

# Il dispositivo di protezione psicologica individuale ai tempi del COVID-19

## La promozione della resilienza in fase acuta

BARBARA LISSONI, CLAUDIA BRUNI, GIAMPAOLO CASELLA, ISABELLA FONTANA, PAOLO BRIOSCHI, GIOVANNA GORNI, FRANCESCA BERGAMO, ROBERTO FUMAGALLI, IGNAZIO RENZO CAUSARANO

Ospedale Niguarda, Milano.

*Pervenuto e accettato il 20 aprile 2020.*

**Riassunto.** Il sistema sanitario italiano si trova attualmente ad affrontare un'emergenza sanitaria nazionale (e internazionale) di portata paragonabile, forse, ad alcune pandemie del passato che non tutti gli operatori sanitari hanno vissuto. In una siffatta situazione, l'aspetto della qualità della vita dei professionisti sanitari e delle famiglie assume una rilevanza prioritaria, e in tale prospettiva, il tema dell'assistenza e del supporto agli operatori e alle famiglie riveste un ruolo di primaria importanza soprattutto nei casi considerati critici e di particolare gravità quali la morte. Da qui il bisogno di razionalizzare e ottimizzare gli interventi di supporto a favore del personale sanitario e dei familiari di malati COVID-19. Questa è la fotografia di uno scenario tutt'altro che immobile all'interno del quale anche la psicologia ha dovuto mutare la propria forma d'azione e allargare l'orizzonte per poter riconoscere e accogliere i bisogni sia dell'équipe sia dei familiari dei malati colpiti dal COVID-19: la dicotomia vita-morte coinvolge tutti senza tempo per prepararsi, elaborare e congedarsi dall'altro; si aprono continuamente porte per cercare di dare risposta all'emergenza senza avere il tempo di richiuderle. Questo lavoro ha lo scopo di proporre una modalità per supportare e curare gli operatori dell'Unità di Terapia Intensiva e per i familiari dei pazienti malati di COVID-19; il progetto si declina in attività diverse pensate *ad hoc* per rispondere ai bisogni espressi e inespressi con la finalità di prevenire il disturbo post traumatico da stress (PTSD) e il lutto complicato.

**Parole chiave.** COVID-19, resilienza, protezione psicologica, équipe.

*The individual psychological protection device at the time of the COVID-19. The promotion of the resilience in acute phase.*

**Summary.** The Italian health system is currently facing a national (and international) health emergency of a scale comparable, perhaps, to some pandemics of the past that not all health workers have experienced. In a situation like the one we're living nowadays, the quality of life of health professionals and families is a priority, and in this perspective, the issue of assistance and support to operators and families plays a role of primary importance especially in cases considered critical and particularly serious such as death. Therefore, the need to rationalize and optimize support interventions in favor of health personnel and family members of COVID-19 patients. This is a photograph of a scenario in constant changing in which clinical psychology had to change its form of action and broaden its horizon in order to recognize and accommodate the needs of both the team and the families of the patients affected by COVID-19: the life-death dichotomy overruns everyone without time to prepare, to process and to say goodbye to our loved ones; doors are constantly being opened to try and respond to the emergency without having time to close them. This work aims to propose a way of supporting and treating the operators of the Intensive Care Unit and for the families of patients with COVID-19; the project is divided into different activities designed *ad hoc* to respond to expressed and unexpressed needs with the aim of preventing post traumatic stress disorder (PTSD) and complicated mourning.

**Key words.** COVID-19, resilience, psychological protection, équipe.

### Introduzione

Il sistema sanitario italiano si trova attualmente ad affrontare un'emergenza sanitaria nazionale (e internazionale) di portata paragonabile, forse, ad alcune pandemie del passato che non tutti gli operatori sanitari hanno vissuto. L'Ospedale Niguarda di Milano è in prima linea nella risposta all'emergenza e in poche settimane i reparti di Terapia Intensiva sono sovra saturi, tanto da dover destinare altri reparti all'accoglienza di pazienti affetti da COVID-19 rivoluzionando in questo modo l'organizzazione anche di reparti

diversi dalla Terapia Intensiva. L'intero ospedale ha cambiato volto: incontra il nemico impalpabile e invisibile, lo accoglie e lo gestisce fino alla fine, qualunque sia la fine. Questa è la fotografia di uno scenario tutt'altro che immobile all'interno del quale anche la psicologia ha dovuto mutare la propria forma d'azione e allargare l'orizzonte per poter riconoscere e accogliere i bisogni sia dell'équipe sia dei familiari dei malati colpiti dal COVID-19: la dicotomia vita-morte coinvolge tutti senza tempo per prepararsi, elaborare e congedarsi dall'altro; si aprono continuamente porte per cercare di dare risposta all'emergenza senza avere il tempo di richiuderle. Gli psicologi si doman-

dano, denudati di tutti gli strumenti, le procedure, i riferimenti scientifici cosa fare e come stare in questa “guerra”.

