



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

Scuola di Psicologia

*Dipartimento di Psicologia dello Sviluppo e della
Socializzazione*

***Corso di Laurea Triennale in Scienze Psicologiche dello
Sviluppo, della Personalità e delle Relazioni Interpersonali***

Presidente Prof. Paolo Albiero

ELABORATO FINALE

Il Soccorritore in Divisa:

*Prevenzione e Supporto psicologico per il
soccorritore nelle Missioni Umanitarie*

Relatrice: Prof.ssa Sabrina Bonichini

Laureanda: Clara Tora
(matricola n.: 2116330)

Anno Accademico: 2025-2026

A chi è abituato a salvare gli altri, ma porta ferite invisibili che non mostra a nessuno.
Questa tesi è per voi, per la forza che si nasconde dietro la scelta di tendere la mano.

«Chi lotta contro i mostri deve guardarsi dal non diventare lui stesso un mostro.
E se tu scruterai a lungo in un abisso, anche l'abisso scruterà dentro di te.»
— Friedrich Nietzsche, *Al di là del bene e del male*

Indice

Indice.....	4
Introduzione.....	5
Capitolo 1: La Psicologia del Soccorritore e il Rischio Traumatico.....	7
1.1.Meccanismi psicofisiologici dello stress.....	8
1.2. Il PTSD e gli strumenti per la diagnosi.....	10
1.3. Il Trauma Vicario	15
Capitolo 2 : Modelli di Prevenzione e Supporto Psicologico	17
2.1. Prevenzione Primaria	17
2.2. Gestione post-evento immediata.....	22
2.3. Trattamento del trauma stabilizzato.....	24
2.4. Il supporto orizzontale	27
Capitolo 3: Il Supporto Psicologico nel Personale Militare.....	30
3.1. Il supporto durante il dispiegamento.....	30
3.2. Lo psicologo militare.....	33
3.3 Psicologi della protezione Civile dell'ANA.....	35
3.4. Il Corpo degli Alpini nelle missioni umanitarie.....	39
Conclusioni.....	42
Bibliografia.....	43
Fonti Primarie	49
Sitografia.....	50
Ringraziamenti.....	51

Introduzione:

Le catastrofi naturali, dai terremoti alle inondazioni fino agli uragani, rappresentano macro-eventi critici capaci di determinare conseguenze devastanti non solo a livello infrastrutturale, ma soprattutto sul piano individuale e comunitario. Tuttavia il ruolo della psicologia dell'emergenza non si esaurisce nei grandi disastri scenici, esso si estende alle micro-emergenze quotidiane come incidenti stradali, interventi di soccorso sanitario critici o situazioni di ordine pubblico, che vedono costantemente esposti i primi soccorritori quali vigili del fuoco, personale medico e forze dell'ordine a elevati livelli di stress traumatico. Sebbene la letteratura scientifica si sia storicamente concentrata sull'impatto psicologico subito dalle vittime primarie, è emersa negli ultimi anni una crescente necessità di rivolgere l'attenzione clinica al personale deputato alla risposta emergenziale. I primi soccorritori (*First Responders*), infatti, operano in scenari caratterizzati da distruzione di massa e sofferenza umana, esponendosi a un rischio di traumatizzazione cronica che spesso rimane silente.

In questo panorama, le missioni di aiuto umanitario e soccorso in caso di disastri (*HA/DR – Humanitarian Assistance and Disaster Relief*) sono diventate una componente centrale delle operazioni militari moderne. A differenza delle operazioni di combattimento tradizionali, le missioni HA/DR richiedono un'interazione costante con popolazioni civili colpite da catastrofi. Nonostante tali compiti siano spesso percepiti dall'opinione pubblica come "meno stressanti" rispetto al conflitto armato, l'esposizione diretta alla morte, le difficili condizioni logistiche e il carico morale del soccorso configurano rischi specifici per la salute mentale degli operatori. Sebbene esista un vasto corpus di ricerche effettuate in ambito militare riguardo alla gestione del trauma, si riscontra una significativa carenza di studi longitudinali capaci di stabilire una relazione chiara tra la partecipazione specifica a operazioni HA/DR e l'insorgenza di disturbi psicopatologici. Le evidenze attuali suggeriscono che la partecipazione a missioni umanitarie non comporti necessariamente un incremento dei sintomi di salute mentale rispetto ad altri dispiegamenti; tuttavia, esse sottolineano come variabili quali il grado, l'esperienza pregressa e la natura del supporto ricevuto possano agire da determinanti fattori di protezione o di vulnerabilità.

Il presente lavoro si propone di descrivere in che modo i modelli di supporto psicologico e i protocolli di prevenzione nelle Forze Armate possano mitigare il rischio di PTSD nel personale impiegato in missioni internazionali, articolando l'analisi attraverso un percorso che muove dalla teoria clinica alla pratica operativa. Il primo capitolo delinea la psicologia del soccorritore, definendo i profili di rischio e i disturbi correlati per poi approfondire, attraverso l'esame dei meccanismi psicofisiologici dello stress, la risposta cerebrale durante un evento critico; in questa sede, si distinguerà tra lo stress acuto e la cronicizzazione del PTSD, riservando un focus specifico al trauma vicario e alla *Compassion Fatigue*. Su queste basi teoriche si inserisce il secondo capitolo, dove l'attenzione si sposta sulle contromisure cliniche e addestrative, esplorando i modelli di prevenzione primaria come lo *Stress Inoculation Training* (SIT) e le tecniche di gestione post-evento (CISM, Defusing e Debriefing), fino ai trattamenti d'elezione come la terapia EMDR e l'approccio cognitivo-comportamentale focalizzato sul trauma. Infine, il terzo capitolo cala questi protocolli nella realtà delle Forze Armate e, nello specifico, del Corpo degli Alpini dell'Esercito Italiano, analizzati come "soccorritori in divisa" d'eccellenza, insieme alla preparazione del personale della protezione civile della sezione ANA.

L'obiettivo finale è evidenziare come la resilienza del personale impegnato in compiti umanitari non sia un dato scontato, ma il risultato di un complesso equilibrio tra addestramento tecnico, coesione di gruppo e supporto istituzionale, necessari per trasformare l'impatto del trauma in un'opportunità di crescita professionale e umana.

Capitolo 1

La Psicologia del Soccorritore e il Rischio Traumatico

I primi soccorritori (*First Responders*) rappresentano figure essenziali per la sicurezza e il benessere della comunità durante gli eventi critici. Tuttavia, a differenza della popolazione generale, essi sono esposti a traumi in modo cronico; come sottolineato nella revisione sistematica di (Jones, 2017), infatti, «la cronicità dell'esposizione è un fattore predittivo più forte rispetto a un singolo evento eclatante». Tale osservazione sposta l'attenzione clinica dal singolo episodio traumatico alla logorante routine operativa del soccorso. Questa esposizione prolungata e ripetuta nel tempo è alla base di diverse problematiche ricorrenti all'interno di questa categoria professionale, tra cui:

- Disturbo da Stress Post-Traumatico (PTSD): rappresenta la condizione più documentata. I dati indicano che i soccorritori mostrano livelli di stress post-traumatico significativamente più elevati rispetto alla popolazione civile, sebbene le percentuali di prevalenza variano sensibilmente tra i diversi studi.
- Depressione e Ansia: molti studi evidenziano una frequente comorbidità tra PTSD e depressione. In particolare, è emerso che i soccorritori con alti livelli di ansia, spesso legata all'incertezza intrinseca delle chiamate di emergenza, riportano una minore soddisfazione lavorativa e una maggiore intenzione di abbandonare la professione.
- Uso di Alcol: l'uso problematico di sostanze alcoliche viene spesso adottato come meccanismo di *coping* per gestire lo stress e favorire il sonno dopo turni traumatici. Tale fenomeno è influenzato da una cultura lavorativa che talvolta normalizza il consumo come modalità per "scaricare la tensione". Uno studio (Haddock et al., 2012) condotto negli Stati Uniti ha rilevato che l'85% dei vigili del fuoco consuma alcol, con il 44,7% che ammette episodi di *binge drinking*.
- Disturbi del Sonno e Suicidarietà: la privazione del sonno colpisce fino al 59% dei soccorritori a causa dei turni prolungati e dell'iperattivazione psicologica. Oltre a peggiorare la salute mentale, ciò aumenta il rischio di errori operativi, alimentando un circolo vizioso di stress e senso di colpa.

Ancora più allarmanti sono i dati sulla suicidarietà: i tassi di ideazione possono raggiungere il 46,8% (Stanley et al., 2015) nel corso della carriera, con una correlazione diretta tra gli anni di servizio e il rischio di sviluppare pensieri autosoppressivi.

Questi risultati sottolineano l'urgenza per i professionisti della salute di sviluppare strategie su misura per rispondere ai bisogni specifici di questa popolazione ad alto rischio, che affronta quotidianamente situazioni di vita o di morte. Per comprendere la genesi di tali disturbi, è necessario definire il contesto operativo in cui si manifestano: le catastrofi. Secondo la definizione ufficiale dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (2003), una catastrofe è un «evento che causa danni, interruzioni ecologiche, perdita di vite umane o deterioramento dei livelli di salute e dei servizi sanitari su scala sufficiente a richiedere una risposta straordinaria dall'esterno della comunità o dell'area colpita». Questi sono quindi eventi tragici che interrompono il normale funzionamento di una comunità, travolgendone le risorse personali e collettive. Che siano causate da forze naturali o dall'uomo (esplosioni, rilasci di sostanze pericolose, atti intenzionali), le catastrofi generano un impatto emotivamente traumatico poiché stravolgono non solo la vita delle vittime primarie, ma anche quella dei sopravvissuti, dei familiari e, inevitabilmente, dei soccorritori stessi. Le persone che vivono o semplicemente assistono a tali eventi possono sviluppare una vasta gamma di risposte fisiche ed emotive che, a loro volta, possono produrre disfunzioni psicologiche, sociali e fisiologiche. In questo scenario, la sfida principale per gli operatori della salute consiste nel saper riconoscere precocemente questa varietà di emozioni, identificando con precisione quando è indicato l'aiuto professionale e distinguendo tra una reazione acuta transitoria e l'insorgenza di un disturbo cronico.

1.1. Meccanismi psicofisiologici dello stress

Per comprendere la reazione del soccorritore, è necessario rifarsi alla definizione classica di Hans Selye, il quale descrisse lo stress come la «risposta non specifica del corpo a qualsiasi tipo di domanda» (Mitchell et al., 2005). I fattori che innescano tale reazione sono definiti *stressor* (agenti stressanti) e possono essere di natura acuta o

cronica. In questo contesto, la psiconeuroimmunologia valuta come il sistema neuroendocrino risponda allo stress e ai cambiamenti fisiologici che ne conseguono. Gli stressor acuti, come il dolore, i traumi fisici, o condizioni ambientali estreme come rumore e freddo, comportano richieste fisiologiche immediate e reazioni emotive intense, tra cui ansia, paura, rabbia ed eccitazione. In tal senso, i modelli neuroanatomici suggeriscono che alterazioni strutturali e funzionali a carico della corteccia prefrontale, dell'amigdala e dell'ippocampo giochino un ruolo determinante nello sviluppo e nel mantenimento della sintomatologia post-traumatica (Cwik et al., 2020). In particolare, le alterazioni volumetriche nelle aree cerebrali deputate all'elaborazione delle immagini e delle emozioni fungono da indicatori precoci per identificare la possibile cronicizzazione del disturbo. Lo studio di Cwik et al. (2020) ha evidenziato evidenze specifiche in tre aree chiave:

- Regione Occipitale: è stata riscontrata una riduzione della materia grigia già nelle fasi iniziali del Disturbo da Stress Acuto; tale riduzione, legata alle aree di elaborazione visiva, potrebbe riflettere le difficoltà nella gestione dei ricordi traumatici sotto forma di immagini (*flashback*).
- Regione Prefrontale: la riduzione del volume in quest'area, cruciale per la regolazione emotiva e l'estinzione della paura, sembra emergere o accentuarsi progressivamente nel tempo dopo l'evento traumatico.
- Lobo Temporale Sinistro: la presenza di un volume ridotto in questa zona subito dopo il trauma ha mostrato un forte potere predittivo rispetto alla gravità dei sintomi di iperattivazione (*arousal*) riscontrati nelle settimane successive.

Oltre alle alterazioni strutturali, la ricerca si è focalizzata sull'impatto funzionale delle esperienze traumatiche attraverso lo studio di programmi di addestramento ad alto realismo. Un esempio significativo è il *Conduct After Capture (CAC) training*, un protocollo che simula scenari di cattura e prigionia per valutare le risposte neurobiologiche in condizioni di stress estremo (Suurd Ralph et al., 2017). I dati raccolti evidenziano una correlazione diretta tra la disregolazione ormonale e un calo temporaneo della memoria di lavoro, sottolineando l'assoluta necessità per i soccorritori e i militari di essere addestrati a operare nonostante la compromissione cognitiva. Tuttavia, la rapida reversibilità dei sintomi di tipo post-traumatico

osservata in questi soggetti suggerisce che, in individui sani e preparati, la risposta allo stress acuto, seppur intensa, tende a essere auto-limitante. In tale contesto, anche l'aumento dei fenomeni dissociativi viene interpretato come una risposta comune e transitoria allo stress estremo, non necessariamente indicativa di una traiettoria patologica.

