia dell'intervento di sostegno degli esperti di salute mentale sul luogo delle operazioni (ad esempio di una maxiemergenza) è la creazione di un rapporto adeguato con lo staff direttivo, i responsabili dei team di soccorso e gli operatori.

La conoscenza degli stressor associati al lavoro di soccorso e della cultura del lavoro di soccorso può facilitare la costruzione dell'alleanza. Se si arriva tempestivamente, inoltre, è più facile diventare parte integrante del team delle operazioni di intervento.

Le fasi della consultazione sono cinque:

L'accesso e il contatto iniziale. Si fanno le presentazioni, si prendono informazioni circa le aspettative che hanno i responsabili dei team sul servizio di salute mentale e si descrivono i servizi offerti.

Raccolta di informazioni. Si valutano i servizi necessari. Si parla con gli “informatori chiave” e si osservano l’ambiente e il comportamento degli operatori nei luoghi di pausa.

Feedback e decisione di intervenire. Nel fornire un feedback ai responsabili dei team o al *disaster manager*, si risponde alle resistenze con una pianificazione collaborativa degli obiettivi.

Realizzazione. Si gestiscono gli interventi.

Cessazione. Si valutano gli interventi e si danno eventuali consigli per i servizi futuri.

Durante le operazioni di soccorso vengono dati consigli ai responsabili dei team:

Ruotare il personale per consentire momenti di pausa lontano dall’area dell’incidente;

Fornire un luogo di pausa, vestiti di ricambio, cibi nutrienti e tempo sufficiente per mangiare in modo adeguato;

Ruotare i team e incoraggiarli ad avere scambi;

Spostare gli operatori gradualmente da aree a stress elevato ad aree a stress medio e poi basso;

Fornire un *defusing* a tutti gli operatori quando cessano il servizio o fanno delle pause.

Tecniche di pronto soccorso emotivo.

Il Defusing.

Si tratta di un intervento breve che dura 20-40 minuti e che viene organizzato per un gruppo di 6-8 persone. Essendo una tec-

nica di gestione dello stress da evento critico, viene utilizzata “a caldo” e cioè o durante o subito dopo l’evento stesso. Serve innanzitutto per ridurre il senso di isolamento e di impotenza attenuando le reazioni intense ed angosciose provocate dall’evento e per aiutare il gruppo a ritornare alla normalità, fornendo soluzioni a breve termine per il recupero della loro funzionalità.

Le vittime o i soccorritori vengono portate in un luogo sicuro dove rimangono per circa un’ora con gli addetti alla salute mentale.

Il gruppo è presieduto da due conduttori, di cui almeno uno è uno psicologo/psicoterapeuta.

Attraverso la condivisione verbale, si cerca di ridurre almeno parzialmente la tensione e lo stress traumatico.

È strutturato in tre fasi:

Introduzione: i conduttori si presentano e spiegano il motivo dell’incontro fissando delle regole che garantiscono la riservatezza delle informazioni.

Fase esplorativa: momento in cui viene chiesto al gruppo di discutere delle emergenze e di condividere le reazioni e le emozioni vissute.

Fase informativa: utile a normalizzare le esperienze/reazioni e a ridurre lo stress.

Il defusing fornisce agli operatori di soccorso la possibilità di comprendere meglio le loro reazioni e permette agli operatori di salute mentale di rilevare eventuali indicazioni del rischio di reazione di stress a lungo termine.

Il Debriefing o Critical Incident Stress Debriefing (CISD).

Si tratta di un incontro più strutturato del defusing e ad esso successivo, organizzato per il singolo ma più specificatamente per il gruppo (8-10, max 20-25 persone), la cui durata varia dalle due alle tre ore.

Il debriefing offre alle persone la possibilità di esternare e confrontare con altri i propri pensieri, ricordi ed emozioni più disturbanti in modo tale da comprenderli, normalizzarli e integrarli.

L'intervento di debriefing dovrebbe aver luogo 24-76 ore dopo l'evento critico ed ha lo scopo di ridurre l'impatto emotivo dell'evento stesso, di contenere le reazioni, di favorire il recupero, di combattere le convinzioni erronee, evitare le conseguenze negative future, istruire e rassicurare.