Dal reparto di Terapia Intensiva è partito un lavoro di psicologia clinica che si occupa sia dell'équipe sia dei familiari dei malati; il progetto si declina in attività diverse pensate *ad hoc* per rispondere ai bisogni espressi e inespressi con la finalità di prevenire il disturbo post traumatico da stress e il lutto complicato.

## Contesto

Dal punto di vista psicologico, un contesto d'emergenza è una situazione interattiva caratterizzata dalla presenza di una minaccia, che prevede un'azione rapida e rapide decisioni. L'emergenza è caratterizzata dalla percezione di una sproporzione improvvisa tra bisogno e potenziale di risposta attivabile dalle risorse immediatamente disponibili. Una situazione di emergenza determina una frattura nel tempo e nello spazio vitale delle persone, richiedendo una capacità adattiva a seguito di una rapida ed incalzante trasformazione, che stravolge ruoli e protocolli.

Bruschi cambiamenti della realtà attesa o condivisa provocano disorientamento, sollevano imponenti domande di informazione e spiegazione, sollecitano il rapido ripristino di un mondo che torni ad essere “normale e routinario”. La perdita di senso e di certezze lascia gli operatori sanitari disorientati, il bisogno di autoprotezione sia fisica che emotiva diventa primario.

Inoltre, l'emergenza si crea in presenza di una trasformazione rapida e incalzante, essa comporta una frattura nella continuità temporo-spaziale che sconvolge i ruoli e le procedure, la capacità di reagire e le competenze razionali coinvolte. La caduta improvvisa di senso e di significato, impattando il senso di precarietà, ha forti ripercussioni sugli operatori sanitari implicati, facendo saltare i parametri di valutazione della realtà, il supporto sociale, la capacità previsionale, il senso di identità e la fiducia nelle proprie risorse. Quindi si viene pervasi da un senso di vulnerabilità e perdita di controllo che rendono più difficili le risposte adattative.

In una siffatta situazione, l'aspetto della qualità della vita dei professionisti sanitari e delle famiglie assume una rilevanza prioritaria, e in tale prospettiva, il tema dell'assistenza e del supporto agli operatori e alle famiglie riveste un ruolo di primaria importanza soprattutto nei casi considerati critici e di particolare gravità quali la morte. Da qui il bisogno di razionalizzare e ottimizzare gli interventi di supporto a favore del personale sanitario e dei familiari di malati COVID-19.

Schematicamente si possono evidenziare due livelli di intervento:

1. il supporto empatico ha lo scopo fondamentale di sostenere umanamente gli interessati, nonché quello di comunicare il sentimento di vicinanza e di sviluppare nel personale e nei familiari dei malati il senso di sicurezza e protezione;

2. il supporto psicologico, invece, si esplica attraverso interventi professionali orientati a sostenere l'équipe e la famiglia nel processo di gestione emotiva, decompressione emotiva e di elaborazione del lutto o dell'evento potenzialmente traumatico.

Tutti i medici, infermieri e operatori sociosanitari e tutte le famiglie possiedono le potenzialità per rispondere in modo resiliente agli eventi negativi e il ruolo e la funzione dello psicologo sono quelli di intervenire per massimizzare tali potenzialità, agendo in modo da aumentare le risorse, le competenze e i fattori che possono svolgere un'azione protettiva, di promozione della salute e di ripristino dell'equilibrio emotivo utile per rielaborare l'esperienza e riprendere il proprio cammino di vita.

Nelle prime settimane di gestione dell'emergenza COVID-19, prima di assistere al picco dei contagi e dei conseguenti ricoveri, attraverso l'osservazione e colloqui individuali è stata effettuata una valutazione dei bisogni sia dell'équipe sia del nucleo malato-familiari; sulla base della “needs assessment”, che traccia un aspetto trasversale, è stato possibile strutturare gli interventi.