Il ruolo protettivo dell'esperienza è stato ulteriormente indagato attraverso l'analisi dell'attività elettrica cerebrale. Nello studio trasversale condotto da Silva et al. (2023), è stata analizzata l'attività corticale intrinseca (ICA) in fase di riposo (*resting state*) per comprendere come il cervello si prepari all'esecuzione di un compito sotto pressione. Il confronto tra militari esperti (ExpG) e novizi (NG) ha rivelato differenze sostanziali: gli esperti presentano una modulazione della potenza alfa molto più stabile nelle aree frontali e parietali. Poiché l'attività alfa è associata a uno stato di allerta mentale senza sforzo, questa stabilità permette ai professionisti di filtrare le distrazioni e preservare risorse cognitive. Al contrario, i novizi mostrano una maggiore variabilità nei segnali elettroencefalografici (EEG), segno di una minore efficienza nella gestione delle risorse cognitive in fase di preparazione.

Questi risultati confermano che il cervello umano è un sistema dinamico in cui l'attività elettrica riflette la capacità di *decision-making*. L'associazione tra stabilità della potenza alfa e livelli di stress dimostra che l'esperienza operativa agisce come un vero e proprio fattore di protezione neurofisiologica, permettendo ai professionisti più esperti di mantenere un profilo di attivazione cerebrale coerente e funzionale anche in condizioni di elevata tensione emotiva.

1.2. Il PTSD e gli strumenti per la diagnosi

Il cervello riveste un ruolo centrale nella risposta allo stress, poiché funge da organo di elaborazione che determina ciò che è percepito come minaccioso e, di conseguenza, potenzialmente stressante. Esso orchestra le risposte fisiologiche e comportamentali che possono rivelarsi adattive o, al contrario, dannose per l'organismo (McEwen, 2007). Tale risposta implica una comunicazione bidirezionale costante tra il sistema nervoso centrale e i sistemi cardiovascolare, metabolico e immunitario, mediata da meccanismi neurali ed endocrini. Oltre alla nota reazione di "attacco o fuga" tipica dello stress acuto, gli eventi della vita quotidiana possono

generare uno stress cronico che porta nel tempo a un'usura multisistemica definita carico allostatico. È tuttavia necessario distinguere questo fenomeno dall'allostasi, ovvero il processo attivo attraverso il quale il corpo mantiene la stabilità (omeostasi) rilasciando mediatori come il cortisolo e l'adrenalina. Nel breve termine, questi ormoni sono protettivi e promuovono l'adattamento; il carico allostatico rappresenta invece il "prezzo" biologico che il corpo paga quando tali mediatori sono disregolati o non vengono "spenti" una volta cessata la minaccia. Il cervello non solo controlla questi processi, ma ne è anche un bersaglio critico. L'ippocampo è stata la prima regione cerebrale riconosciuta come sito d'elezione per l'azione dei glucocorticoidi, i quali producono effetti sia adattivi che disadattivi su quest'area durante l'intero arco della vita. In particolare, le esperienze precoci influenzano i modelli di emotività e la reattività allo stress a lungo termine, alterando potenzialmente il ritmo di invecchiamento del cervello (McEwen, 2007). In questo quadro, emerge la distinzione clinica tra stress "buono" e "cattivo":

- Stress "buono": di durata limitata, può essere padroneggiato dal soggetto e lascia un senso di appagamento e crescita.
- Stress "cattivo": deriva da esperienze prolungate, ricorrenti e caratterizzate da una mancanza di controllo (*incapacità appresa*), risultando emotivamente e fisicamente estenuante.

La risposta individuale è determinata da un'interazione complessa tra genetica, fasi dello sviluppo e sesso. Ad esempio, specifiche varianti alleliche possono determinare se un individuo, in seguito a traumi, manifesterà traiettorie verso la depressione o comportamenti antisociali. Sotto stress cronico, regioni chiave come l'ippocampo, l'amigdala e la corteccia prefrontale subiscono un rimodellamento strutturale, come l'accorciamento dei dendriti o l'alterazione della plasticità sinaptica. Tali cambiamenti rappresentano l'adattamento del cervello alle esperienze ambientali, evidenziando una straordinaria neuroplasticità che può essere orientata verso il recupero se le condizioni di stress diminuiscono. Quando questo equilibrio allostatico si rompe a seguito di un evento estremamente traumatico, può svilupparsi il PTSD (Disturbo Post Traumatico da Stress), definito come una risposta maladattiva a lungo termine allo stress. Il disturbo è caratterizzato da sintomi di iperattivazione legati a un processo di sensibilizzazione generale non associativa; nei pazienti, ciò si manifesta

con una maggiore reattività della frequenza cardiaca e della conduttanza cutanea di fronte a stimoli improvvisi o nuovi. In questo meccanismo, la noradrenalina svolge un ruolo speciale nel mediare l'attivazione e le memorie emotive legate alla paura. È stato infatti proposto che un'alterata attività noradrenergica contribuisca direttamente ai sintomi di iperattivazione: studi clinici indicano che la riduzione o l'aumento di tale attività può, rispettivamente, attenuare o precipitare la sintomatologia del PTSD (Ronzoni et al., 2016). La ricerca su modelli animali esposti a stress da shock (IFS) ha confermato questa ipotesi, dimostrando che trattamenti farmacologici in grado di ridurre la trasmissione noradrenergica normalizzano la risposta di sobbalzo acustico. L'evidenza centrale dello studio identifica nell'amigdala il sito critico di questa disregolazione: l'esposizione allo stress aumenta la concentrazione extracellulare di noradrenalina proprio in questa regione. In sintesi, lo studio dimostra che il blocco dei recettori beta-adrenergici nell'amigdala inverte i deficit comportamentali tipici del PTSD (come la riduzione dell'attività locomotoria), supportando l'ipotesi che l'attività noradrenergica esagerata all'interno dell'amigdala sia il fattore chiave che contribuisce all'iperattivazione comportamentale (Ronzoni et al., 2016).

Il concetto di Disturbo da Stress Acuto (ASD) è stato introdotto per migliorare l'identificazione precoce dei soggetti traumatizzati che potrebbero sviluppare un Disturbo da Stress Post-Traumatico (PTSD). Inserito per la prima volta nel 1994 nel DSM-IV, l'ASD rispondeva alla necessità di fornire assistenza clinica a pazienti con traumi acuti che non soddisfacevano ancora i criteri per il PTSD, il quale richiede una durata dei sintomi di almeno un mese (Fanai & Khan, 2026). L'ASD si focalizza sulla risposta immediata (da 3 giorni a un mese) e la sua prevalenza varia in base al trauma, risultando più comune dopo eventi violenti o incidenti gravi, molti individui che sviluppano l'ASD in seguito avanzano verso il PTSD, sebbene non tutti i pazienti con PTSD abbiano precedentemente sofferto di ASD. Per diagnosticare l'ASD, il paziente deve presentare sintomi in diverse categorie:

- Sintomi di intrusione: Ricordi ricorrenti, involontari e angoscianti, flashback o incubi.
- Umore negativo: Incapacità persistente di provare emozioni positive.
- Sintomi dissociativi: Senso di realtà alterata (sentirsi staccati da sé o dal mondo) o amnesia dissociativa.

- Sintomi di evitamento: Sforzi per evitare ricordi, pensieri o stimoli esterni associati all'evento.
- Sintomi di iperattivazione: Ipervigilanza, irritabilità, disturbi del sonno e risposta di sobbalzo esagerata.

Il passaggio al DSM-III aveva già segnato un punto di svolta creando la diagnosi di PTSD, separandola dalle "nevrosi traumatiche" per collegare i sintomi a un evento eziologico specifico (Friedman et al., 2011). Tuttavia, l'inserimento del PTSD tra i disturbi d'ansia ha creato dibattito a causa della sua eterogeneità, che include ottundimento emotivo e dissociazione. Il PTSD si differenzia dai disturbi d'ansia puri per l'eziologia (richiede un trauma come preconditione), per la sintomatologia (coinvolgimento di sistemi che vanno oltre il semplice circuito della paura) e per la comorbidità specifica con i disturbi dell'umore e dissociativi. Nell'ambito dei disturbi post-traumatici vanno considerati anche i Disturbi dell'Adattamento (AD), intesi come risposte disadattive a stressor comuni, e i Disturbi Dissociativi (DD). La dissociazione, sintomo chiave sia nell'ASD che nel PTSD, è spesso una risposta protettiva del cervello a un trauma insopportabile (Fanai & Khan, 2026).

Bisogna anche tenere a mente che non sempre tutti i test a cui si fa riferimento risultino essere i più adatti per identificare un quadro di PTSD. Lo studio di Arbisi et al. (2012) su 348 soldati della Guardia Nazionale ha dimostrato che questionari di autovalutazione come la *PTSD Checklist*, in questo caso nella versione per il personale militare, (PCL-M (Weathers et al., 1993)) o il *Beck Depression Inventory-II* (BDI-II) (Beck et al., 1996) tendono a produrre un alto numero di "falsi positivi". Solo il 6,5% del campione ha ricevuto successivamente una diagnosi ufficiale tramite la *Clinician-Administered PTSD Scale* (CAPS) (Blake et al., 1995), considerata l'intervista clinica "gold standard" per la diagnosi, mentre tra il 65% e il 76% dei soggetti risultati positivi allo screening non soddisfaceva in realtà i criteri clinici rigorosi.

Oltre agli strumenti di screening oggettivi, la ricerca ha evidenziato l'importanza di integrare test proiettivi per ottenere un quadro diagnostico più profondo. In particolare, il test di Rorschach ha dimostrato un'elevata sensibilità nell'identificare le esperienze traumatiche, agendo attraverso l'evocazione di immagini correlate al trauma stimulate dalle macchie d'inchiostro. Uno studio condotto in Corea del Sud su

un campione di soccorritori (Ui Hwang & Kim, 2026) ha analizzato l'efficacia di una valutazione multimetodo nella diagnosi del PTSD. L'obiettivo era confrontare l'utilità clinica del Rorschach con test psicologici standard come il *Beck Depression Inventory* (BDI-II)(Beck et al., 1996) e il *Minnesota Multiphasic Personality Inventory* (MMPI-2)(Butcher et al., 1989), non solo per la diagnosi del disturbo ma anche per la prevenzione del rischio suicidario

Lo studio ha coinvolto 63 partecipanti, tutti con una storia documentata di esposizione a eventi traumatici in servizio, sottoponendoli ad una batteria composta da:

- IES-R (*Impact of Event Scale-Revised*)(Weiss & Marmar, 1997): per la valutazione iniziale dei sintomi da stress.
- BDI-II e MMPI-2: per analizzare rispettivamente la gravità della depressione e la struttura di personalità.
- Test di Rorschach (Meyer et al., 2011): per l'analisi dei processi cognitivi, percettivi e delle risposte emotive profonde.

I risultati supportano il valore clinico delle variabili del Rorschach, con particolare riferimento al TEI (Trauma and Entrenchment Index), un indice specifico sviluppato per identificare le alterazioni psichiche correlate al trauma. Le conclusioni dello studio suggeriscono che, sebbene gli strumenti *self-report* siano essenziali per uno screening rapido, l'integrazione con test proiettivi sia indispensabile per superare i limiti dell'autoconsapevolezza.

In sintesi, l'uso di strumenti proiettivi come il Rorschach permette di superare i limiti dell'autoconsapevolezza tipici dei test *self-report*, fornendo un quadro clinico più profondo e accurato. Questa precisione è indispensabile per distinguere tra lo stress derivante da un singolo evento critico e l'usura cumulativa della routine operativa. Tale distinzione clinica apre la strada a una comprensione più ampia della sofferenza del soccorritore, che non riguarda solo il trauma diretto, ma coinvolge anche le dinamiche dell'empatia e del contesto organizzativo.

1.3. Il Trauma Vicario

Il lavoro dei soccorritori è intrinsecamente legato all'esposizione a eventi critici. Sebbene il rischio di PTSD sia ampiamente documentato, una forma di sofferenza più sottile e insidiosa è rappresentata dalla Traumatizzazione Vicaria (VT). La VT si riferisce alla trasformazione del mondo interno dell'operatore, il quale "assorbe" il dolore e il trauma delle persone a cui presta soccorso, modificando profondamente i propri schemi cognitivi e la percezione di sicurezza. Al contempo, il concetto di Engagement (coinvolgimento positivo e dedizione) emerge come l'elemento chiave per contrastare il Burnout. Mentre quest'ultimo è caratterizzato da esaurimento, cinismo e inefficacia, l'Engagement è definito da vigore, dedizione e un sano assorbimento nel proprio ruolo professionale.