L'intervento di debriefing è strutturato in sette fasi:

Fase dell'introduzione

Fase del fatto: il gruppo viene invitato ad esporre i fatti e il ruolo avuto nell'incidente.

Fase del pensiero: rassegna dei pensieri negativi espressi nel gruppo.

Fase della reazione: descrivere gli aspetti dell'evento che hanno provocato e determinato maggior malessere. Condividere le sensazioni provate durante l'evento e quelle che si provano in quel momento.

Fase dei sintomi: vengono descritti i sintomi fisici e psichici vissuti durante il momento traumatico, immediatamente dopo e al momento attuale. Così facendo si riporta il gruppo dai contenuti emotivi ai contenuti più vicini ad un orientamento cognitivo.

Fase della formazione: i conduttori forniscono consigli utili alla gestione dello stato di stress emozionale e insegnano loro tecniche di distensione psicofisica per facilitare il recupero dell'equilibrio psichico.

Fase del reinserimento: si forniscono informazioni utili dopo aver fatto una sintesi dei punti salienti trattati, al fine di aiutare le persone a reinserirsi nelle funzioni quotidiane.

Dopo aver congedato il gruppo, la squadra di debriefing si riunisce anche successivamente (riunione post-debriefing) per accertarsi che tutti i membri della squadra abbiano reagito al meglio.

Il *follow-up* è un momento successivo di verifica del lavoro svolto finalizzato all'accertamento della riuscita dell'intervento.

Desensibilizzazione e rielaborazione attraverso movimenti oculari o EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing therapy)

L'EMDR è stato strutturato come metodo terapeutico nel 1989 da Francine Shapiro. Nel 1995 l'EMDR uscì dal campo sperimentale per diventare un metodo terapeutico standard.

La focalizzazione dell'EMDR è sul ricordo dell'esperienza traumatica per elaborarla a livello emotivo, cognitivo e a livello delle sensazioni corporee.

È un metodo per il trattamento del trauma che potrebbe agire a livello neurofisiologico perché si basa sulla stimolazione alternata dei 2 emisferi cerebrali, mentre il paziente si focalizza sulle componenti del ricordo dell'esperienza traumatica.

L'obiettivo dell'EMDR è di mettere in moto l'innato sistema di elaborazione dell'informazione per trasformare le percezioni immagazzinate in modo disfunzionale e permettere che avvenga un rapido apprendimento.

Nell'approccio dell'EMDR si parla di informazioni legate al ricordo di un evento traumatico e in particolare a 4 aspetti dell'esperienza traumatica:

l'immagine o l'aspetto peggiore dell'esperienza

gli aspetti cognitivi

le emozioni

le sensazioni fisiche.

Il paziente si focalizza inizialmente su questi aspetti dell'esperienza traumatica mentre vengono somministrati i movimenti oculari o altre forme di stimolazione bilaterale. L'immagine

riguarda l'aspetto peggiore dell'evento o la parte più disturbante. Attraverso l'immagine si stabilisce il collegamento tra la consapevolezza ed il posto dove l'informazione è immagazzinata nella memoria e si accede al ricordo vero e proprio.

Le emozioni riguardano il disagio che il paziente prova focalizzandosi sull'immagine e sulla cognizione negativa, in genere sono sensazioni di tristezza, angoscia, impotenza, rabbia. L'ultimo aspetto sono le sensazioni fisiche che prova il paziente legate alle emozioni.

La base dell'EMDR è la stimolazione alternata dei due emisferi cerebrali e contemporaneamente:

immagine traumatica

cognizione negativa

emozioni disturbanti

sensazioni fisiche

All'inizio della seduta al paziente viene dunque richiesto di focalizzarsi sull'immagine, sulla cognizione negativa di sé e sul punto dove è localizzato il disturbo emotivo in quel momento. Dopo vari sets di stimolazione bilaterale si ottiene una rapida desensibilizzazione nei confronti del ricordo, oppure un cambiamento delle emozioni, per es. da paura in impotenza, rabbia e poi dispiacere fino a quando non si avverte più un disturbo emotivo legato al richiamo dell'esperienza.