## L'équipe

Gli operatori sanitari mostrano, nella **prima fase acuta**, il bisogno intenso di protezione e sicurezza, di avere un senso di appartenenza nella condivisione di obiettivi comuni, di accudimento e di decontaminazione da ciò che li ha inquinati emotivamente. Posto che i bisogni variano rapidamente col variare delle situazioni organizzative, si è cercato di dare una risposta strategica.

- c. Assicurare la **sicurezza** fisica immediata, che permetta lo spazio razionale di azione, favorisca un senso di autoefficacia individuale e collettiva. Nella “disorganizzazione riorganizzata” gli operatori ricercano i leader come riferimento materno e paterno, e autopromuovono la protezione da ulteriori esposizioni traumatiche e disorientanti. La strategia attuata in questa primissima fase ha previsto la presenza costante e continua con briefing brevi, concisi e veritieri da parte dei leader verso medici e infermieri e operatori sociosanitari al fine di trasmettere informazioni precise legate al presente in divenire rapido e mantenere “la rotta” insieme senza defezioni.

- d. Come si è trasformata la mia squadra di lavoro? Cosa ci unisce? L'**alleanza** e l'**obiettivo** sono valori gruppali trasmessi e promossi dalla leadership che si consolidano e rimodellano nel tempo; gli obiettivi possono cambiare ma è importante che siano chiari nel breve tempo, si perseguano con coerenza. La strategia efficace è stata l'affiancamento dello psicologo all'équipe come presenza di condivisione e ascolto nel corso dell'attività quotidiana frenetica ed intensa. Si chiama “defusing” il procedimento destinato a facilitare il ve-

rificarsi di opportunità di espressione di pensieri e stati d'animo da parte del team senza sentirsi obbligati a farlo. Come una breve conversazione informale per piccoli gruppi spesso effettuata in cucina, in quanto luogo "altro" dalle aree tecniche del reparto di Terapia Intensiva, "emotivamente pulito e decontaminato", percepito come se fosse "casa". Si normalizzano le loro reazioni intense in seguito a eventi traumatici e si rinforza il concetto di transitorietà.

- e. **L'accudimento** è un bisogno primario che passa soprattutto attraverso il cibo. La cucina diventa luogo di scambio di menti e di cuori attraverso un pasto insieme. È una strategia efficace modellare il setting (cucina) favorendo un luogo ed uno spazio in cui normalizzare reazioni intense a seguito di eventi severi emotivamente, riducendo le valutazioni negative su di sé, e anche in cui promuovere e valorizzare le capacità di coping del singolo professionista e del gruppo.
- f. Infine, il bisogno di **decontaminazione** da parte dei professionisti è prioritario, dopo una giornata o una notte "inquinata". Sostenere il professionista e la stima che ha in sé riducendo le valutazioni negative e le reazioni di severità e di dovere, in momenti in cui è chiesta una modalità di lavoro differente dalla routine. Si è creata una stanza di decontaminazione emotiva (stanza relax) in cui ciascun operatore liberamente possa sfruttare uno spazio diverso dal resto del reparto (l'angolo sport, l'angolo relax, l'angolo studio, l'angolo arte) e ripulirsi di ciò che ha sporcato o inquinato di sé.

Gli obiettivi specifici in questa fase acuta mantenuti come "rotta" sono:

- promuovere un senso di sicurezza
- favorire un ritorno alla calma razionale
- normalizzare reazioni acute
- incoraggiare il senso di auto efficacia
- promuovere il senso di appartenenza
- mantenere un senso di apertura.

Con l'aggravarsi della condizione COVID-19 negli ospedali lombardi è emerso in una seconda fase il problema delle scelte di desistenza terapeutica e di "sedazioni palliative" in emergenza nei reparti invasi da malati.

I medici intensivisti hanno intubano con l'angoscia di "strappare per sempre" il paziente ai loro cari, i medici internisti vedono morire i malati "soli e sofferenti", e portano vissuti di responsabilità contornati da un senso del limite "intollerabile per loro e inaccettabile".

La letteratura prevede che sotto elevati carichi di stress il personale possa sviluppare un disturbo post traumatico da stress, un disturbo depressivo maggiore o un disturbo d'ansia generalizzato, senza dimenticare, nel caso di decesso di un familiare, un lutto patologico o complicato. Ma la letteratura considera anche che numerosi individui fanno ricorso alle risorse interne, alla resilienza, come capacità di mantenere la salute mentale di fronte allo stress.