Lo studio di Argentero e Setti (2011) analizza come il coinvolgimento lavorativo influenzi lo sviluppo della traumatizzazione vicaria, evidenziando una parziale sovrapposizione tra i predittori dei due costrutti. Rispetto alle caratteristiche socio-demografiche, le variabili organizzative sembrano esercitare l'influenza maggiore: un ambiente di lavoro solidale favorisce l'Engagement, riducendo la probabilità di Burnout e al contrario, la mancanza di supporto da parte dei superiori e un clima di incertezza risultano i predittori più forti della VT. In questo senso, un ambiente che promuove il supporto reciproco funge da "ammortizzatore" contro l'impatto del trauma vicario. Si è scoperto, inoltre, che l'Engagement non è semplicemente la negazione del Burnout, ma un costrutto indipendente potenziato dalla qualità delle relazioni interpersonali all'interno della squadra di soccorso. Per una valutazione esaustiva della salute psicologica dei soccorritori, è necessario integrare la diagnosi clinica con strumenti capaci di misurare l'impatto a lungo termine dell'attività operativa. In questo ambito, la *Maslach Burnout Inventory-General Scale* (MBI-GS)(Maslach et al., 1997) e la *Secondary Traumatic Stress Scale* (STSS)(Bride et al., 2004) rappresentano gli strumenti d'elezione, pur operando su piani fenomenologici differenti. La MBI-GS è la versione adattata a contesti lavorativi ampi e indaga il Burnout come una risposta prolungata a fattori di stress cronici di natura interpersonale e organizzativa. Essa si articola su tre dimensioni:

- Esaurimento: la sensazione di aver svuotato completamente le proprie risorse fisiche ed emotive.
- Cinismo: lo sviluppo di un atteggiamento di distacco freddo, disincantato e talvolta ostile verso il proprio lavoro.
- Efficacia Professionale: la valutazione della propria competenza e del senso di realizzazione nel portare a termine i compiti previsti.

Mentre il Burnout è un processo "lento" e cumulativo, legato alla routine e alle dinamiche organizzative, la Secondary Traumatic Stress Scale (STSS) si focalizza specificamente sullo Stress Traumatico Secondario. Questa scala non misura il carico di lavoro in sé, ma la sintomatologia derivante dall'esposizione empatica e diretta alle esperienze traumatiche delle vittime soccorse. La STSS risulta particolarmente preziosa nel contesto dell'emergenza poiché ricalca fedelmente i criteri diagnostici del PTSD (intrusione, evitamento e *arousal*), applicandoli però a chi il trauma lo ha "ereditato" attraverso l'atto del soccorrere configurando quello che in letteratura viene definito come Traumatizzazione Vicaria. Questo fenomeno, spesso definito "costo dell'empatia", evidenzia come il soccorritore possa sviluppare una sofferenza sovrapponibile a quella della vittima primaria, pur non essendo stato il bersaglio diretto dell'evento critico. La traumatizzazione secondaria (o stress traumatico secondario) e il PTSD sono spesso studiati come entità distinte, nonostante una significativa sovrapposizione sintomatologica. Sebbene il PTSD richieda, secondo i criteri del DSM-5, l'esposizione diretta a un evento minaccioso, la ST deriva dall'esposizione empatica al trauma altrui. Tuttavia, le manifestazioni cliniche, che includono flashback, iperattivazione, evitamento e alterazioni dell'umore, risultano straordinariamente simili. Trattare la ST come una condizione "minore" rispetto al PTSD comporta il rischio di sottostimare la sofferenza degli operatori e di non fornire trattamenti adeguati. Come evidenziato dalla recente revisione della letteratura e dalle indagini condotte da Rouw e collaboratori (2026), la traumatizzazione secondaria e il PTSD potrebbero essere considerati come "due facce della stessa medaglia", data la sovrapposizione quasi totale dei sintomi. Il cervello, infatti, risponde allo stress traumatico attraverso i medesimi circuiti della paura e del sistema neuroendocrino, indipendentemente dal fatto che la fonte sia diretta o vicaria (Rouw et al., 2026).

Capitolo 2

Modelli di Prevenzione e Supporto Psicologico

2.1. Prevenzione Primaria

La prevenzione del trauma deve necessariamente partire dal 'giorno zero', ovvero dalla fase di reclutamento. In questo contesto, l'MMPI-II (Minnesota Multiphasic Personality Inventory)(Butcher et al., 1989) rappresenta lo standard globale per lo screening dei primi soccorritori. Sebbene la ricerca empirica si sia concentrata prevalentemente su campioni di poliziotti maschi nordamericani, i principi metodologici emersi sono oggi considerati fondamentali per l'intera categoria dei *first responders*, poiché tutti i primi soccorritori condividono una cultura lavorativa simile, basata sulla forza, sulla resilienza e sul controllo emotivo.

Un elemento essenziale nella valutazione tramite MMPI-2 è l'analisi della cosiddetta 'difensività' o *symptom under reporting*. Un problema rilevante nella selezione del personale è infatti la tendenza dei candidati a presentarsi sotto una luce eccessivamente positiva, cercando di aderire a un ideale di invulnerabilità tipico delle professioni d'emergenza. Nell'MMPI-II, questo atteggiamento si riflette in punteggi elevati nelle scale di validità L (Menzogna) e K (Correzione). A tal proposito, lo studio di Sellbom et al. (2007) esplora se la correzione K, tradizionalmente utilizzata per 'aggiustare' le scale cliniche e compensare la difensività, sia effettivamente utile o se le nuove scale RC (Restructured Clinical) siano superiori. I risultati evidenziano come le scale RC, che non utilizzano la correzione K, mostrino una validità predittiva maggiore nell'identificare potenziali condotte scorrette e deficit di integrità.

Una differenza sostanziale da citare riguarda il focus diagnostico: mentre per la polizia l'MMPI-2 viene utilizzato per intercettare tratti 'antisociali' legati al rischio di abuso di potere, per i soccorritori sanitari gli psicologi utilizzano con maggiore attenzione le scale legate alla somatizzazione e alla stanchezza emotiva. Questi ultimi, infatti, presentano un profilo di rischio differente, maggiormente orientato verso un 'crollo' interno e psicofisico piuttosto che verso l'aggressività esterna. Identificare precocemente queste vulnerabilità attraverso una selezione accurata

rappresenta dunque il primo, indispensabile pilastro della prevenzione primaria contro lo sviluppo futuro di disturbi stress-correlati.

In quest'ottica, la selezione non deve limitarsi esclusivamente all'identificazione di tratti psicopatologici (fase di *screening-out*, in cui si va ad identificare candidati psicologicamente instabili), ma deve mirare a individuare le disposizioni individuali che favoriscono una performance eccellente e una maggiore tenuta psicofisica (fase di *screening-in*, in cui si va ad identificare tratti di personalità positivi che predicono un'eccellente performance lavorativa). A conferma dell'importanza di questo approccio, uno studio su oltre 2.000 candidati (Forero et al., 2009) ha dimostrato che la personalità (misurata con i test 16PF (Cattell & Mead, 2008) e CAQ (Cattell & Kameoka, 1985)) gioca un ruolo fondamentale. I tratti psicologici, infatti, non influenzano solo il lavoro finale, ma determinano soprattutto quanto bene il futuro soccorritore riuscirà a imparare durante l'addestramento.

I risultati mostrano che le sole abilità tecniche non bastano a prevedere chi sarà un buon operatore; se però aggiungiamo l'analisi della personalità, riusciamo a prevedere con molta più precisione (fino al 60%) chi avrà successo sul campo. In sintesi, un soccorritore emotivamente solido non solo lavorerà meglio, ma sarà anche più capace di apprendere e applicare le tecniche di gestione dello stress (come il SIT o il biofeedback) insegnate durante la formazione.

In definitiva, la combinazione tra strumenti che svelano la difensività del candidato (MMPI-2) e test che ne misurano il potenziale di resilienza e adattamento (16PF/CAQ) permette di costruire un sistema di prevenzione primaria solido. Questo garantisce che il personale inviato in scenari critici possieda non solo le competenze tecniche, ma anche l'assetto strutturale necessario per resistere all'usura traumatica nel lungo termine.

Nel panorama delle strategie di prevenzione, lo Stress Inoculation Training (SIT), sviluppato da Meichenbaum (2009), occupa un ruolo centrale. Basato sulla metafora dell'immunizzazione, il protocollo mira a "vaccinare" l'individuo attraverso l'esposizione a dosi controllate di stress, potenziando le capacità di *coping* prima che la tensione diventi traumatica.

Per rendere operativa questa forma di addestramento, vengono spesso integrati strumenti tecnologici avanzati come il biofeedback della Variabilità della Frequenza

Cardiaca (HRV). Questa tecnica consente di oggettivare il legame tra stati mentali e risposte somatiche, offrendo al soggetto uno 'specchio fisiologico' della propria attivazione interna.

Rendendo visibile l'impatto degli stimoli stressogeni sull'organismo, il *biofeedback* permette di allenare il controllo volontario sulle reazioni di *arousal*, trasformando una risposta automatica di allarme in una competenza di gestione consapevole e mirata.

A conferma dell'efficacia di questo approccio, gli studi di Hourani (2016) illustrano come l'integrazione del biofeedback in programmi di addestramento pre-impiego (*pre-deployment*) permetta ai militari di gestire meglio gli stressor del combattimento.

Il programma PRESIT è stato strutturato in tre fasi principali:

- Fase Concettuale (Educativa): in cui i partecipanti hanno appreso come lo stress influenzi il corpo e la mente e l'importanza della regolazione del sistema nervoso autonomo.
- Fase di Acquisizione delle Abilità Utilizzando sensori di *biofeedback*, i Marines hanno imparato a regolare la propria frequenza cardiaca attraverso la respirazione diaframmatica ritmica, visualizzando in tempo reale la propria coerenza cardiaca.
- Fase di Applicazione (Esposizione): I soldati sono stati esposti a video immersivi di combattimento (esplosioni, scontri a fuoco, feriti) e istruiti a mantenere la calma fisiologica utilizzando le tecniche di respirazione appena apprese.

L'importanza di questa ultima fase risiede nella creazione di una vera e propria 'memoria muscolare emozionale'. In situazioni di stress estremo, il carico cognitivo elevato tende a inibire le funzioni esecutive superiori della corteccia prefrontale; aver addestrato la risposta parasimpatica permette al soggetto di attivare queste tecniche di regolazione in modo quasi riflesso, garantendo la lucidità necessaria per operare anche sotto pressione.

Questo studio pilota dimostra che è possibile addestrare i soldati a regolare la propria risposta fisiologica allo stress prima ancora di incontrare il trauma reale. Il biofeedback si è rivelato uno strumento essenziale per fornire ai Marines una prova tangibile del loro controllo sul proprio corpo. Uno dei punti di forza dell'intervento è la sua brevità e la possibilità di somministrazione computerizzata, che lo rende

facilmente integrabile nei cicli di addestramento militare standard. Tuttavia, gli autori notano che la prevenzione del PTSD è complessa e che un singolo intervento pre-impiego potrebbe non essere sufficiente senza un supporto continuo durante e dopo il dispiegamento.

L'addestramento alla sopravvivenza in cattività rappresenta un potente modello per studiare la resilienza umana. Sebbene provochi perturbazioni temporanee ma severe in quasi ogni sistema misurato, la capacità del personale militare di recuperare rapidamente suggerisce l'efficacia delle attuali metodologie di preparazione psicologica. Lo studio conferma che l'addestramento CAC (*Conduct After Capture*) (Morgan et al., 2000, 2001) simula con successo le richieste neurobiologiche di un ambiente di cattura reale. L'aumento della dissociazione osservato suggerisce che questa sia una risposta comune e transitoria allo stress estremo, non necessariamente patologica in questo contesto.

La correlazione tra la disregolazione ormonale e il calo della memoria di lavoro sottolinea l'importanza di addestrare i soldati a operare nonostante la compromissione cognitiva. Inoltre, la rapida reversibilità dei sintomi di tipo PTSD suggerisce che, in individui sani e addestrati, la risposta allo stress acuto è intensa ma autolimitante.

Il personale militare schierato in zone di combattimento affronta livelli estremi di stress che possono portare a esiti psicologici avversi, tra cui il PTSD. Sebbene esistano trattamenti efficaci, la prevenzione rimane l'obiettivo primario. L'addestramento alla inoculazione dello stress (SIT) mira a preparare gli individui fornendo loro strumenti per gestire lo stress prima dell'esposizione.

L'HRV (*Heart Rate Variability*), che misura la variazione nel tempo tra i battiti cardiaci consecutivi, è un indicatore dell'equilibrio tra il sistema nervoso simpatico (che accelera il cuore) e quello parasimpatico (che lo rallenta). Una bassa HRV è spesso un segnale di un sistema parasimpatico debole, incapace di riportare il corpo alla calma dopo uno stress.

Se Hourani (2016) ha dimostrato la fattibilità di un programma SIT computerizzato, il lavoro di Lewis et al. (2015) chiarisce il meccanismo fisiologico alla base di tale successo: il biofeedback della frequenza cardiaca agisce come un rinforzo che permette al soldato di 'vedere' la propria capacità di recupero, trasformando la resilienza da concetto teorico a competenza biologica misurabile. Lo studio sottolinea

come il monitoraggio dell'HRV offra una misura oggettiva della capacità del militare di passare da uno stato di allerta a uno di recupero.