Durante la terapia, avviene che il paziente fa delle associazioni con esperienze positive in modo completamente spontaneo e queste associazioni vanno nella direzione del rafforzamento dell'immagine positiva su di sé. A questo punto in genere avviene la ricollocazione dell'evento in una prospettiva più adattiva.

Molto spesso è i pazienti riferiscono di sentire che veramente il ricordo della esperienza traumatica fa parte del passato e quindi viene vissuta in modo distaccato. Affermano di avvertire l'esperienza come un "ricordo lontano", non più disturbante o pregnante come all'inizio della seduta, dove sentivano un disagio emotivo significativo e una localizzazione corporea di tale disturbo.

Il paziente ricorda l'evento ma il contenuto è totalmente integrato in una prospettiva più adatta.

Durante una seduta di EMDR in genere c'è una mancanza totale o quasi di input da parte del terapeuta; in modo da non interferire con il lavoro di elaborazione che fa il paziente una volta stimolato a livello bilaterale.

La desensibilizzazione e la ristrutturazione cognitiva che avvengono durante una seduta di EMDR permettono l'elaborazione del ricordo dell'esperienza traumatica, e quindi si osserva che il paziente cambia la sua prospettiva sull'evento, le valutazioni cognitive su di sé, incorporando emozioni adeguate alla situazione ed eliminando le reazioni fisiche disturbanti.

Azioni di prevenzione.

Considerata la situazione socio-politica internazionale che, a partire dal settembre 2001, vede un crescendo di azioni terroristiche in ogni luogo del pianeta, la modificazione del clima che comporta disastri ambientali sempre più frequenti, le situazioni di maxiemergenza "routinarie" (crollo di edifici, incidenti aerei, ferroviari, maxi-tamponamenti, ecc) e tutte le situazioni di emergenza-urgenza che ogni giorno si affrontano, è necessario agire anche sul livello della prevenzione del disagio psichico degli operatori e dei cittadini. Ecco come, anche in questo caso, l'educazione sanitaria svolge un ruolo molto importante.

Anche la prevenzione nel campo della salute mentale verso le vittime di eventi stressanti e si distingue in:

Prevenzione primaria: come attività di organizzazione salutare del contesto lavorativo e di **formazione** svolta in tempi di non emergenza, tesa a sensibilizzare e a far conoscere non solo i rischi psicologici del soccorso, come lo stress, ma anche le risorse umane naturali e difensive di ogni professionista, gli aspetti relazionali e motivazionali.

Prevenzione secondaria: come supporto psicologico di base dopo eventi critici e ad elevato impatto emotivo, con incontri di sostegno di gruppo ed individuali.

Prevenzione terziaria: Come attività di assistenza psichiatrica e psicoterapeutica finalizzata alla comprensione del disagio/disturbo presentato ed alla sua risoluzione.

Le principali strategie per attuare un buona prevenzione possono essere:

1) Strategie generali:

Selezione adeguata del personale;

Ritmi di lavoro che consentano un adeguato riposo;

Riduzioni al minimo delle tensioni comunicative e politiche all'interno dell'organizzazione;

2) Strategie rivolte a piccoli o a grandi gruppi:

Spiegazione agli operatori delle modalità di manifestazione più tipiche dello stress legato a lavori in contesto di emergenza;

Insegnamento di semplici e rapide tecniche di rilassamento;

Utilizzazione di strategie di defusing e debriefing per gli eventi critici rivolte con regolarità agli operatori, al fine di consentire un'adeguata condivisione tra colleghi delle tensioni emotive connesse al proprio operato.

3) Interventi psicoterapeutici:

A questo scopo, la psicoterapia ipnotica, l'EMDR (Eye Movement Desensitization and-Reprocessing) e alcune strategie cognitivo - comportamentali hanno dimostrato una buona efficacia.

La validità dell'intervento preventivo in emergenza è data non solo dalla capacità psico-comportamentale dei soccorritori di gestire l'emergenza, ma anche dalla capacità di reazione di tutta la popolazione colpita nei primissimi momenti d'impatto con l'evento di crisi. Con l'**informazione** si possono attivare anche le necessarie sensibilità nei confronti di questi problemi e di conseguenza attivare una nuova attenzione finalizzata ad eliminare quei fattori di rischio su cui è possibile intervenire e sviluppare le competenze per fronteggiarli.