Il modello di psicologia clinica del Niguarda considera come gli eventi quali la pandemia COVID-19 determinino un impatto emotivo violento e pervasivo nel funzionamento psico-cognitivo di ciascun individuo, con un contagio emotivo sui familiari come circolo vizioso: i professionisti che hanno la capacità di regolazione delle proprie emozioni con annessa gestione sono più predisposti a sviluppare la resilienza.

Se la capacità di regolazione delle emozioni è considerato un dispositivo di protezione psicologica individuale (DPpI) per operatori coinvolti nella "guerra" al COVID-19, si ritiene utile l'intervento psicologico sotto forme differenti affinché la resilienza venga alimentata e mantenuta. In questa fase acuta gli interventi psicologici si sono sviluppati nelle attività sopra descritte; non è possibile divaricare il tempo e lo spazio perché gli operatori si possano fermare al fine di allenare la propria competenza emotiva, lo si può però fare attraverso le strategie sopradescritte.

"Solo dopo la tempesta sarà possibile effettuare il punto barca" e sarà allora indispensabile creare spazi e tempi di supervisione, di debriefing strutturati, di colloqui di ricostruzione o ritrovamento di un'identità dimenticata e di un'emotività morbida "post-bellica".

I bisogni nella fase di **transizione a medio-lungo termine**, dopo opportune valutazioni di bisogni, si potranno evolvere in:

- a. ripristino ove possibile di una rinnovata routine
- b. riattivazione di relazioni sociali e vita normale
- c. debriefing emotivo
- d. narrazione degli eventi traumatici
- e. rinforzo dell'identità professionale e del senso di sé
- f. follow-up per identificare il permanere di alcune situazioni di disagio.

---

## I familiari

I familiari di un paziente affetto da COVID-19 spesso sono a casa in quarantena, senza possibilità di uscire e avere contatti, oppure hanno altri familiari ricoverati in altri reparti di altri ospedali. Le famiglie spesso sono disperse e lontane oppure molti membri sono deceduti a causa del virus.

I cari non possono accedere e vedere il proprio caro a causa delle restrizioni protettive. Quindi le informazioni avvengono per lo più solo telefonicamente.

Le attenzioni sui familiari sono legate allo sviluppo di disturbi post traumatici da stress, di lutti complicati, di stati depressivi maggiori reattivi ad eventi luttuosi e mortiferi.

Gli indicatori che rendono complicata l'elaborazione del lutto, in particolare se si tratta di una morte traumatica, sono:

1. la morte improvvisa e lontana;
2. il "rapimento" del paziente, che scompare, senza più avere contatti diretti con lui;
3. l'impossibilità di svolgere il rituale del lutto, utile all'elaborazione ed integrazione: le espressioni sociali in risposta alla perdita, inclusi i rituali e

i comportamenti peculiari di ogni cultura e religione, servono ad attivare il processo di **rimargine** al fine di raggiungere una piena accettazione della realtà e delle sue implicazioni, di metabolizzarla e di far sì che la vita vada avanti (lutto integrato).

In particolare, la prima fase del lutto al momento della comunicazione telefonica è quella del disperante stordimento. Questa prima fase è influenzata da caratteristiche specifiche del grave evento che possono renderla particolarmente amplificata, intensa e prolungata. Tra queste:

- il carattere improvviso, inaspettato e traumatico della morte;
- la lontananza dei familiari dal luogo di morte del congiunto;
- non averlo potuto salutare;
- l'impossibilità di vedere la salma a causa delle circostanze "infettive" del decesso;
- la forte attenzione dei media nei confronti dell'evento.

L'analisi dei bisogni della famiglia dei malati COVID-19 ha rilevato in particolare:

- il bisogno d'informazione chiara e puntuale
- il bisogno di assicurazione su ciò che sta accadendo
- l'ascolto e supporto emotivo.

Con i primi ricoveri sono iniziati i colloqui telefonici di informazioni mediche da parte di un medico intensivista dedicato, che sarà sempre lo stesso ogni giorno.

Visti la drammaticità della situazione e il carico degli operatori che subiscono un contagio emotivo "infettivo", si sceglie anche l'integrazione telefonica dello psicologo con l'obiettivo di protezione emotiva per il personale e di gestione emotiva per il parente.