I partecipanti al gruppo di biofeedback hanno dimostrato una capacità superiore di aumentare la propria HRV durante le sessioni di pratica rispetto al gruppo di controllo. Durante la simulazione di combattimento finale, coloro che avevano ricevuto l'addestramento PRESTINT (*pre-deployment stress inoculation training*) hanno mantenuto livelli di HRV significativamente più alti. Questo suggerisce che sono stati in grado di "frenare" la risposta di attivazione del sistema simpatico, rimanendo fisiologicamente più calmi nonostante lo stimolo stressante.

L'elemento chiave è la capacità di generalizzare l'abilità appresa, il fatto che i Marines abbiano applicato le tecniche di respirazione durante la simulazione video indica che il biofeedback fornisce un'abilità pratica che può essere utilizzata in tempo reale per gestire l'iperattivazione (*hyperarousal*). Gli autori suggeriscono che questo tipo di protocollo potrebbe ridurre il rischio di sviluppare PTSD a lungo termine riducendo l'intensità della risposta acuta allo stress.

L'integrazione del *biofeedback* HRV nei protocolli di addestramento militare pre-impiego offre un metodo oggettivo e quantificabile per migliorare la resilienza. Fornendo ai soldati la capacità di monitorare e regolare il proprio stato interno, si passa da un approccio puramente psicologico a uno psicofisiologico, offrendo una difesa biologica contro gli impatti del trauma.

Questo tipo di risultati in modelli e protocolli possono quindi essere utilizzati anche a scopo preventivo per altre tipologie di personale di primo soccorso per cui storicamente si va più ad analizzare i metodi di cura piuttosto che di prevenzione. Mentre l'addestramento militare si focalizza spesso su eventi acuti e circoscritti (come la cattura o il combattimento), l'estensione di tali modelli al personale civile, come infermieri di area critica, operatori del 118 o vigili del fuoco, richiede un adattamento focalizzato sullo stress logorante della routine. Per queste categorie, la 'vaccinazione' dello Stress Inoculation Training non serve solo a gestire il grande evento catastrofico, ma a prevenire l'erosione quotidiana della resilienza causata dalla continua esposizione alla sofferenza altrui.

2.2. Gestione post-evento immediata

Quando l'evento critico si conclude, si apre una fase delicatissima per la salute mentale del soccorritore, in cui il tempestivo supporto psicologico può fare la differenza tra un normale processo di recupero e la cronicizzazione del trauma. Per rispondere a questa esigenza, il modello d'elezione a livello internazionale è il *Critical Incident Stress Management* (CISM)(Everly & Mitchell, 2008), un sistema integrato e multicomponentiale progettato per mitigare l'impatto degli incidenti critici e accelerare il ritorno alla normalità operativa. Nel protocollo CISM, la gestione del trauma segue il ritmo biologico del recupero. La prima risposta tecnica è rappresentata dal *Defusing*, un intervento di "decompressione" immediata da attuare idealmente entro le prime 8-12 ore dalla conclusione dell'emergenza. A differenza del *Debriefing*, il *Defusing* è un incontro breve (20-45 minuti) e meno formale, condotto spesso direttamente sul luogo dell'evento o al rientro in base. Il suo obiettivo primario è la stabilizzazione: agisce come una "valvola di sicurezza" per permettere la ventilazione emotiva iniziale e fornire psicoeducazione immediata su sonno e alimentazione, riducendo l'eccitazione fisiologica prima che il soccorritore torni al proprio ambiente familiare. Se il *Defusing* funge da stabilizzatore, il passaggio successivo verso un'elaborazione più profonda avviene attraverso il *Critical Incident Stress Debriefing* (CISD)(Mitchell, 1983). Il debriefing psicologico a seguito dell'esposizione a eventi traumatici è cresciuto in popolarità a partire dagli anni '70 ed è ora implementato in una varietà di situazioni. Oltre ad alleviare il disagio iniziale, tali interventi mirano a prevenire il successivo sviluppo del disturbo da stress post-traumatico (PTSD). Tuttavia, come evidenziato da Rose e Bisson (1998), c'è stata poca ricerca empirica sull'efficacia del debriefing e i risultati sono stati spesso contrastanti. Uno dei protocolli più ampiamente utilizzati per la gestione dello stress post-evento è il *Critical Incident Stress Debriefing* (CISD)(Mitchell, 1983). Ideato originariamente per il personale dei servizi di emergenza (polizia, vigili del fuoco, soccorritori sanitari), il CISD non è una forma di psicoterapia, ma un intervento di "primo soccorso psicologico" di gruppo, volto a mitigare l'impatto di un evento critico e ad accelerare il processo di recupero dei soggetti coinvolti. Il protocollo CISD si articola in un percorso semi-strutturato che guida i soccorritori attraverso

sette stadi sequenziali, progettati per ridurre l'isolamento emotivo e normalizzare le reazioni da stress:

- Fase di Introduzione: il conduttore stabilisce le regole del setting, garantendo la riservatezza.
- Fase dei Fatti: ogni partecipante descrive l'evento dal proprio punto di vista per creare una narrazione comune.
- Fase dei Pensieri: si esplorano le prime impressioni cognitive avute durante l'emergenza.
- Fase delle Reazioni: il momento più profondo, in cui si condividono le risposte emotive più intense.
- Fase dei Sintomi: si identificano i segnali di stress (fisici o cognitivi) manifestatisi nel post-evento.
- Fase di Istruzione: momento di psicoeducazione per normalizzare le reazioni di fronte a eventi "anormali".
- Fase di Rientro: sintesi finale e indicazioni su eventuali risorse di supporto aggiuntive.

È fondamentale precisare che il CISD non deve essere inteso come un intervento isolato, bensì come una componente specifica di un sistema più vasto denominato *Critical Incident Stress Management* (CISM). Mentre il CISD rappresenta il protocollo tecnico di gruppo, il CISM ne costituisce la cornice strategica e multicomponentiale che abbraccia l'intero ciclo di vita dell'esperienza del soccorritore. Un elemento cardine del sistema CISM è l'integrazione dei Peer (i pari), che agiscono come ponte di fiducia tra l'operatore e il professionista della salute mentale, abbattendo le barriere di stigma tipiche delle culture dei soccorritori. In quest'ottica, l'efficacia del debriefing viene massimizzata proprio quando inserita in una rete di supporto strutturata e continuativa. Nonostante la struttura rigorosa del modello di Mitchell, uno dei temi più dibattuti in letteratura riguarda il *timing* dell'intervento. Sebbene il protocollo raccomandi una somministrazione tra le 24 e le 72 ore dall'evento, la ricerca successiva ha messo in discussione tale finestra. A tal proposito, lo studio di Campfield e Hills (2001) analizza questa controversia, indagando se un intervento precoce possa prevenire il consolidamento delle memorie traumatiche o interferire con i naturali processi di elaborazione. I risultati hanno

evidenziato che, a due settimane dall'evento, una percentuale significativamente minore di individui nel gruppo sottoposto a debriefing immediato soddisfaceva i criteri per il PTSD rispetto al gruppo con intervento ritardato, fornendo prove a supporto di protocolli di risposta rapida nei contesti lavorativi colpiti da eventi critici. Parallelamente, alcuni autori suggeriscono che il fallimento di molti studi nel dimostrare l'efficacia del debriefing dipenda da una scelta errata degli indicatori di esito utilizzati (Deahl et al., 2001). In uno studio condotto su soldati britannici di ritorno dalla Bosnia, il debriefing non ha mostrato un impatto statisticamente significativo nel ridurre i punteggi totali dei sintomi del PTSD, ma ha dimostrato una chiara efficacia nel ridurre l'abuso di alcol. Questo dato è cruciale, poiché l'alcolismo funge spesso da meccanismo di automedicazione per gestire lo stress; ridurre l'incidenza significa quindi aver agito direttamente sulla resilienza del soggetto.

In conclusione, la validazione scientifica del debriefing richiede un approccio metodologico più olistico, capace di misurare l'intero spettro dell'adattamento psicologico. Bisogna considerare, infatti, che l'evento critico si innesta spesso su un "trauma cumulativo": il debriefing, agendo tempestivamente, impedisce che il singolo episodio diventi la "goccia che fa traboccare il vaso", proteggendo il funzionamento sociale e lavorativo dell'individuo a lungo termine.

2.3. Trattamento del trauma stabilizzato

Quando i sintomi post-traumatici non recedono spontaneamente e il quadro clinico evolve verso un disturbo stabilizzato, l'attenzione si sposta dall'intervento di emergenza al trattamento psicoterapeutico specialistico. In questo ambito, la comunità scientifica internazionale identifica nella Terapia Cognitivo-Comportamentale focalizzata sul Trauma (CBT-TF) (Cohen et al., 2006) e nell'*Eye Movement Desensitization and Reprocessing* (EMDR) (Shapiro, 1989) i modelli d'elezione per l'efficacia dimostrata nella riduzione della sintomatologia del PTSD.

La CBT-TF si basa sulla ristrutturazione dei pensieri disfunzionali e sull'esposizione graduale agli stimoli temuti, aiutando il soggetto a elaborare il significato dell'evento e a ridurre l'evitamento.

l'EMDR, invece, si focalizza sulla rielaborazione dell'informazione traumatica attraverso la stimolazione bilaterale, favorendo la desensibilizzazione dei ricordi disturbanti e l'integrazione degli stessi nella rete mnestica adattiva del soggetto.

Entrambi i modelli mirano non solo alla riduzione dei sintomi, ma al ripristino di un funzionamento globale che consenta al soccorritore di reintegrare l'esperienza traumatica nella propria storia personale senza che essa ne comprometta il presente.

Arjmand et al. (2024), nel loro lavoro, hanno evidenziato come la terapia cognitivo-comportamentale focalizzata sul trauma (TF-CBT) e la rielaborazione attraverso i movimenti oculari (EMDR) siano interventi basati sull'evidenza efficaci per i primi soccorritori che soffrono di PTSD.

Esiste una notevole variabilità nel modo in cui il PTSD viene diagnosticato e misurato nei diversi studi, rendendo difficile confrontare i risultati e anche quando gli interventi sono disponibili, lo stigma associato alla salute mentale e la natura della cultura lavorativa dei primi soccorritori, spesso caratterizzata da un'etica di "forza" e autosufficienza, impediscono ai professionisti di cercare aiuto precocemente (Neal-Walden et al., 2025). Sebbene la TF-CBT e l'EMDR siano efficaci, c'è bisogno di adattare queste terapie per rispondere alle esigenze specifiche dei soccorritori, che sono esposti a traumi cumulativi e cronici, piuttosto che a eventi singoli. Questa distinzione è di fondamentale importanza: mentre i protocolli standard sono spesso validati su traumi circoscritti nel tempo, il personale di pubblica sicurezza è soggetto a un logorio psicologico derivante dalla costante esposizione alla sofferenza e al pericolo. In questo contesto, l'obiettivo terapeutico non può limitarsi alla desensibilizzazione di un singolo ricordo, ma deve mirare alla ristrutturazione di un'identità professionale e personale messa alla prova da una stratificazione di eventi critici.

Per quanto la Terapia Cognitivo-Comportamentale focalizzata sul trauma si è dimostrata efficace nel trattare il Disturbo da Stress Post-Traumatico le sfide nel trattamento sono comuni, inclusa la presenza in comorbidità di dissociazione, depressione, sintomi da trauma cranico, abuso di sostanze e difficoltà di transizione sociale, attualmente non esistono linee guida standard per la terapia con quadri di comorbidità. Tuttavia, come raccomandato dalle linee guida del *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE), l'adattamento dei trattamenti esistenti può

migliorare le probabilità di trattare con successo i casi di trauma. In linea con queste raccomandazioni, lo studio di Skilbeck et al. (2021) analizza proprio l'applicazione di un protocollo integrato su un veterano militare, illustrando come l'adattamento della Trauma-Focused CBT possa rispondere efficacemente a un quadro clinico complesso, caratterizzato dalla coesistenza di PTSD, sintomi di trauma cranico e difficoltà di transizione sociale. Il soggetto ha frequentato 16 sessioni di CBT focalizzata sul trauma integrando le sue comorbidità, coinvolgendo il coniuge e il suo medico di base, il team di neuro-riabilitazione e il *Veterans' Transition Service*. Al termine del trattamento, il paziente non soddisfaceva più i criteri diagnostici per il PTSD. Questo caso illustra come la CBT focalizzata sul trauma possa essere integrata per trattare il PTSD in comorbidità nei veterani. Il successo di questo approccio integrato non si misura solo nella scomparsa dei sintomi diagnostici, ma nella capacità di favorire un ritorno al servizio sicuro e sostenibile. Il coinvolgimento del team di neuro-riabilitazione e dei servizi di transizione sottolinea che la cura del soccorritore non termina in studio, ma si completa con il suo reinserimento efficace nel contesto operativo. Il personale di pubblica sicurezza (PSP) e gli operatori sanitari (OS) sono esposti a frequenti eventi traumatici e stressanti nell'esercizio delle loro funzioni, il che li pone a rischio elevato di sviluppare lesioni da stress post-traumatico, depressione, ansia e altri problemi di salute mentale. Nonostante l'esistenza di numerosi programmi di intervento, rimane una lacuna significativa nella traduzione delle evidenze scientifiche in programmi pratici, sostenibili e facilmente accessibili. Per questo motivo Ellis and Korman (2022) hanno sviluppato il programma STEADY (*Social Support, Tracking Distress, Education, and Discussion CommunitY*), una soluzione basata su evidenze progettata per affrontare il disagio emotivo in queste popolazioni ad alto rischio e mira a creare resilienza a lungo termine. Il programma si concentra sull'integrazione di supporto sociale, monitoraggio del disagio, educazione e comunità di discussione. STEADY è stato sviluppato basandosi su quattro pilastri concettuali che mirano a trasformare l'ambiente lavorativo in una rete di protezione attiva. Al centro di questo sistema si colloca il Supporto Sociale (*Social Support*), inteso come la promozione di una cultura del mutuo aiuto tra pari; la riduzione dell'isolamento non è solo un obiettivo relazionale, ma agisce come il principale fattore protettivo contro l'insorgenza di