CONCLUSIONI.

Dal lontano 1985, anno in cui mi sono trovata ad affrontare le tragiche conseguenze di un attentato terroristico ad oggi, molto è stato fatto, almeno a livello teorico, sul tema del sostegno psicologico all'operatore che viene coinvolto in una situazione di maxiemergenza o di emergenza.

Mi sento di affermare, però, che molte organizzazioni sanitarie sono in notevole ritardo rispetto all'applicazione di queste misure preventive e curative nei confronti di operatori e cittadini.

Nell'azienda dove presto servizio e che si occupa di emergenza territoriale, esiste il servizio di psicologia ma con un solo operatore psicologo a disposizione di tutti gli operatori (duemila su tutto il territorio regionale) che interviene anche nelle maxiemergenze.

Non conosco bene la situazione organizzativa di altre strutture sanitarie come DEA di I e II livello, pronto soccorsi, associazioni di volontariato e protezione civile, che in collaborazione con l'ARES118 intervengono in situazioni di maxiemergenza e di emergenza. Mi ripropongo di effettuare una ricerca, attraverso anche la somministrazione di questionari, per raccogliere dati utili alla tesi di laurea del prossimo anno.

Intanto, limitatamente alla mia funzione professionale, mi sento stimolata a sollecitare l'azienda dove presto servizio, ad effettuare una formazione più specifica (anche in considerazione del D.lgs. 626/94 completamente trasfuso nel D.lgs. 81/08) per gli operatori dell'ARES118, finalizzandolo alla prevenzione dei disagi psichici conseguenti al continuo stress emotivo a cui sono sottoposti giornalmente.

Penso che i responsabili della sicurezza negli ambienti lavorativi pubblici e privati, i responsabili della sicurezza dei cittadini non possano più celarsi dietro il discutibile principio che parlare di rischio aumenti la paura. Credo sia arrivato il tempo di occuparsi di una seria pianificazione informativa e formativa finalizzata all'autoprotezione dei cittadini e degli operatori del soccorso.

Bibliografia

- Anolli L., Legrenzi P., *Psicologia generale*, Bologna, Il Mulino, 2001
- Cherniss C., *La sindrome del burnout*, Torino, Centro Scientifico Torinese, 1983
- Cusano M., Napoli A., *Fondamenti di psicologia dell'emergenza*, (a cura di) M. Gianantonio, Salerno, Ecomind, 2003
- Cuzzolaro C., Frighi L., *Reazioni umane alle catastrofi*, Roma, Gangemi, 1998
- Cyrułnik B., *I brutti anatroccoli. Le paure che ci aiutano a crescere*, Frassinelli, 2002
- D'Urso P., Trentin B., *Psicologia delle emozioni*, Bologna, Il Mulino, 1988
- Francine Shapiro "EMDR" *Desensibilizzazione e rielaborazione attraverso movimenti oculari- Edizione italiana a cura di Isabel Fernandez-* McGraw-Hill 2000
- DSM IV, *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*, Milano, Masson, 1999
- Emergency Nurses Association, *Standard del Nursing nell'Emergenza*, Milano, Masson, 1995
- Maslach C., *La sindrome del burnout*, Assisi, Cittadella, 1997

Fonti legislative:

- DPR 14 marzo 1974, *Modifiche al R.D. 2 maggio 1940, n. 1310, sulle mansioni degli infermieri professionali e infermieri generici*, Gazzetta Ufficiale 18 giugno 1974, n. 157
- DPR 27 marzo 1992, *Atto di indirizzo e coordinamento alle Regioni per la determinazione dei livelli di assistenza sanitaria di emergenza*, Gazzetta Ufficiale 31 marzo 1992, n. 76
- Linee guida per il sistema di emergenza – urgenza*, Gazzetta Ufficiale 17 maggio 1996, n.114
- Legge 26 febbraio 1999, n. 42, *Disposizioni in materia di professioni sanitarie*, Gazzetta Ufficiale 2 marzo 1999, n. 50