Durante la telefonata del medico viene presentata al familiare la modalità di lavoro multidisciplinare ed integrata in equipe con la presenza di uno psicologo, che chiamerà telefonicamente tutti i caregiver a casa un paio di volte alla settimana, o secondo il bisogno specifico.

Lo psicologo ha il compito poi di scrivere in cartella clinica l'anamnesi familiare e le notizie importanti, al fine di informare l'equipe ed umanizzare la distanza a causa del COVID-19. Inoltre, per rispondere ai bisogni di chi è lontano si decide di inviare fotografie di volti di curanti sui cellulari di famigliari a casa come possibilità di fornire uno sguardo ed un volto a chi sta con il loro malato.

Da questo punto si è potuto analizzare in dettaglio con quali strategie rispondere ai bisogni rilevati.

La famiglia ha bisogno di avere **informazioni** e di **conoscere**. Al telefono le informazioni devono essere: semplici, veritiere ed empatiche. Le informazioni fornite correttamente aiutano la famiglia a dare maggior senso ad una situazione fuori controllo. La telefonata una volta al giorno da parte del medico di

riferimento al familiare caregiver fornisce la sicurezza per poter sopportare tale situazione.

La **rassicurazione** che il loro caro non sia da solo abbandonato, sia assistito e ci si prenda cura di lui da un punto di vista relazionale ed affettivo. È fondamentale trasmettere che i professionisti sanitari stiano curando al meglio il paziente, che il loro caro non stia soffrendo. I colloqui telefonici medico e psicologo che rispondano alle domande, ai dubbi e la possibilità di dare un volto ai curanti sono strategie di umanizzazione delle cure.

L'**ascolto** e il **supporto emotivo**, in questa condizione destabilizzante e drammatica, per loro, sono nutritivi "ricevere risposte sincere", seguito dal "sentirsi rassicurati che le migliori cure vengano fornite al paziente". Le telefonate dello psicologo danno voce ai loro pensieri, danno forma ai loro vissuti, trasformano l'indicibile in parole.

Trattandosi di una situazione nuova, non conosciuta, si rende ancora più complesso stabilire delle procedure tali da includere tutte le risposte a tutti i bisogni perciò al fine di rispondere ai bisogni emergenti e non gestibili al telefono sono istituite delle visite in modalità ristretta che variano al variare delle condizioni esterne dei familiari.

Nel caso di familiari che non abbiano indicazione alla quarantena, per pazienti che non hanno una prognosi di fine vita, sono concesse delle visite, possibilmente con la presenza dello psicologo, al fine di alleggerire il tempo e peso del lavoro ai sanitari: si tratta di una visita dietro al vetro con adeguato abbigliamento come da protocollo interno al reparto e con comunicazione al loro caro attraverso radiolina.

Nel caso di familiari che non abbiano indicazione alla quarantena, per pazienti che hanno una prognosi di fine vita, essi possono fare visita al parente sempre con la presenza dello psicologo: l'accoglienza della drammaticità della situazione con competenze specifiche è fondamentale. In questo caso c'è la possibilità di visita per un familiare al fianco al letto del malato, con eventuale possibilità di soddisfare bisogni spirituali se volessero.

Nel caso di familiari in quarantena non vi è nessuna possibilità di visita.

---

## Conclusioni

Abbiamo voluto dare una fotografia del momento critico acuto del primo mese di lavoro COVID-19 (marzo 2020), consapevoli che i bisogni variano in itinere e di conseguenza mutano le strategie e gli obiettivi di intervento.

"Prendersi cura senza poter curare" è la sfida per gli operatori, sia di Terapia Intensiva, ma anche di cure palliative, costretti a ridefinire il proprio modello di cura.

Da ormai quasi due mesi la sensazione di liquidità (definizione di Bauman) ci attraversa: "i liquidi non possono preservare la loro forma per troppo tempo, mutano continuamente e in maniera imprevedibile. La



condizione di bisogno implica la necessità di ri-identificazione continua che genera attrazione e dolore. Viviamo nell'incertezza". Queste definizioni sono sorprendentemente attuali nei reparti e tra gli operatori. Molti pazienti sono generalmente in sedazione profonda, scivolano, se va bene, verso un lento risveglio per liberarsi della macchina che respira per loro. Se va bene. Come rendere umana una condizione disumana?

A loro, i pazienti risvegliati, siamo riusciti a far sentire le voci e i messaggi inviati grazie alla tecnologia (IPad, WhatsApp), a mostrare i volti dei loro cari. Questi pazienti senza voce, con lacrime silenziose ed esaustrate alzavano un pollice verso l'alto "andrà tutto bene".