traumi complessi. Parallelamente, il sistema deve integrare meccanismi di Monitoraggio del Disagio (*Tracking Distress*), capaci di intercettare precocemente i segnali di allarme e permettere interventi tempestivi che limitino la gravità della sintomatologia futura. Un ruolo altrettanto cruciale è affidato alla componente di Educazione, volta a fornire basi scientifiche corrette sulle reazioni fisiologiche allo stress. Questa forma di psicoeducazione non serve solo a istruire, ma a "normalizzare" l'esperienza traumatica, abbattendo lo stigma che spesso impedisce la richiesta di aiuto. Tale processo trova la sua massima espressione nella creazione di una Comunità di Discussione (*Discussion Community*): uno spazio protetto e sicuro in cui i lavoratori possono condividere le proprie esperienze senza il timore di ripercussioni professionali o giudizi di merito. Dal punto di vista operativo, questa architettura si traduce in strumenti concreti e fruibili. Il programma prevede l'erogazione di moduli educativi strutturati in "pillole informative" periodiche, progettate per non sovraccaricare il personale già impegnato in mansioni gravose. A questi si affiancano strumenti di auto-valutazione, come scale sintetiche e intuitive, che offrono al lavoratore la possibilità di monitorare autonomamente il proprio stato emotivo nel tempo. Infine, la struttura della comunità viene garantita attraverso incontri facilitati che fungono da laboratori di elaborazione collettiva delle sfide lavorative, consolidando un clima di ascolto non giudicante e di resilienza condivisa. Il programma STEADY rappresenta un'innovazione rispetto ai modelli di debriefing tradizionali spostando l'attenzione sulla costruzione di una cultura del supporto continuo.

In definitiva, l'evoluzione dai modelli di intervento post-critico puntuali verso sistemi di supporto continuo come il programma STEADY segna un necessario cambio di paradigma: la salute mentale del personale ad alto rischio non viene più gestita come un'emergenza da riparare, ma come una risorsa strategica da mantenere costantemente attraverso la cultura della condivisione e il monitoraggio precoce

2.4. Il supporto orizzontale

Al di là dell'importanza dei protocolli istituzionali, la gestione del trauma nel momento del dispiegamento e nel post-missione si scontra spesso con una naturale diffidenza dei militari verso i professionisti della salute mentale "esterni" o civili. In

questo contesto, le ricerche dimostrano che il supporto fornito da soggetti che hanno condiviso le medesime esperienze traumatiche risulta di fondamentale aiuto. Il Peer Support (supporto tra pari) si definisce infatti come la fornitura di sostegno emotivo, sociale e pratico da parte di persone che condividono caratteristiche comuni e sfide uniche legate alla cultura del corpo e del reparto (Donovan, 2022). I pari possiedono una "credibilità di strada" immediata che facilita l'apertura comunicativa e abbatte le barriere del silenzio. Parlare con un collega che ha vissuto reazioni analoghe aiuta a normalizzare le risposte fisiologiche allo stress, riducendo drasticamente il senso di isolamento e la percezione di inadeguatezza. Se la cultura militare tende a vedere la vulnerabilità come una debolezza, il supporto tra pari agisce come un ponte culturale, rendendo accettabile e "sicuro" discutere della propria salute mentale all'interno dell'organizzazione. L'elemento più innovativo di questo approccio è il suo ruolo di catalizzatore per la Crescita Post-Traumatica (*Post-Traumatic Growth* - PTG). Il sostegno sociale fornisce la base sicura necessaria per esplorare nuove prospettive sulla propria vita e sul proprio ruolo dopo l'evento critico. Attraverso quello che viene definito apprendimento vicario, vedere un collega che ha superato il trauma e ne è uscito fornisce un modello tangibile per la propria guarigione. Il Peer Support, dunque, non deve essere inteso solo come un metodo per prevenire la psicopatologia, ma come uno strumento per trasformare la sofferenza legata al trauma in una fonte di forza e saggezza collettiva, promuovendo connessioni autentiche che valorizzano l'esperienza vissuta (Donovan, 2022; Silvestrini & Chen, 2023).

Se l'addestramento individuale rappresenta la prima linea di difesa, la dimensione collettiva costituisce l'ossatura su cui poggia la tenuta psicologica del militare. L'ambiente militare è unico per l'enfasi posta sul gruppo rispetto all'individuo; in questo contesto, la coesione dell'unità, definita come il legame emotivo e il senso di impegno condiviso tra i membri di una squadra, è tradizionalmente considerata l'"adesivo" capace di tenere uniti i soldati sotto pressione. Tuttavia, la letteratura scientifica recente impone una riflessione cauta sulla reale capacità di questo costrutto di "schermare" l'individuo dal trauma estremo. Come evidenziato dallo studio di Kanesarajah et al. (2016) condotto su un campione di oltre 20.000 militari, sebbene un'alta coesione sia associata a una salute mentale migliore in termini generali, con una minore prevalenza di sintomi di depressione e ansia, il suo ruolo

come moderatore del trauma appare limitato. I dati indicano infatti che, sebbene i legami forti con i commilitoni riducano la probabilità di esiti negativi nel quotidiano operativo, essi non sembrano modificare significativamente l'associazione tra l'esposizione traumatica grave e l'insorgenza del PTSD. In altre parole, la coesione dell'unità non sembra agire come un "cuscinetto" capace di attenuare l'impatto di eventi critici profondi: anche in unità estremamente unite, l'associazione tra trauma e sintomatologia post-traumatica rimane costante (Kanesarajah et al., 2016). Questo suggerisce che la resilienza di gruppo, per quanto essenziale per il morale e la prevenzione del disagio psicologico lieve, incontra i propri limiti di fronte alla crudeltà degli scenari di guerra o di catastrofe. Tali risultati sottolineano l'importanza di promuovere la coesione per il benessere generale dei soldati, avvertendo però che essa non può sostituire la necessità di interventi psicologici professionali e screening post-dispiegamento, specialmente per il personale esposto a eventi ad alto impatto emotivo.

Capitolo 3:

Il Supporto Psicologico nel Personale Militare

3.1. Il supporto durante il dispiegamento

Il supporto psicologico nelle missioni internazionali non può essere limitato alla sola gestione dell'emergenza, ma deve configurarsi come un protocollo integrato che segue l'intero ciclo del dispiegamento. L'obiettivo è adattare i protocolli di base della psicologia dell'emergenza alle sfide uniche dei teatri operativi, dove l'isolamento dai legami familiari, la diversità culturale e il rischio costante amplificano il carico psicofisico del militare.

Il supporto psicologico lo si può vedere in tre momenti distinti:

- *Pre-deployment*: La fase precedente alla missione è dedicata alla prevenzione e al "potenziamento" cognitivo. Come analizzato nella revisione sistematica di Doody et al. (2021), i programmi di *pre-deployment* mirano a costruire la resilienza attraverso l'addestramento psicologico. Non si tratta solo di fornire informazioni tecniche, ma di preparare il militare alle reazioni fisiologiche e allo stress che incontrerà. Protocolli basati sulla Mindfulness e sulla Terapia Cognitivo-Comportamentale (CBT) vengono utilizzati per insegnare tecniche di regolazione emotiva, permettendo al soldato di mantenere la lucidità decisionale anche in contesti critici. La preparazione psicologica funge quindi da "immunizzazione", riducendo la probabilità che l'esposizione al trauma si trasformi in una patologia cronica.
- *In-theater*: Una volta in teatro operativo, il supporto si sposta sul monitoraggio discreto e costante. In questa fase, lo psicologo militare opera spesso in una "zona grigia" tra il ruolo clinico e quello consultivo per il comando. Il monitoraggio *in-theater* si focalizza sull'identificazione precoce dei segni di esaurimento operativo (combat fatigue) e sul mantenimento della coesione di gruppo. È qui che i protocolli di primo aiuto psicologico vengono adattati per essere somministrati in tempi rapidi, spesso attraverso il supporto tra pari o brevi interventi di debriefing dopo incidenti critici. L'obiettivo primario è il mantenimento della prontezza operativa: lo psicologo deve valutare se il militare è ancora in grado di assolvere i propri compiti o se

necessita di un temporaneo allontanamento dalla linea del fronte per prevenire il crollo psichico.

- *Post-deployment*: La fase finale, il *post-deployment*, è forse la più critica per l'insorgenza del PTSD. Molti sintomi, infatti, tendono a manifestarsi solo quando la minaccia esterna cessa e il militare rientra in un ambiente sicuro, dove il contrasto tra la vita operativa e quella civile può generare un senso di alienazione. I protocolli prevedono screening sistematici a intervalli regolari (solitamente a 3 e 6 mesi dal rientro) per intercettare disagi latenti. In questo contesto, il supporto non mira solo alla cura dei sintomi, ma alla crescita post-traumatica (PTG). Come sottolineato da Donovan (2022), i programmi di reintegrazione che includono il Peer Support sono particolarmente efficaci: parlare con commilitoni che hanno vissuto esperienze analoghe aiuta a normalizzare il vissuto traumatico e facilita la transizione verso la routine quotidiana, riducendo il rischio di isolamento e comportamenti di auto-cura disfunzionali.

Nonostante la proliferazione di strategie di preparazione, l'efficacia dei programmi di resilienza somministrati prima del dispiegamento rimane un tema ampiamente dibattuto. Una recente e importante revisione sistematica della Cochrane Collaboration (Doody et al., 2021), che ha analizzato i principali database mondiali come MEDLINE, Embase e PsycINFO, ha evidenziato una significativa incertezza dei risultati.

Sebbene l'obiettivo di tali programmi sia prevenire disturbi clinici e migliorare il benessere generale, l'estrema eterogeneità degli interventi e la variabilità dei traumi subiti in missione rendono difficile trarre conclusioni definitive. Allo stato attuale, non esiste una base di evidenze sufficientemente solida per raccomandare l'implementazione obbligatoria e universale di uno specifico protocollo con la certezza che esso prevenga l'insorgenza di patologie. Tuttavia, è importante sottolineare che tali interventi non sembrano produrre effetti negativi; al contrario, possono offrire benefici marginali ma significativi nel promuovere la coesione di gruppo e nell'aumentare la consapevolezza della salute mentale tra i militari.

La fase di post-deployment rappresenta dunque uno dei momenti più delicati per la salute del militare. L'efficacia di questa transizione dipende dall'adozione di protocolli strutturati, come quelli analizzati nei contesti delle missioni ISAF (*International Security Assistance Force*), dove il confronto tra i partner NATO ha

permesso di evidenziare diverse strategie di gestione del benessere psicologico (Vermetten et al., 2014). Quasi tutti i paesi presi in considerazione nella revisione di Vermetten e colleghi hanno impiegato un team di supporto per la salute mentale composto da una varietà di figure professionali, tra cui psichiatri, psicologi, assistenti sociali, infermieri psichiatrici e cappellani, prevedendo una procedura di decompressione obbligatoria immediatamente dopo il rientro dal teatro operativo. Questo periodo di "stacco" assistito viene denominato come fase di Third Location Decompression (TLD) e permette una transizione graduale prima del ritorno alla vita familiare. Solo successivamente l'unità viene sottoposta a un processo di screening standardizzato condotto da professionisti della salute mentale, in seguito alla TLD il personale riprende le normali attività, ma il monitoraggio rimane attivo attraverso le cliniche sanitarie dedicate, garantendo una continuità assistenziale radicata sul territorio. L'adozione di tali protocolli internazionali conferma come la gestione del trauma al rientro non sia solo una questione clinica individuale, ma una responsabilità organizzativa che richiede tempi e spazi dedicati per prevenire l'insorgenza di disturbi cronici.