Ai parenti di pazienti ancora sedati mandiamo fotografie di volti di chi si cura di loro, di immagini di vita da reparto nel tentativo di mostrare il luogo e le persone che contengono il loro caro "strappato da casa".

E quando va male? "Non si può morire così soli" e non lo permettono: gli infermieri con una solida professionalità aggiungono quel pizzico di umanità sotto le divise da "astronauti" ed accarezzano nonostante i doppi guanti, non perdono di vista una smorfia nonostante le visiere, tengono la mano del morente nonostante la sedazione profonda fino all'ultimo battito cardiaco.

La morte per la prima volta per molti di noi non è fuori, lontana, ma ci tocca da vicino in ogni attimo e ovunque: la rivoluzione biomedica ha consentito all'uomo di modificare la storia naturale di molte malattie, fino ad interferire con il processo della morte e con la sua stessa definizione.

Il filosofo Umberto Curi sostiene che il paradigma alla base della medicina tradizionale sia ancora "influenzato dal mito della medicina come scienza esatta", in cui il concetto di limite è visto come ostacolo, ingombro, negatività da superare. Ed ora? Medici ed infermieri vivono il limite, l'impossibilità di curare. Le tecniche supportano ma non risolvono. La strada, in attesa della "cura", è la possibilità di "prenderci cura" in questa sospensione. L'identità professionale di ciascuno di noi è messa a dura prova.

Impauriti ma efficienti, incerti ma solidi, fragili ma tenaci, siamo costretti a tenere insieme la complessità del vivere in questo tempo: il nostro sentire con la professionalità, laddove l'una non deve escludere l'altra. E se "testa e cuore" si separeranno troppo i disturbi post-traumatici da stress prenderanno il sopravvento.

Questo lavoro è stato possibile grazie alla collaborazione con due associazioni "Wamba Onlus" e "Una mano alla vita".

*Conflitto di interessi:* gli autori dichiarano l'assenza di conflitto di interessi.

## Bibliografia di riferimento

- Zygmunt, B. La società dell'incertezza. Bologna: Il mulino, 1999.
- Zygmunt, B. Modernità liquida. Bari: Laterza Editore, 1999.
- Curi U. Le parole della cura. Medicina e filosofia. Milano: Cortina Editore, 2017.
- "At the Epicenter of the Covid-19 Pandemic and Humanitarian Crises in Italy: Changing Perspectives on Preparation and Mitigation" pubblicato il 21 marzo 2020 dai medici dell'ospedale Papa Giovanni XXIII di Bergamo su NEJM Catalyst Innovations in Care Delivery.
- OMS. "Coronavirus Disease (COVID-19) Outbreak: Rights, Roles and Responsibilities of Health Workers, Including Key Considerations for Occupational Safety and Health".
- L ai J, Ma S, Wang Y, et al. Factors associated with mental health outcomes among health care workers exposed to coronavirus disease 2019. JAMA Netw Open 2020; 3: e203976.
- Maunder R. The experience of the 2003 SARS outbreak as a traumatic stress among frontline healthcare workers in Toronto: lessons learned. Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci 2004; 359: 1117-25.
- Abelson JL, Liberzon I, Young EA, et al. Cognitive modulation of the endocrine stress response to a pharmacological challenge in normal and panic disorder subjects. Arch Gen Psychiatry 1995; 62: 668-75.
- Berkowitz L. Pain and aggression: some findings and implications. Motivation and Emotion 1993; 17: 277-93.
- Bonanno GA. Resilience in the face of potential trauma. Curr Dir Psychol Sci 2005; 14: 135-8.
- Brunori P, Candolo G, Dona Delle Rose M, et al. Traumi di guerra. Lecce: Manni Editore, 2003.
- Dunning C. Prevention of stress. Role stressor and supports for emergency workers. National Institute of Mental Health 1985; Washington DC.
- Durham TW, McCammon SL, Allison EJ Jr. The psychological impact of disaster on rescue personnel. Ann Emerg Med 1985; 14: 664-8.
- Linee guida sulle attività di supporto morale, psicologico e assistenziale-previdenziale al personale militare e ai rispettivi famigliari, in caso di particolari eventi. Stato maggiore della difesa. Ispettorato Generale della Sanità Militare, ed. Marzo 2018.