Il supporto psicologico non può esaurirsi con la fine della missione o del servizio attivo, ma deve evolversi per accompagnare il soldato in una delle fasi più critiche: la transizione alla vita civile. Questo periodo di reinserimento comporta sfide identitarie profonde, dove il veterano si trova spesso a navigare in un sistema di risorse frammentate che non sempre rispecchiano le sue necessità immediate (Rattray et al., 2024). Le ricerche condotte con metodologia naturalistica evidenziano un paradosso: nonostante l'ampia offerta di eventi di sensibilizzazione e screening, i veterani riportano una profonda frustrazione dovuta alla genericità delle informazioni fornite. Il bisogno del veterano è multidimensionale e intreccia la salute mentale con l'assistenza legale, abitativa e professionale. Quando queste risorse non sono integrate o "parlano" un linguaggio troppo distante dalla cultura militare, si genera un mismatch che allontana l'individuo dal sistema di cura. Ancora una volta, lo stigma emerge come l'ostacolo principale: il timore che rivelare le proprie "lesioni invisibili" possa compromettere l'immagine di forza costruita negli anni di servizio o influenzare lo stato di disabilità percepito agisce come un freno alla *self-disclosure* (Rattray et al., 2024). Per i veterani, il successo del reinserimento dipende dalla capacità delle

organizzazioni di: personalizzare l'offerta superando il modello "standard" per focalizzarsi sui bisogni specifici del singolo; rispettare l'identità culturale, i veterani preferiscono risorse che riconoscano il loro vissuto unico piuttosto che modelli clinici che li trattino come semplici "pazienti" civili; semplificare l'accessibilità rendendo le reti di supporto trasparenti e facili da navigare in una fase di vulnerabilità. In sintesi, il reinserimento non è solo una questione di disponibilità di servizi, ma di qualità della connessione tra il sistema di supporto e l'esperienza vissuta. Solo un modello che valorizzi la continuità della cura può trasformare la transizione in un'opportunità di stabilizzazione a lungo termine, evitando che il veterano si senta abbandonato una volta dismessa l'operatività.

3.2. Lo Psicologo Militare

L'inserimento della figura dello psicologo all'interno dell'istituzione militare non è privo di ostacoli, poiché deve confrontarsi con una struttura rigidamente gerarchica e una cultura professionale che spesso percepisce la vulnerabilità psicologica come un'antitesi alla prontezza operativa. La sfida primaria risiede nel superamento dello stigma della salute mentale, ovvero l'insieme di credenze negative che circondano la salute mentale e che agiscono come una barriera critica alla ricerca di aiuto per il personale in servizio e per i veterani (McGuffin et al., 2021). Nella cultura militare, lo stigma si manifesta principalmente attraverso due dimensioni: lo stigma pubblico, legato alla percezione di come i colleghi o i superiori potrebbero giudicare o discriminare il soldato che ammette un disagio, e lo stigma interiorizzato, in cui l'individuo accetta come vere queste etichette negative, provando un senso di vergogna che ne compromette l'autostima (Hernandez et al., 2017). Questo fenomeno è strettamente correlato alla cosiddetta "cultura del corpo" e alle ideologie di mascolinità tradizionale. Molti veterani e militari percepiscono la necessità di cure psicologiche, specialmente per il PTSD, come un "segno di debolezza" (Silvestrini & Chen, 2023). L'ideale del soldato "stoico" e invulnerabile crea un conflitto d'identità: ammettere di soffrire significa, nella mente di molti, tradire l'immagine di forza richiesta dal ruolo, portando a una sistematica negazione dei sintomi per preservare la propria posizione sociale e professionale all'interno della gerarchia. Il veterano non teme solo il giudizio altrui, ma giudica sé stesso come "non uomo" o "non soldato".

Le barriere all'aiuto non sono solo burocratiche, ma identitarie. Molti militari intervistati da Silvestrini e Chen (Silvestrini & Chen, 2023) descrivono un conflitto tra il ruolo operativo e la salute mentale, affermando:

«Siamo addestrati a non avere sentimenti... a fare il lavoro indipendentemente da quanto sia brutto».

Questa spinta alla soppressione emotiva trasforma il PTSD in un tabù, dove la richiesta di supporto viene etichettata come un segno di debolezza che rischia di far apparire il soldato come «rotto» e «non affidabile» agli occhi dei propri pari.

"C'è questa mentalità per cui, se vai a cercare aiuto per la salute mentale, allora sei 'rotto' o non sei più affidabile per i tuoi compagni."

Da questa mentalità ne deriva un'autosufficienza estrema, un "fai-da-te" psicologico dove il militare tenta di gestire il trauma attraverso l'isolamento o l'uso di sostanze, vedendo nella terapia una perdita di controllo sulla propria vita. Il giudizio dei pari agisce come una barriera potente: anche dopo il congedo, persiste il timore di essere etichettati dai propri ex compagni (Hernandez et al., 2017). La gestione della segretezza e della fiducia rappresenta il pilastro del rapporto tra psicologo e militare. Il timore che le informazioni condivise durante i colloqui possano filtrare lungo la catena gerarchica e influenzare le prospettive di carriera rimane una delle preoccupazioni principali. Per questo motivo, lo psicologo in ambito militare deve operare con una trasparenza etica assoluta, chiarendo i limiti della riservatezza e lavorando attivamente per costruire un legame di fiducia che superi la diffidenza intrinseca verso le istituzioni mediche, spesso viste dai veterani come distanti o burocratiche (Rattray et al., 2024; Silvestrini & Chen, 2023).

Un ulteriore elemento di complessità è rappresentato dal ruolo della leadership. La ricerca indica che l'esperienza del soldato con i propri superiori può determinare radicalmente l'atteggiamento verso la salute mentale. Una leadership distruttiva o abusiva non solo aumenta il disagio psicologico dei subordinati, ma funge da catalizzatore per lo stigma, riducendo drasticamente le intenzioni di cercare supporto (McGuffin et al., 2021). Al contrario, una leadership supportiva è in grado di mitigare l'effetto del self-stigma, normalizzando il ricorso allo psicologo e promuovendo una cultura della resilienza dove la salute mentale è considerata una componente essenziale.

Per ottenere un impatto reale in un ambiente così densamente codificato, la riformulazione del concetto di cura non può limitarsi a un cambiamento superficiale della terminologia, ma deve configurarsi come una vera e propria operazione di re-branding culturale. Il punto fondamentale consiste nello scardinare l'associazione automatica tra supporto psicologico e "rottura" interna, riposizionando l'intervento clinico all'interno del paradigma della performance operativa. In quest'ottica, la psicoterapia o il counseling non vengono più presentati come rimedi per una debolezza congenita, ma come una forma di "addestramento alla resilienza" o di "manutenzione proattiva" delle capacità di combattimento. Questo spostamento semantico permette al militare di inquadrare la gestione del trauma non come un cedimento morale, ma come una necessità tecnica analoga alla manutenzione dell'equipaggiamento o all'allenamento fisico, se un soldato accetta di curare una ferita alla gamba per tornare a correre, deve essere indotto a percepire la cura del PTSD come il mezzo necessario per ripristinare la propria affidabilità e prontezza decisionale.

In definitiva, questo cambio di paradigma mira a dimostrare che affrontare il proprio vissuto traumatico richiede paradossalmente lo stesso coraggio e la stessa disciplina richiesti sul campo di battaglia. Invece di "subire" il supporto, il militare dovrebbe essere incoraggiato a "padroneggiare" le proprie reazioni fisiologiche e cognitive, mobilitando la ricerca di aiuto come un atto di responsabilità verso i propri commilitoni. Solo affrontando lo stigma come un processo strutturale e sociale, e non come un limite del singolo individuo, sarà possibile colmare il divario tra la sofferenza silenziosa e il diritto costituzionale e umano al supporto, rendendo la resilienza un obiettivo collettivo piuttosto che un peso solitario.

3.3. Psicologi della Protezione Civile dell'ANA

Le informazioni presentate in questo paragrafo sono state raccolte tramite un'intervista semi-strutturata somministrata alla dott.ssa Laura Dei Pra, in qualità di testimone privilegiato per il suo ruolo di referente nazionale degli psicologi della Protezione Civile ANA.

Nel panorama della Protezione Civile italiana, l'Associazione Nazionale Alpini (ANA) dispone di nuclei specializzati in psicologia dell'emergenza,

deputati al supporto psicologico sia della popolazione che dei soccorritori stessi; l'organico è composto da psicologi volontari afferenti alla sezione della sanità alpina.

Attualmente, l'organizzazione non prevede protocolli standardizzati e formalizzati per il monitoraggio della salute mentale del personale; l'attività preventiva e di gestione si articola prevalentemente attraverso incontri addestrativi, da un punto di vista storico-organizzativo, fino all'avvento dell'emergenza sanitaria da COVID-19, tali incontri venivano programmati con regolarità. Successivamente alla pandemia, a causa delle mutate necessità sistemiche e della disponibilità dei professionisti, si è assistito a una transizione metodologica, favorendo l'avvio e il consolidamento di percorsi formativi in modalità e-learning.

In assenza di una formazione formalmente obbligatoria per gli psicologi inseriti nella Protezione Civile, l'organizzazione ha anche come obiettivo quello di implementare strumenti clinici e psicosociali volti a sostenere i volontari nella gestione del carico emotivo e dello stress vicario cumulativo tipico dei contesti emergenziali. Tra i principali dispositivi di monitoraggio e supporto impiegati ad oggi possiamo trovare: l'intervisione, utilizzato come strumento d'elezione per il supporto tra pari (*peer-support*) in scenari operativi complessi, qualora non vi siano i tempi tecnici o logistici per strutturare un debriefing di gruppo immediato ma emerga la necessità impellente di un confronto clinico con un collega; il briefing pre-impiego finalizzato alla preparazione cognitiva ed emotiva del personale prima dell'attivazione sul campo; il debriefing al termine dell'attività orientato alla rielaborazione dell'esperienza vissuta e alla decompressione emotiva.

L'integrazione di queste metodiche favorisce lo sviluppo della resilienza individuale e di una solida percezione di coesione gruppale, ottimizzando al contempo il coordinamento interpersonale tra gli operatori.

Un esempio è riscontrabile nella gestione dei volontari ANA durante le Olimpiadi Invernali di Milano-Cortina 2026. In questo contesto sono stati

strutturati non solo interventi formativi propedeutici, ma soprattutto sessioni di osservazione sia individuali che di gruppo garantendo una gestione tempestiva delle criticità psicologiche emerse durante l'impiego.

Più in generale, nei contesti operativi ad alto impatto emotivo, il protocollo prevede la programmazione di sessioni di defusing immediato, finalizzate alla stabilizzazione precoce dei sintomi da stress, rimandando a una fase successiva e a operazioni concluse la strutturazione di debriefing formali. Questa gestione dell'intervento clinico permette di intercettare tempestivamente le prime manifestazioni di vulnerabilità psicologica, consentendo al volontario di valutare la propria idoneità al proseguimento dell'intervento o, viceversa, l'opportunità di una sospensione dell'attività per scopi di tutela psicologica.

Nonostante sia possibile riscontrare un miglioramento nell'accettazione del bisogno psicologico e degli psicologi, il processo di pieno riconoscimento di tali figure come componenti strutturali del sistema appare ancora in via di sviluppo. Nelle dinamiche istituzionali dell'ANA, la legittimazione professionale dello psicologo si fonda su una strategia che si definisce nei termini di un "processo di visibilità attiva": l'agire all'interno del contesto macro-organizzativo si configura come il prerequisito fondamentale per il riconoscimento e l'accettazione da parte del gruppo.

Questo percorso di inserimento progressivo ha come obiettivo quello della normalizzazione della figura dello psicologo all'interno dell'ambiente di emergenza. La condivisione degli spazi operativi e l'integrazione nel gruppo dei soccorritori favoriscono l'umanizzazione del professionista, riducendo progressivamente lo stigma sociale e i pregiudizi clinici storicamente associati alla salute mentale. Sebbene persistano resistenze culturali, manifestate sotto forma di ironia o scetticismo, si rileva un incremento significativo di richieste esplicite di supporto da parte del personale di soccorso. In questa prospettiva, i campi scuola dell'ANA si configurano come un importante dispositivo per la formazione e l'ingaggio dei nuovi volontari. Tali contesti offrono la possibilità

di sperimentare attivamente il proprio ruolo professionale e di mappare i bisogni specifici della comunità, consentendo contemporaneamente allo psicologo di rendersi accessibile e percepito come risorsa disponibile.

Da ciò deriva la tendenza a incentivare la presenza attiva degli psicologi nelle attività di Protezione Civile, come per esempio negli interventi sanitari nei Punti Medici Avanzati (PMA). La permanenza nei PMA garantisce un'elevata visibilità operativa e favorisce l'attivazione di "micro-colloqui" da intendere come interazioni cliniche informali e a bassa soglia che riducono le distanze relazionali e facilitano il successivo accesso spontaneo al servizio.

Questo minuzioso lavoro di accreditamento istituzionale, pur richiedendo un cospicuo dispendio di energie da parte degli psicologi volontari, trova un forte alleato nel costrutto psicologico dello spirito di corpo, tratto identitario profondamente radicato nel corpo degli Alpini. Lo spirito di corpo funge da catalizzatore psicosociale perché permette ai membri dell'organizzazione di percepirsi come un'entità coesa e di sviluppare comportamenti di cooperazione inter-settoriale. Esso si caratterizza per la condivisione degli stessi valori e principi, alimentati dalla prossimità fisica, dalla disponibilità relazionale e dalla comunicazione aperta.

Una delle principali criticità rilevate nell'analisi del servizio riguarda il ridotto livello di investimento nella formazione propedeutica, un elemento che tuttavia si configura come una priorità emergente. La formazione pre-impiego comporta un investimento di risorse anche temporali a fronte di un ritorno non garantito, formare soggetti che potrebbero successivamente non integrarsi stabilmente nella struttura rappresenta una perdita per l'organizzazione. Per ottimizzare il rapporto "costi-benefici", l'attuale modello organizzativo prevede che l'addestramento specialistico avvenga in itinere, ovvero successivamente all'effettivo inserimento del soggetto come volontario, declinandosi operativamente attraverso le già citate dinamiche di briefing e debriefing sul campo.

3.4. Il Corpo degli Alpini nelle emergenze internazionali

Il soldato oggi è chiamato a fare il soccorritore. Ma cosa significa soccorrere in una catastrofe?

L'impiego delle Forze Armate in contesti di protezione civile trasforma il soldato in un operatore d'emergenza esposto a rischi che vanno oltre il combattimento. Intervenire in un sisma o in un'alluvione significa affrontare sfide fisiche (terreni instabili, fatica cronica) che degradano la prontezza operativa. Ma è sul piano psicologico che la missione si fa complessa: il militare sperimenta lo stress morale, ovvero il peso di decisioni etiche estreme, come il triage dei civili in condizioni di risorse limitate. Questa esposizione alla sofferenza umana e l'isolamento affettivo durante il dispiegamento creano una vulnerabilità che richiede strategie di protezione specifiche, tipiche di corpi d'élite come gli Alpini. Le Forze Armate, e in particolare le Truppe Alpine, hanno consolidato un modello operativo definito "Dual Use" (Ministero della Difesa, 2018). Approccio preventivo, omnicomprensivo, multidisciplinare e multidimensionale, volto a ottenere uno Strumento militare che sia capace di meglio integrarsi con la componente civile, per compiti sia militari che non militari, a supporto della collettività e quale contributo alla resilienza nazionale, questo termine identifica la capacità di impiegare personale, mezzi e tecnologie nati per scopi militari anche in contesti di pubblica utilità e soccorso alle popolazioni colpite da calamità. Non si tratta di una funzione secondaria, ma di una missione istituzionale che vede l'Esercito come una componente fondamentale del Servizio Nazionale di Protezione Civile. L'efficacia di questo modello risiede nella "capacità di proiezione": laddove le strutture di soccorso civili possono trovarsi limitate da infrastrutture compromesse, gli Alpini utilizzano l'addestramento al movimento in aree impervie per stabilire *hub* di sopravvivenza e comunicazioni, garantendo il soccorso anche alle comunità più isolate.

La conformazione stessa del Corpo degli Alpini, addestrato a operare in ambienti impervi, climi estremi e territori montani, lo rende naturalmente predisposto al soccorso in caso di catastrofi naturali. Da citare sono i reparti del Genio Guastatori Alpini, capaci di ripristinare la viabilità, costruire ponti d'emergenza e operare con macchine movimento terra, e le Squadre Soccorso Alpino Militare (SSAM). Questi due gruppi rappresentano l'eccellenza del "soccorritore in divisa", integrando capacità

di ricerca e salvataggio (SAR) con il supporto sanitario in contesti dove i soccorritori civili potrebbero avere difficoltà di accesso. Un esempio emblematico di questa operatività è rappresentato dall'Operazione "Sabina", scattata a seguito del sisma in Centro Italia del 2016. In quell'occasione, i reggimenti del Genio Alpino e il 4° Reggimento Alpini Paracadutisti hanno dimostrato la reale efficacia della "capacità di proiezione": operando in condizioni avverse e su terreni resi instabili dalle scosse, hanno garantito l'apertura di varchi stradali verso frazioni isolate, permettendo l'arrivo dei soccorsi sanitari e dei rifornimenti laddove le infrastrutture civili erano completamente collassate.

Nelle missioni internazionali di supporto umanitario, questa identità ibrida favorisce processi di de-escalation: la percezione dell'Alpino come ricostruttore e soccorritore facilita il legame con le popolazioni locali, trasformando l'operazione militare in un intervento di stabilizzazione sociale che riduce lo stress etico del personale operante. Un caso di studio significativo è rintracciabile nell'operato delle Truppe Alpine in Afghanistan (Missione ISAF), dove l'approccio orientato alla popolazione ha permesso di stabilizzare aree ad alto rischio attraverso progetti di ricostruzione di infrastrutture idriche, scuole e presidi sanitari. Gli Alpini hanno agito come mediatori culturali, riducendo la percezione della forza militare come elemento ostile e creando un clima di fiducia reciproca.

Come evidenziato da Battistelli (Marte e Mercurio. Sociologia dell'organizzazione militare, Franco Angeli (1990)) l'efficacia del contingente italiano in contesti asimmetrici risiede nella capacità del soldato di operare "fra Marte e Mercurio", ovvero tra la forza militare e la mediazione sociale. Questa transizione verso quello che lo stesso Battistelli in "Soldati: sociologia dei militari italiani nell'era del peace-keeping" (1996), definisce "militare post-moderno", identifica un professionista non più addestrato alla sola distruzione del nemico, ma alla gestione di crisi complesse dove il soccorso umanitario e la protezione dei civili diventano obiettivi primari. Questo approccio, documentato anche da Coticchia e colleghi (2006), dimostra come la "cultura del soccorso" tipica delle forze armate italiane abbia reso il contingente italiano più accettato rispetto ad approcci puramente aggressivi raccogliendo ampio consenso tra i Paesi del terzo mondo proprio grazie al profilo di forza pacificatrice.

L'efficacia degli Alpini non risiede solo nella preparazione logistica, ma in quella che viene definita come "identità di corpo", capace di assorbire l'impatto emotivo delle emergenze civili attraverso una solidarietà organica che funge da barriera contro l'insorgenza di disturbi stress-correlati. Questa coesione è ciò che permette alle truppe alpine di rendersi disponibili all'interazione e alla comunicazione aperta permettendo di instaurare relazioni più stabili e connesse.

Conclusioni

Il presente lavoro di ricerca ha permesso di analizzare la complessità del vissuto psicologico dei primi soccorritori, evidenziando come l'esposizione cronica a scenari emergenziali e catastrofici non sia priva di costi per la salute mentale. Come analizzato nel primo capitolo, il rischio di sviluppare disturbi post-traumatici o forme di traumatizzazione vicaria è una realtà concreta, mediata da precisi meccanismi neurofisiologici che trasformano l'allerta in un'usura multisistemica. Sebbene l'esposizione cronica a eventi critici e il "costo dell'empatia" pongano questi professionisti a un rischio elevato di PTSD e traumatizzazione vicaria, i dati dimostrano che il trauma non è un esito inevitabile.

La vera chiave della resilienza risiede nell'integrazione tra tecnologia e umanità e quindi nell'efficacia dei modelli di prevenzione primaria, come lo *Stress Inoculation Training*, unito a protocolli di intervento tempestivi come il CISM e a terapie d'elezione come l'EMDR. Si evidenzia quanto sia fondamentale una preparazione proattiva. La mente del soccorritore non va solo riparata dopo il danno, ma va 'immunizzata' e supportata attraverso una rete istituzionale solida.

La forza dello "Spirito di Corpo" e del supporto tra pari permettono di mediare l'impatto emotivo delle emergenze, fungendo da ammortizzatori contro l'insorgenza del PTSD e facilitando il superamento dello stigma legato alla salute mentale, ancora fortemente radicato nella cultura militare.

In conclusione, la resilienza del personale impegnato in compiti umanitari e di soccorso non può essere considerata un dato scontato o una dote individuale innata. Essa è il risultato di un equilibrio dinamico tra addestramento tecnico-scientifico, supporto istituzionale e coesione del gruppo dei pari. La sfida futura risiede nel continuare a promuovere una cultura della prevenzione che riconosca la vulnerabilità come parte integrante della professionalità operativa. Solo attraverso il rafforzamento di questa rete di supporto e maggiori investimenti nell'ambito della prevenzione sarà possibile trasformare l'impatto del trauma nel soccorritore in un'opportunità di crescita professionale e umana, garantendo che chi opera per la sicurezza della comunità non resti solo di fronte al peso delle proprie "lesioni invisibili".

Bibliografia

- Arbisi, P. A., Kaler, M. E., Kehle-Forbes, S. M., Erbes, C. R., Polusny, M. A., & Thuras, P. (2012). The Predictive Validity of the PTSD Checklist in a Nonclinical Sample of Combat-Exposed National Guard Troops. *Psychological Assessment*, 24(4), 1034–1040. (84397759). <https://doi.org/10.1037/a0028014>
- Arjmand, H.-A., O'Donnell, M. L., Putica, A., Sadler, N., Peck, T., Nurse, J., & Varker, T. (2024). Mental health treatment for first responders: An assessment of mental health provider needs. *Psychological Services*, 21(3), 489–499. <https://doi.org/10.1037/ser0000832>
- Battistelli, F. (1996). *Soldati: Sociologia dei militari italiani nell'era del peace-keeping*. FrancoAngeli.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. (1996). *Beck Depression Inventory-II*. <https://doi.org/10.1037/t00742-000>
- Blake, D. D., Weathers, F. W., Nagy, L. M., Kaloupek, D. G., Gusman, F. D., Charney, D. S., & Keane, T. M. (1995). The development of a Clinician-Administered PTSD Scale. *Journal of Traumatic Stress*, 8(1), 75–90. <https://doi.org/10.1007/BF02105408>
- Bride, B., Robinson, M., Yegidis, B., & Figley, C. (2004). Development and Validation of the Secondary Traumatic Stress Scale. *Research on Social Work Practice - RES SOCIAL WORK PRAC*, 14, 27–35. <https://doi.org/10.1177/1049731503254106>
- Butcher, J., Dahlstrom, W., Graham, J., Tellegen, A., & Kaemmer, B. (1989). MMPI2: Minnesota Multiphasic Personality Inventory2: Manual for administration and scoring. *Biological Psychiatry*, 48.
- Campfield, K. M., & Hills, A. M. (2001). Effect of timing of critical incident stress debriefing (CISD) on posttraumatic symptoms. *Journal of Traumatic Stress*, 14(2), 327–340. <https://doi.org/10.1023/A:1011117018705>

- Cattell, H. E. P., & Mead, A. D. (2008). The Sixteen Personality Factor Questionnaire (16PF). In G. Boyle, G. Matthews, & D. Saklofske, *The SAGE Handbook of Personality Theory and Assessment: Volume 2—Personality Measurement and Testing* (pp. 135–159). SAGE Publications Ltd. <https://doi.org/10.4135/9781849200479.n7>
- Cattell, R., & Kameoka, V. (1985). Psychological states measured in the clinical analysis questionnaire (CAQ). *Multivariate Experimental Clinical Research*, 7, 69–87. <https://doi.org/10.62704/10057/17558>
- Cohen, J. A., Mannarino, A. P., & Deblinger, E. (2006). *Treating trauma and traumatic grief in children and adolescents* (pp. xvi, 256). The Guilford Press.
- Coticchia, F., & Giacomello, G. (2006). Il ruolo internazionale delle Forze Armate italiane. *Il Mulino*, (4/2006). <https://doi.org/10.1402/22451>
- Cwik, J. C., Vahle, N., Woud, M. L., Potthoff, D., Kessler, H., Sartory, G., & Seitz, R. J. (2020). Reduced gray matter volume in the left prefrontal, occipital, and temporal regions as predictors for posttraumatic stress disorder: A voxel-based morphometric study. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 270(5), 577–588. <https://doi.org/10.1007/s00406-019-01011-2>
- Deahl, M. P., Srinivasan, M., Jones, N., Neblett, C., & Jolly, A. (2001). Evaluating psychological debriefing: Are we measuring the right outcomes? *Journal of Traumatic Stress*, 14(3), 527–529. <https://doi.org/10.1023/A:1011160606866>
- Donovan, N. (2022). Peer support facilitates post-traumatic growth in first responders: A literature review. *Trauma*, 24(4), 277–285. (160303373). <https://doi.org/10.1177/14604086221079441>
- Doody, C. B., Robertson, L., Cox, K. M., Bogue, J., Egan, J., & Sarma, K. M. (2021). Pre-deployment programmes for building resilience in military and frontline emergency service personnel. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 12(12), CD013242. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD013242.pub2>

- Ellis, J., & Korman, M. B. (2022). Development of an Evidence-Informed Solution to Emotional Distress in Public Safety Personnel and Healthcare Workers: The Social Support, Tracking Distress, Education, and Discussion Community (STEADY) Program. *Healthcare*, 10(9), 1777. <https://doi.org/10.3390/healthcare10091777>
- Everly, G., & Mitchell, J. (2008). *Integrative Crisis Intervention and Disaster Mental Health*. <https://www.semanticscholar.org/paper/Integrative-Crisis-Intervention-and-Disaster-Mental-Everly-Mitchell/db4547625545ab00bac115f88ca2fada88fee182>
- Fanai, M., & Khan, M. A. (2026). Acute Stress Disorder. In *StatPearls*. StatPearls Publishing. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK560815/>
- Forero, C., Gallardo-Pujol, D., Maydeu-Olivares, A., & andres-pueyo, A. (2009). A Longitudinal Model for Predicting Performance of Police Officers Using Personality and Behavioral Data. *Criminal Justice and Behavior*, 36, 591–606. <https://doi.org/10.1177/0093854809333406>
- Friedman, M. J., Resick, P. A., Bryant, R. A., Strain, J., Horowitz, M., & Spiegel, D. (2011). Classification of trauma and stressor-related disorders in DSM-5. *Depression and Anxiety*, 28(9), 737–749. <https://doi.org/10.1002/da.20845>
- Haddock, C. K., Jahnke, S. A., Poston, W. S. C., Jitnarin, N., Kaipust, C. M., Tuley, B., & Hyder, M. L. (2012). Alcohol use among firefighters in the Central United States. *Occupational Medicine*, 62(8), 661–664. <https://doi.org/10.1093/occmed/kqs162>
- Hernandez, S. H. A., Morgan, B. J., & Parshall, M. B. (2017). A Concept Analysis of Stigma Perceived by Military Service Members Who Seek Mental Health Services. *Nursing Forum*, 52(3), 188–195. <https://doi.org/10.1111/nuf.12187>
- Hourani, L., Tueller, S., Kizakevich, P., Lewis, G., Strange, L., Weimer, B., Bryant, S., Bishop, E., Hubal, R., & Spira, J. (2016). Toward Preventing Post-Traumatic Stress Disorder: Development and Testing of a Pilot Predeployment Stress Inoculation Training Program. *Military Medicine*, 181(9), 1151–1160. (118065717). <https://doi.org/10.7205/MILMED-D-15-00192>

- Jones, S. (2017). Describing the Mental Health Profile of First Responders: A Systematic Review. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 23(3), 200–214. (123080664). <https://doi.org/10.1177/1078390317695266>
- Kanesarajah, J., Waller, M., Zheng, W. Y., & Dobson, A. J. (2016). Unit cohesion, traumatic exposure and mental health of military personnel. *Occupational Medicine*, 66(4), 308–315. <https://doi.org/10.1093/occmed/kqw009>
- Lewis, G. F., Hourani, L., Tueller, S., Kizakevich, P., Bryant, S., Weimer, B., & Strange, L. (2015). Relaxation training assisted by heart rate variability biofeedback: Implication for a military predeployment stress inoculation protocol. *Psychophysiology*, 52(9), 1167–1174. (108929370). <https://doi.org/10.1111/psyp.12455>
- Marte e Mercurio. *Sociologia dell'organizzazione militare* | Fabrizio Battistelli | Franco Angeli. (1990). www.unilibro.it.
<https://www.unilibro.it/libro/battistelli-fabrizio/marte-mercurio-sociologia-dell-organizzazione-militare/9788820436018>
- Maslach, C., Jackson, S., & Leiter, M. (1997). The Maslach Burnout Inventory Manual. In *Evaluating Stress: A Book of Resources* (Vol. 3, pp. 191–218).
- McEwen, B. S. (2007). Physiology and neurobiology of stress and adaptation: Central role of the brain. *Physiological Reviews*, 87(3), 873–904. <https://doi.org/10.1152/physrev.00041.2006>
- McGuffin, J. J., Riggs, S. A., Raiche, E. M., & Romero, D. H. (2021). Military and Veteran help-seeking behaviors: Role of mental health stigma and leadership. *Military Psychology: The Official Journal of the Division of Military Psychology, American Psychological Association*, 33(5), 332–340. <https://doi.org/10.1080/08995605.2021.1962181>
- Meichenbaum, D. (2009). Stress inoculation training. In *General principles and empirically supported techniques of cognitive behavior therapy* (pp. 627–630). John Wiley & Sons, Inc.

- Meyer, G., Viglione, D., Mihura, J., Erard, R., & Erdberg, P. (2011). *Rorschach Performance Assessment System: Administration, Coding, Interpretation, and Technical Manual*.
- Ministero della Difesa. (2018). *Duplici uso e Resilienza*.
- Mitchell, A. M., Sakraida, T. J., & Zalice, K. K. (2005). Disaster care: Psychological considerations. *The Nursing Clinics of North America*, 40(3), 535–550, ix–x. <https://doi.org/10.1016/j.cnur.2005.04.006>
- Mitchell, J. T. (1983). When disaster strikes...the critical incident stress debriefing process. *JEMS: A Journal of Emergency Medical Services*, 8(1), 36–39.
- Morgan, C. A., Hazlett, G., Wang, S., Richardson, E. G., Schnurr, P., & Southwick, S. M. (2001). Symptoms of dissociation in humans experiencing acute, uncontrollable stress: A prospective investigation. *The American Journal of Psychiatry*, 158(8), 1239–1247. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.158.8.1239>
- Morgan, C. A., Wang, S., Mason, J., Southwick, S. M., Fox, P., Hazlett, G., Charney, D. S., & Greenfield, G. (2000). Hormone profiles in humans experiencing military survival training. *Biological Psychiatry*, 47(10), 891–901. [https://doi.org/10.1016/s0006-3223\(99\)00307-8](https://doi.org/10.1016/s0006-3223(99)00307-8)
- Organization, W. H. (2003). *Environmental Health in Emergencies and Disasters*. World Health Organization.
- Rattray, N. A., Baird, S. A., Natividad, D., Spontak, K., Do, A.-N., Frankel, R., & True, G. (2024). A question of oversight: A naturalistic study of military Veteran perspectives on outreach events and readjustment resources. *Journal of Military, Veteran and Family Health*, 10(5), 100–110. (2025-50563-005). <https://doi.org/10.3138/jmvfh-2023-0079>
- Ronzoni, G., Del Arco, A., Mora, F., & Segovia, G. (2016). Enhanced noradrenergic activity in the amygdala contributes to hyperarousal in an animal model of PTSD. *Psychoneuroendocrinology*, 70, 1–9. <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2016.04.018>

- Rose, S., & Bisson, J. (1998). Brief early psychological interventions following trauma: A systematic review of the literature. *Journal of Traumatic Stress, 11*(4), 697–710. <https://doi.org/10.1023/A:1024441315913>
- Rouw, I., Pihl-Thingvad, J., Hovman, A. R., & Vang, M. L. (2026). Secondary traumatization and PTSD: Two sides of the same coin? Findings from a literature review and four surveys. *Traumatology, (2027-28301-001)*. <https://doi.org/10.1037/trm0000648>
- Sellbom, M., Fischler, G., & Ben-Porath, Y. (2007). Identifying MMPI-2 Predictors of Police Officer Integrity and Mis. *Criminal Justice and Behavior - CRIM JUSTICE BEHAV, 34*, 985–1004. <https://doi.org/10.1177/0093854807301224>
- Shapiro, F. (1989). Efficacy of the Eye Movement Desensitization procedure in the treatment of traumatic memories. *Journal of Traumatic Stress, 2*(2), 199–223. <https://doi.org/10.1002/jts.2490020207>
- Silva, R. B., Ribeiro, P., Silva, S. G., & Martins, C. L. (2023). Pre-task intrinsic cortical activity in novice and experienced military specialists: A cross-sectional study. *Military Medicine, 188*(11–12), e3514–e3521. (2024-51096-056). <https://doi.org/10.1093/milmed/usad257>
- Silvestrini, M., & Chen, J. A. (2023). ‘It’s a sign of weakness’: Masculinity and help-seeking behaviors among male veterans accessing posttraumatic stress disorder care. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice and Policy, 15*(4), 665–671. <https://doi.org/10.1037/tra0001382>
- Skilbeck, L., Spanton, C., & Roylance, I. (2021). Integrated trauma-focused cognitive behavioral therapy for comorbid combat-related posttraumatic stress disorder: A case study with a military veteran. *Clinical Case Studies, 20*(5), 385–401. (2021-81202-003). <https://doi.org/10.1177/15346501211006922>
- Stanley, I., Hom, M., & Joiner, T. (2015). A systematic review of suicidal thoughts and behaviors among police officers, firefighters, EMTs, and paramedics. *Clinical Psychology Review, 44*. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.12.002>

- Suurd Ralph, C., Vartanian, O., Lieberman, H. R., Morgan, C. A., & Cheung, B. (2017). The effects of captivity survival training on mood, dissociation, PTSD symptoms, cognitive performance and stress hormones. *International Journal of Psychophysiology: Official Journal of the International Organization of Psychophysiology*, 117, 37–47. <https://doi.org/10.1016/j.ijpsycho.2017.04.002>
- Ui Hwang, C., & Kim, E. Y. (2026). MMPI-2, BDI-II, and Rorschach in the Assessment of PTSD: A study of first responders in South Korea. *Rorschachiana*, 47(1), 95–113. (2027-00189-001). <https://doi.org/10.1027/1192-5604/a000204>
- Vermetten, E., Greenberg, N., Boeschoten, M. A., Delahaije, R., Jetly, R., Castro, C. A., & McFarlane, A. C. (2014). Deployment-related mental health support: Comparative analysis of NATO and allied ISAF partners. *European Journal of Psychotraumatology*, 5. <https://doi.org/10.3402/ejpt.v5.23732>
- Weathers, F., Litz, B., Herman, D., Huska, J. A., & Keane, T. (1993). The PTSD Checklist (PCL): Reliability, validity, and diagnostic utility. *Paper Presented at the Annual Convention of the International Society for Traumatic Stress Studies*.
- Weiss, D. S., & Marmar, C. R. (1997). The Impact of Event Scale—Revised. In *Assessing psychological trauma and PTSD* (pp. 399–411). The Guilford Press.

Fonti Primarie

- Dei Pra, L. (2026). Il ruolo dello psicologo della Protezione Civile dell'Associazione Nazionale Alpini. Intervista a cura di Clara Tora, svolta in data 13.05.2026.

Sitografia

<https://www.gruppoalpinisalce.it/alpini/gli-alpini-nelle-missioni-di-pace/>

<https://www.ana.it/>

<https://www.ana.it/lalpino/con-l-onu-per-il-peacekeeping/>

<https://www.ana.it/lalpino/ununica-sanita-alpina/>

Ringraziamenti

Desidero esprimere la mia più sincera gratitudine alla mia relatrice, la Prof.ssa Bonichini, per avermi permesso di scegliere un argomento di tesi che seguisse i miei reali interessi e fosse in linea con i miei obiettivi futuri e lavorativi; la ringrazio, inoltre, per la costante disponibilità dimostrata durante la stesura di questo testo. Un caloroso ringraziamento va anche alla Dott.ssa Dei Prà, referente nazionale degli psicologi della protezione civile ANA, non solo per essersi messa a disposizione nel rispondere a ogni mia domanda, ma anche per l'impegno e la dedizione che mette quotidianamente nel proprio lavoro e in tutto ciò che ha realizzato nel tempo. Un ringraziamento profondo e speciale va a tutto il personale dei primi soccorritori e, in generale, a tutti coloro che, anche in veste di volontari, scelgono ogni giorno di mettersi a rischio per proteggere e aiutare gli altri nelle situazioni più critiche. Dedicare questo lavoro alla vostra realtà è stato per me un onore, e spero che queste pagine possano accendere una luce in più sull'importanza di tutelare il benessere psicologico di chi, per missione, si prende cura di quello altrui.

Ringrazio la mia famiglia per la pazienza e il sostegno dimostrati in questi tre anni, a partire dall'aver accettato il mio improvviso cambio di prospettiva: dal liceo artistico, con il sogno di diventare un architetto, alla decisione, un giorno, di accogliere la mia vera strada e studiare psicologia. In modo speciale, ringrazio i miei genitori per avermi sempre permesso di raggiungere i miei obiettivi, affrontando per questo anche grandi sacrifici. Vi ringrazio per avermi sostenuto nella scelta di cambiare città e abitudini; il mio trasferimento non ha comportato cambiamenti solo per me, ma anche per voi, e non posso fare altro che dirvi che non lo dimenticherò mai. So che lasciarmi andare via di casa così presto non era nei piani, eppure mi avete permesso di spiccare il volo, tenendo sempre la porta aperta ogni volta che ne avevo bisogno. Un profondo ringraziamento va anche ai miei nonni, che hanno deciso di investire su di me e sul traguardo che mi ero prefissata. Senza i vostri sacrifici, oggi non stareste leggendo queste parole: mi avete dato le fondamenta per poter costruire il mio futuro lasciandomi la libertà di scegliere, una fortuna che, purtroppo, non tutti possono dire di aver avuto.

Infine, non posso non ringraziare gli amici: quelli che c'erano prima e quelli che ho incontrato lungo la strada. A partire dalle amiche di Milano, Benedetta, Alice, Eleonora e Carlotta, con cui ormai l'unica vera preoccupazione è riuscire a far combaciare le agende, fino agli amici trovati qui e ai compagni incontrati all'università: senza saperlo, mi avete aiutato più di quanto possiate immaginare. Un ringraziamento speciale va alle mie compagne di stanza Noemi e Nicole, ormai coinquiline, che mi hanno visto impazzire tra sessioni d'esame e tirocinio, ma che alla fine mi hanno permesso di crescere. In questi anni sono cambiata tanto, e voi siete state parte fondamentale di questo viaggio.

